



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA



Maestría 1993-1994

Tesis para optar al Grado de Master en Salud Pública

**SISTEMATIZACIÓN DEL TRABAJO DE QUINCE
AÑOS (1994-2009) DEL PROGRAMA INTEGRAL EN
SALUD DE WASLALA.**

Autora: *Lic. Sara María Henríquez García*

Tutor: *Dr. Miguel Ángel Orozco Valladares*

Managua, Junio 2010

“Convivir con los pobres no es fácil. Primero, hay la tendencia de idealizarlos. Ellos no son mejores, ni peores que los demás seres humanos. La diferencia es que son pobres, o sea personas privadas injusta e involuntariamente de los bienes esenciales de la vida digna. Por eso estamos al lado de ellos. Por una cuestión de Justicia”. *Frei Betto*

“¿Cual era nuestra idea sobre la salud? En la primera gira que hicimos bautizamos a 1500 niños. En la otra vuelta casi la mitad se había muerto por enfermedades ligadas a diarrea, respiración y otros cuidados. Decidimos que era necesario primero vacunar los niños y después bautizarlos. La gente pensaba en bautizar para que los niños fueran al cielo y no se preocupaban en evitar la muerte de los mismos.” *Padre Carlos Alberto Pinto da Silva*

“Estar trabajando en salud para mi, ha significado un montón de experiencias y conocimientos, porque mi cuerpo es viejo, pero mis conocimientos son nuevos. Yo he atendido según mis cuentas desde que soy partera, unos 400 partos. Mi trabajo lo hago de forma voluntaria, yo no le gano a nadie.” *Juana Calero*

“Para mi estar en el PIS ha significado más conocimientos, servicio a mi familia y a mi comunidad y comunidades vecinas”. *Julio Centeno*

Nota Aclaratoria

En esta Sistematización se utiliza lenguaje no sexista; al escribir y hablar el español se hace necesario diferenciar el género hombre y mujer, por lo tanto, al leer hay que estar atentas y atentos a la comprensión e integración del uso de las plecas que indican la inclusión de los géneros (los/as, os/as, es/as, o/a, etc).

Al inicio puede ser incomodo para la lectura, pero al terminar se asume con más naturalidad y fuerza, reafirmando que en todos los aspectos abordados, son importantes y están presentes los hombres y las mujeres, y, por lo tanto, especificarles en el papel es una necesidad que se debe convertir en costumbre

Recuerdos y Agradecimientos

A mi Mamá, Papá, Hermanas y Hermano; Sara, Roberto, Marla, Alicia y Rafael que son parte de mi construcción social básica, donde aprendí valores fundamentales y la capacidad de desaprender muchos mitos y creencias, para enfrentar al mundo real de a poco, y construirlo a mi manera, donde las apariencias no engañen y las mujeres asumamos decisiones saludables para la felicidad.

A mis amiga/os entrañables Pilar Bielza, César Jerez (q.e.p.d), Pedro González (q.e.p.d), José Manuel Barcenas (q.e.p.d), Miguel Ángel Orozco. Cada una/o marcaron diferentes etapas de mi vida estudiantil, desde la Secundaria, pasando por la Universidad, la Revolución y la Maestría en Salud Pública; de ella/os aprendí que la educación libera, que todo ser humano es importante y se le tiene que ver como tal, que la solidaridad sigue siendo la ternura de los pueblos, que “una tesis no es el libro de tu vida”, que si multiplicas para otras/os las oportunidades recibidas, estás haciendo desarrollo.

A mi profesora y profesores de la maestría de Salud Pública, Alice Pineda, Manuel Martínez y Miguel Ángel Orozco, que después de quince años, me acompañaron en el proceso de elaboración, presentación y defensa de la tesis.

A Manuel Araúz López (q.e.p.d) del equipo técnico del Programa Integral en Salud de Waslala, y a todas las personas que inspiraron e hicieron posible esta sistematización: monjas, sacerdotes, brigadistas, parteras, comunitarios/as, personal de salud; en especial a Bernarda Vivas y Timothy Hansell, que estuvieron presentes colaborando conmigo de inicio a fin.

A mis Amores Sara Birisam y Luis, seres que son parte de mi felicidad y principales impulsores para llegar por fin a esta meta.

INDICE

I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- JUSTIFICACIÓN.....	3
III.- ANTECEDENTES	4
IV.- OBJETIVOS	5
V.- MARCO DE REFERENCIA.....	6
VI.- DISEÑO METODOLÓGICO	14
VII.- RESULTADOS	19
7.1. Historia y Contexto del Municipio de Waslala	19
7.2. Antecedentes del Programa Integral en Salud.....	27
7.3. Origen y Actualidad.....	37
7.4. El PIS y la Parroquia de La Inmaculada en la actualidad	43
7.5. Razón de ser y fundamentos del PIS.....	49
7.6. Políticas del PIS	51
7.7. Contenidos de Trabajo	53
7.8. La Sub-Área de los/as Líderes/as de Salud	61
7.9. La Sub-área de Botiquines Comunitarios y Farmacias.....	70
7.10. La Sub-área de Medicina Natural	77
7.11. La Sub-área de atención Materno - Infantil.....	84
7.12. La Sub-área de VIH, Sida y Salud Sexual y S. Reproductiva	97
7.13. Otros contenidos complementarios del PIS	103
7.14. La Gerencia y la Administración del PIS.....	104
7.15. Las Iniciativas Estratégicas Actuales.....	109
7.16.- El PIS visto desde afuera.....	111
VIII.- LECCIONES APRENDIDAS	115
IX.- CONCLUSIONES	118
X.- RECOMENDACIONES	121
XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	124
XII.- ANEXOS.....	125
1.- Siglas Utilizadas	126
2.- Entrevistas.	128
3.- Algunas Coordinaciones Interinstitucionales del PIS.....	143
4.- Documentos del PIS revisados en impresos y en versión electrónica. (Total 133) ..	146
5.- Mapa de Waslala y sus 88 Comunidades.....	153
6.- Fotos del Programa Integral en Salud.....	¡Error! Marcador no definido.

RESUMEN

La sistematización de la experiencia de trabajo del Programa Integral en Salud conocido como PIS, es un esfuerzo por reflejar, no sólo los aspectos de salud alrededor de lo epidemiológico logrado en Waslala, sino también por recoger la parte humana y estratégica que le ha permitido vivir y dar vida a 25 años de trabajo - considerando desde el período anterior a ser pastoral de salud- y que han venido heredando de misión en misión y de generación en generación.

Esta Sistematización es producto del rescate, ordenamiento, revisión y validación de la mayor parte de la documentación escrita en el período 1994 - 2009 sobre el PIS; así como de la información transmitida por las voces testimoniales de una parte de los/as protagonistas del PIS a lo largo de su historia.

El presente material ha sido largamente esperado por el PIS y la población de Waslala, y representa para ellos/as una oportunidad de compartir la experiencia de vida con otras/os actoras/es, así como de promover iniciativas de trabajo comunitario potenciales, ya existentes en Nicaragua y en otros países.

La parroquia “La Inmaculada”, del Vicariato de Bluefields, instancia que facilitó la creación del PIS, se convierte así en un ejemplo de actuación solidaria, consecuente y contextualizada de la iglesia católica. Con una clara opción no sólo por los/as empobrecidos/as, sino además, por los/as marginados/as geográficamente, los/as desprovistos/as de aquellos servicios básicos a los que cualquier ser humano tiene derecho.

El Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) y el Programa Integral en Salud (PIS), se unen en lo académico y en lo práctico para dejar constancia a través de esta sistematización, que donde hay seres humanos con ganas de vivir, de aprender, de dar y de recibir las situaciones más adversas se superan, para lograr poco a poco estadios superiores de dignidad humana, representados en este caso por un mayor y mejor acceso a la salud y por una mayor capacidad de luchar por la felicidad.

I.- INTRODUCCIÓN

El Programa Integral en Salud (PIS) nace con énfasis en la atención directa en salud, enfoque que se fue contextualizando hasta integrar como prioridad la organización y participación comunitaria. Tuvo su inicio en 1980 en el Municipio de Waslala, dentro de la misión de la Iglesia Católica a través de la Parroquia “La Inmaculada”, del Vicariato Apostólico de Bluefields, en este caso para la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN).

Este programa de salud surgió de las estructuras de la Parroquia de Waslala, en los años 80', a partir de una realidad política, económica y social muy difícil, y ha logrado desarrollarse con éxito hasta la fecha.

Además de sus especificidades de compromiso y participación comunitaria, el PIS se convierte en una experiencia de trabajo sumamente interesante debido a todos los períodos que debió atravesar. En efecto, cuenta en sus antecedentes contextuales con la lucha guerrillera para el derrocamiento de la dictadura de Anastasio Somoza (70'), el período de la Revolución Popular Sandinista (RPS) (80'), la consiguiente contrarrevolución, y el traspaso del gobierno revolucionario al período de los procesos electorales posteriores, que a su vez dio lugar a tres gobiernos que se identificaron como de derecha. El primero de ellos tuvo como presidenta a la Sra. Violeta Barrios, en un periodo que se caracterizó por el desarme y la pacificación, pero que a su vez provocó un nuevo fenómeno de grupos armados a partir de la unidad de los dos bandos antes confrontados en guerra, y que se denominaron “Los revueltos”, y donde Waslala fue uno de los escenarios principales (90'). Posteriormente, siguió el gobierno del Sr. Arnoldo Alemán, que enarbó la bandera de las “obras, no palabras”, pero que desafortunadamente resultó estar plagado de actos de corrupción y de millonarios robos al erario público. A continuación, le siguió el turno de gobernar al Sr. Enrique Bolaños, quien quiso ser reconocido como “el mejor presidente del país”, pero que no contaba con la sensibilidad necesaria para diseñar las políticas públicas requeridas para un verdadero combate a la pobreza.

Desde el año 2006 el PIS vive en una nueva coyuntura política, es decir, la del gobierno del Sr. Daniel Ortega, que aspira -con muchas dificultades y críticas personales y políticas- a reeditar lo que fue la RPS de la década de los ochenta. Sus consignas son “reconciliación y unidad nacional”, pero en la práctica se visualiza una acentuación de la polarización política, y un limitado espacio para la disensión y las manifestaciones de oposición.

En cuanto a la violencia armada, en la actualidad, existen en la zona de Waslala, residuos de grupos armados, que actúan con fines delincuenciales.

Evidentemente, 25 años de experiencia de trabajo comunitario en salud, en contextos socio-políticos y económicos tan conflictivos, es un hecho digno de ser divulgado y replicado. La presente sistematización abarca inicialmente 10 años de trabajo del PIS, que van desde 1994 al 2004, rescatando la información escrita y testimonial de este período; una década de trabajo que coincide con el cierre del siglo XX e inicios del siglo XXI. También en el presente documento se incluye un esfuerzo de actualización general de los últimos cinco años (2005-2009), mediante el soporte documental, principalmente escrito.

De modo que en esta sistematización se presentan en total 15 años de vida del PIS, inmerso en diferentes contextos de procesos de búsqueda de la democratización formal del país, y que para Waslala han significado escenarios de abandono estatal, de sacrificios, de muertes, de empobrecimiento, que para su lucha cotidiana específica ha sabido transformar en nuevos logros y sobre todo en nuevas esperanzas.

II.- JUSTIFICACIÓN

Los orígenes del Programa Integral en Salud (PIS) se desarrollan en un contexto de conflicto bélico, y posteriormente se consolida durante la post guerra y en el período de esfuerzo por la democracia y la cultura de la no violencia, desde la década de los 90', y actualmente la experiencia sigue existiendo con 25 años acumulados.

Es un programa que debe ser sistematizado, no sólo por su tiempo de existencia y permanencia, sino por el contenido de experiencias mejoradas o exitosas, así como las lecciones aprendidas en el quehacer diario; donde se incluyen: la organización y el trabajo comunitario de intervención en el medio rural, las coordinaciones intersectoriales e interinstitucionales, así como la implementación de todo el trabajo de salud. Este último manifestado a través de iniciativas que contemplan micro proyectos, capacitaciones, organización, atención, promoción de la medicina tradicional, introducción de nuevas tecnologías para la salud, investigaciones, sistematizaciones, ejecución de jornadas integrales de salud, creación de redes comunales, formación y apoyo a parteras tradicionales, atención odontológica, casas bases, clínicas de medicina natural, sitios centinelas, vigilancia epidemiológica, abastecimiento de material de salud y distribución de botiquines comunitarios, control de focos y enfermedades epidémicas, vacunación, así como el manejo del personal institucional de salud.

Los 15 años de trabajo y experiencia del PIS que han sido sistematizados a partir del año 1994, hacen énfasis en las lecciones aprendidas, experiencias superadas y exitosas en el proceso de implementación de un sistema de prevención en salud, siendo el contenido fundamental las intervenciones antes mencionadas, y en un contexto de zonas rurales geográficas y económicamente aisladas y empobrecidas.

La sistematización del PIS es un instrumento teórico-metodológico que permite la presentación y transmisión de los conocimientos adquiridos, de las experiencias exitosas y de las mejoras alcanzadas. Es una herramienta útil sobre todo para las personas que han trabajado en la experiencia y para las que deseen trabajar en contenidos de salud preventiva y en condiciones similares.

III.- ANTECEDENTES

Trabajos de sistematización de experiencias de trabajo de Organizaciones No Gubernamentales con énfasis en el trabajo comunitario, existen en cantidades a partir de su utilidad y gran aporte al rescate teórico de prácticas valiosas, o bien aleccionadoras.

Trabajos de sistematización sobre el Programa Integral en Salud en especial, a pesar de su valiosa e interesante experiencia, no existe una como tal, es por eso que se plantea la necesidad de su elaboración.

Cabe señalar que existen publicaciones aisladas sobre diversos componentes del trabajo que realizan, como la desinfección solar del agua, medicina natural, contenidos donde de una u otra manera, el PIS ha establecido coordinaciones con instancias que realizan trabajos similares.

También existe un esbozo de lo qué es el PIS, su equipo técnico, contenidos de trabajo e infraestructura en la página Web del Vicariato apostólico de Bluefields¹, donde se proyecta al PIS como la pastoral de salud de la parroquia La Inmaculada.

Por lo tanto, se aprovecha una gran cantidad de material escrito, fotos, personas que atestiguan sobre la experiencia a lo largo de sus últimos 15 años.

El gran desafío, una vez realizada la sistematización para fines de tesis, será su edición y publicación de forma creativa, atractiva y accesible para todo tipo de lector, desde el nivel comunitario del mismo Waslala, hasta cualquier público que desee conocer y replicar alguna experiencia.

¹ Vicariato Apostólico de Bluefields Parroquia la Inmaculada Waslal. www.cis.net.edu.tw/

IV.- OBJETIVOS

General:

- Obtener la sistematización de la experiencia de trabajo comunitario del Programa Integral en Salud (PIS), ejecutado en Waslala, en el período comprendido entre 1994 y 2009.

Específicos:

1. Caracterizar los aspectos contextuales e históricos alrededor del origen, creación y funcionamiento del Programa Integral en Salud.

2. Describir las experiencias del proceso de trabajo del PIS con sus logros y limitaciones en sus diferentes contenidos y enfoques, con énfasis en el de género.

3. Precisar los aportes del Programa de Integral en Salud en la organización y participación comunitaria a partir del trabajo en salud.

4. Identificar su contribución al Sistema de Salud en materia de salud pública, especialmente ante la Mortalidad Materna y Enfermedades Inmunoprevenibles.

V.- MARCO DE REFERENCIA

5.1. Orígenes de la sistematización

La sistematización nace en los años 70 en el contexto de dictaduras y crisis generalizadas de América Latina, existía la necesidad de conocer las diversas iniciativas y experiencias realizadas en función de una verdadera transformación social. Precisamente un contexto vivido en Nicaragua y en particular en Waslala.

Eran momentos en los que, desde la identidad política y de clase, la solidaridad, la creatividad y la lucha confluían y se integraban "orgánicamente" en diferentes tipos de prácticas sociales que demandaban, criticaban, denunciaban, defendían, proponían y construían modelos sociales, desde los cuales se pretendía o se ejercía el poder. Era la época de las luchas de liberación en Nicaragua y El Salvador, de los paros cívicos, campesinos y mineros en Colombia y Bolivia. Eran y aún son los tiempos en los que se pone de manifiesto la incapacidad de los sectores dominantes y de las estructuras sociales existentes de asimilar, dentro de ellas, otras posibilidades distintas a las de la miseria generalizada, la desaparición forzada, la muerte, la represión o el miedo.²

Es en este período que surge, para responder a los desafíos contextuales y a los interrogantes que presentaban las diversas propuestas de educación popular y de trabajo social alternativo, un llamado a "**sistematizar las prácticas**" como un esfuerzo consciente de capturar los significados de la acción y sus efectos; como lecturas organizadas de las experiencias, como teorización y cuestionamiento contextualizado de la praxis social, para poder comunicar el conocimiento producido.

También la sistematización empieza a ser reconocida en entidades académicas y gubernamentales, como el procedimiento heurístico que, apelando a la reflexión de la experiencia como fuente de conocimientos sobre prácticas contextualizadas,

² Ghiso A. "Educación Popular lo alternativo de la propuesta" En: Salud Alfabetización y educación popular. Medellín, Fal, 1992.

descubre los pedazos de los discursos y de las acciones que habían sido acallados, permitiendo abrir las compuertas que reprimían y concentraban la información sobre las decisiones y operaciones, dejando brotar lo que es posible comprender, comunicar, hacer y sentir.

5.1.2 Qué se entiende por sistematización

La sistematización es un "*proceso permanente y acumulativo de producción de conocimientos a partir de las experiencias de intervención en una realidad social*"³. Ello alude a un tipo particular de intervención, aquella que se realiza en la promoción y la educación popular, articulándose con sectores populares y buscando transformar la realidad.

Este es uno de los conceptos iniciales de la sistematización. Contextualizando y globalizando al concepto por el uso práctico del mismo, se debe entender que:

“Una actividad de producción de conocimientos sobre la práctica, tiene a ésta como su referente principal, ya que es un sustento y, a la vez, lo que le da sentido y orientación. Sin práctica no hay sistematización posible, y ésta tiene como finalidad principal volver a la práctica para orientarla desde lo que ella misma enseña”.⁴

5.1.3. Las Modalidades o Enfoques de la Sistematización

Es complejo clasificar los diferentes tipos de sistematización, porque existe una enorme variedad de posibilidades y no hay una sola manera de hacer sistematización de experiencias.

Sin embargo, muchos/as hablan principalmente de cuatro posibilidades:

- a) Desde los actores, en forma participativa
- b) Sistematización formal al concluir la experiencia
- c) Una sistematización que se hace sobre la marcha
- d) Una sistematización con miras al mercado

³ Barnechea, González y Morgan (1992), p. 11.

⁴ Idem

Sin embargo, no se pueden usar estas categorías como el único criterio de clasificación, porque hay modalidades que combinarían varios de ellos y hay, seguramente, muchas otras posibilidades más: regular o irregularmente, una sola experiencia o varias a la vez, en función de crear una nueva estrategia o para mejorar la existente, etc.

5.1.4. Ámbito y Alcance de la Sistematización

El desafío se relaciona con poder enfrentar por lo menos dos aspectos:

- a) La delimitación clara del Objeto a sistematizar, es decir, qué experiencia realizada, en qué período y en qué lugar.
- b) La precisión de algún o algunos ejes de sistematización, es decir, qué aspectos principales de esa experiencia interesan más (no se tiene que sistematizar toda la experiencia, ni todos los aspectos)

Se trata de identificar prácticas *significativas* y no sólo las llamadas “mejores” prácticas. Porque sistematizar una experiencia “fracasada” también podría dar muchas lecciones.

5.2. ¿Qué es la Salud?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social y no sólo como ausencia de enfermedades. Plantea que el Estado debe garantizar los recursos materiales y humanos para su garantía.

La Salud está contemplada universalmente como un Derecho:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que asegure salud y bienestar a sí y a su familia, y en especial la alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios. También tiene derecho a los

seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y pérdida de sus medios de manutención por circunstancias ajenas a su voluntad.” (Arto. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos). Nicaragua retoma este Derecho Universal en el Artículo 59 de la Constitución Política: “Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.”

5.3. El Sistema de Salud en Nicaragua

La organización del Sistema de Salud en Nicaragua, es el principal medio para asegurar la salud, según el Arto. 4 de la ley 423 conocida como “Ley General de Salud”, que ubica al Ministerio de Salud como la institución rectora que debe organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con las disposiciones legales especiales.

El Sistema de Salud está formado por los Subsectores Público y Privado.

- En el Sector Público está el MINSA, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), el Cuerpo Médico Militar del Ejército Nacional y el Instituto de Seguridad Social y Desarrollo Humano del Ministerio de Gobernación.
- En el Sector Privado, los hospitales, distribuidoras farmacéuticas, clínicas y laboratorios con fines de lucro, incluyendo las Empresas Médicas previsionales que contrata el INSS para los/as asegurados/as.

Aquí se ubican también los centros de atención en salud sin fines de lucro como ONGs y Centros alternativos de Mujeres.

“El discurso del (*gobierno en el*) 2008 sobre la gratuidad del servicio, combinado con la ausencia de medicamentos en el Ministerio de Salud local por casi cuatro meses, empeoró la opinión pública de la población acerca de Ministerio de Salud: una opinión que había mejorado en el año 2007.

El cambio de modelo de salud desde marzo de 2008 hacia el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAF) trajo consigo dificultades para la población. El cambio de visitas integrales por ferias de salud en comunidades centrales aumentaron muchos de los indicadores como controles prenatales y Papanicolaou, pero dejaron varias comunidades de menor población sin vacunación y atención.”⁵

5.4. El Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte

Waslala es un municipio relativamente nuevo dentro de la división política del país; nace en 1989 pero con la dualidad de pertenecer a la RAAN, pero cuya cabecera administrativa se encuentra a 218 Kms de distancia. De modo que, para cuestiones de institucionalidad y atención en salud, y debido a su mucha mayor cercanía geográfica, es atendido política y administrativamente por el Departamento de Matagalpa, cuya cabecera municipal está a 118 Kms.

Waslala, a pesar de haber sido incluida en los antecedentes poblacionales para la elaboración del nuevo modelo de salud de la RAAN, en la práctica, para todos los fines administrativos, de recursos humanos y financieros, así como en la prevención, atención en salud y sus estadísticas, se encuentra dentro del sistema de Salud del MINSA, integrado al SILAIS Matagalpa, como uno más de sus 16 municipios.

No obstante esto, es importante mencionar que el Modelo de Salud de la RAAN intenta responder a las necesidades económicas, ambientales y socio-culturales

⁵ Informe Anual 2008: Proyecto S-08-212 .Programa de Atención en VIH/Sida Para La Población de la Costa Caribe Nicaragense. PIS Waslala

de la Costa Caribe, basándose en la Ley de Autonomía. El reto de su elaboración se asumió desde el Consejo Regional Autónomo de la RAAN, específicamente por la Comisión de Salud, la que delegó su ejecución a la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua (URACCAN), lográndose su publicación en noviembre de 1996.

Parte de las argumentaciones que impulsan a los habitantes de la RAAN para lograr la pronta implementación de este Modelo de Salud, están relacionadas a su visión histórica y al rescate de sus culturas:

- “Los patrones históricos de discriminación racial y étnica dentro de los Estados no han sido aún, erradicados”.
- “Los pueblos indígenas que han logrado sobrevivir conservan, en mayor o menor grado, costumbres propias diferentes a los no indígenas, siendo las más importantes las prácticas y leyes consuetudinarias”.

Este modelo está siendo actualmente incorporado por el Sistema de Salud en Nicaragua.

5.4.1. Principales problema de Salud en Waslala

Waslala tiene los típicos problemas de salud de las zonas geográficas rurales más empobrecidas del país, tales como **la Mortalidad Infantil** causada por patologías prevenibles como son: las **Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA)**; las **causas perinatales**, por deterioro nutricional de la mujer embarazada, así como el bajo nivel de educación, la deficiencia o ausencia del Control Pre Natal; las **Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)**, la **desnutrición**, asociada a las condiciones de pobreza, la **Malaria**, la **Tuberculosis**, las **causas violentas y accidentes** y las **Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)**.⁶

Llama la atención que en las fuentes oficiales, y en algunas no gubernamentales, no se menciona el problema de la **Mortalidad Materna**, no obstante que en las

⁶ Fuente “El Modelo de la Región Autónoma del Atlántico Norte”. URACCAN. Noviembre 2006

estadísticas nacionales la RAAN y Matagalpa presentan índices entre los más elevados del país.

Como agravantes de los problemas de salud, están las características propias del Sistema de Salud de Nicaragua,

- Insuficiente asignación presupuestaria para las zonas distantes: situación que se reproduce por parte del nivel Central hacia las diferentes regiones del país, sin haber correspondencia con las condiciones de empobrecimiento generalizado, con el perfil epidemiológico y con la dispersión geográfica, y sin tomar en cuenta que los costos en las zonas rurales centrales y del Caribe son más elevados con respecto a muchas zonas rurales del Pacífico.
- Infraestructura deteriorada y no acorde al crecimiento poblacional.
- Bajo acceso a los servicios de salud: con un modelo de gestión impuesto desde el nivel superior, con una estructura centralizada que intenta la descentralización a través de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), pero que más bien resulta como una manera de deslindar responsabilidades, trasladando la administración de la salud a los municipios sin que ellos tengan aun las condiciones apropiadas.
- Falta de articulación inter e intra-institucional del sistema de salud, con una deficiente participación de la sociedad civil.
- Déficit de Atención Primaria en Salud: porque el modelo se ve rebasado por la demanda de atención médica y su incapacidad financiera.
- Falta de medicamentos y materiales de reposición para la atención en salud
- Maltrato y/o discriminación del personal de salud a la población.
- Negligencia Médica.
- Reprogramación de las consultas.
- Insalubridad.

5.5. Trabajo Comunitario⁷

¿Qué se entiende por comunidad?

Se trata de un grupo social dinámico, histórico y culturalmente constituido y desarrollado, preexistente a la presencia de los investigadores/as o de los interventores sociales, que comparten intereses, objetivos, necesidades y problemas, en un espacio y un tiempo determinado y que genera colectivamente una identidad, así como formas organizativas, desarrollando y empleando recursos para lograr sus fines. (Montero, Maritza)

El término de comunidad encierra el sentido de responsabilidad y de acción independiente que caracterizan a esta forma organizacional y que al mismo tiempo puede funcionar dentro de las fronteras de otras formas de organización. La misma se refiere a una comunicación sostenida con un grupo pequeño, pero con similitudes fuertes más localizadas en pequeños espacios territoriales. Estos grupos humanos no están exentos de tensiones y fricciones. La familia, la comunidad y el entorno, constituyen el medio ambiente ideal para realizar acciones de salud, tanto educativas como preventivas-curativas y de rehabilitación que contribuyan a canalizar estas tensiones.

¿Qué es el trabajo comunitario?

El trabajo comunitario no es solo trabajo para la comunidad, ni en la comunidad; es un proceso de transformación desde la comunidad: soñado, planificado, conducido y evaluado por la propia comunidad. Sus objetivos son potenciar las fuerzas y la acción de la comunidad para lograr una mejor calidad de vida para su población y conquistar nuevas metas dentro del proceso social elegido por los/as pobladores; desempeñando, por tanto, un papel relevante la participación en el mismo de todos/as sus miembros.

⁷ http://www.psicocentro.com/cgr-bin/articulo_s.asp?texto=art47001

VI.- DISEÑO METODOLÓGICO

a) Área de Estudio

La sistematización está dirigida al rescate de la experiencia de trabajo - principalmente rural- del Programa Integral en Salud, una Organización No Gubernamental, surgida del trabajo apostólico de la parroquia la Inmaculada del Vicariato de Bluefields, ambas ubicadas en Waslala, Región Autónoma del Atlántico Norte.

b) Tipo de Estudio

Es una sistematización elaborada en varios momentos, que contempla lo trabajado en el pasado y “sobre la marcha” de la experiencia del PIS en Waslala, utilizando el modelo de estudio descriptivo-testimonial, para una sistematización de tipo cualitativo, que no busca necesariamente relaciones de causa-efecto.

c) Pasos del Estudio

- Primera etapa de discusión, recuperación y ordenamiento de la información/experiencia
- Visita de campo
- Delimitación del Objetos a Sistematizar
- Segunda y tercera etapa de recuperación de la experiencia (desde el objeto)
- Visita de Campo
- Operacionalización de las unidades a sistematizar
- Redacción según esquema definido
- Consultas y revisiones hasta lograr su validación
- Informe final

c) Unidad de análisis

En el caso de la sistematización más que unidad de análisis, se hizo un proceso de pruebas iniciales de cómo estructurar la sistematización, de tal forma que rescatara la mayoría de sus contenidos e historia misma en lo general y en lo

particular que son los contenidos, que en la práctica se asume como unidad de descripción:

- ▶ Historia y contexto
- ▶ Antecedentes del PIS
- ▶ Origen y Actualidad del PIS
- ▶ El PIS y La Parroquia
- ▶ Razón de ser y Fundamentos
- ▶ Las sub-áreas.
- ▶ Otros Contenidos
- ▶ La Gerencia y Administración
- ▶ Las Iniciativas Estratégicas Actuales

Dentro de la descripción de las sub-áreas, también se determinó un orden que permitiera discriminar el exceso y repetición de la información:

- ▶ Descripción general
- ▶ Funciones y Actividades principales, con la recreación de uno o dos testimonios
- ▶ El enfoque o trabajo de género
- ▶ Logros
- ▶ Dificultades

d) Recolección de la información (Junio 2003 – Junio 2009)

Una vez recepcionada la propuesta del CIES para Sistematizar la experiencia del Programa Integral en Salud como tema de tesis. Se hizo un plan inicial consistente en:

- Entrevistas con el director del CIES para conocer sobre el programa y se recepciona un primer material escrito básico.
- Primera entrevista con Timothy Hansell, como administrador del PIS, para conocer más a fondo sobre el mismo y lograr algunos acuerdos sobre lo que se quiere sistematizar.

- Primera recepción de información documental del sobre el PIS, sus antecedentes y del municipio.
- Análisis de la información documental.
- Visitas y entrevistas para conocer a más personas participantes entre técnicos/as y comunitarios/as del PIS Waslala.
- Participación en asambleas evaluativas semestrales.
- Entrevistas a líderes/as comunitarios y actores/as claves.
- Búsqueda y entrevistas a actores claves que ya están fuera del PIS.
- Realización de un taller sobre qué es sistematización, con el equipo del PIS
- Determinación de los ejes a sistematizar.
- Encuentros de revisión periódica de fines de semana en Managua con la directora y responsable administrativo del PIS, durante los primeros tres años de la sistematización (2003-2005)
- Proceso de 4 años iniciales de recepción de información escrita del PIS, extendiéndose por 3 años más, para completar el período de sistematización de 15 años, 1994-2009.
- Se entrevistó a todo el personal del PIS y actores claves.
- Realización de un primer informe borrador de la sistematización, en base a varias propuestas de esquema de contenidos hasta lograr la última versión.
- Consulta del primer borrador al PIS Waslala.
- Actualización general de los últimos cuatro años del PIS
- Elaboración del documento final.
- Devolución del documento final de la sistematización al PIS Waslala.
- Se validó el primer borrador retomando los aportes y sugerencias del PIS Waslala, incorporándolos al documento final.
- Entrega de informe para revisión del CIES

e) Técnicas y fuentes de Información

Información Documental

Revisión, selección, clasificación y sistematización de un total de 133 documentos proporcionados por el PIS, impresos y en versión electrónica; Proyectos, Planes, Informes, Evaluaciones, Memorias, Actas, boletines, Comunicaciones interinstitucionales, etc.

Información de Internet

Consulta vía Internet de toda la información existente en diferentes páginas electrónicas relativa a Waslala, sus orígenes, pobladores, información socio económica, cultural y de salud, así como lo relativo a la Parroquia “La Inmaculada”.

Informantes Claves

Visitas y entrevistas, a participantes y/o relacionadas con el Programa Integral en Salud y sus proyectos;

Se realizaron 16 entrevistas para obtener información y testimonio de lo vivido por habitantes de Waslala en los diferentes momentos del PIS en calidad de sacerdotes, Trabajadores/as del equipo técnico, Líderes/as, parteras, Instituciones Gubernamentales y privadas, pobladores/as de la comunidad, así como una entrevista a un sacerdote desde Brasil vía Internet. Para un total de 17 entrevistas.

Grupo Focal

La sistematización contó con un proceso de revisión, discusión y aportes al primer borrador a través de un grupo focal, con la institución PIS y con actores claves de instituciones y comunidades de Waslala, que conocen y/o participaron directamente en la ejecución del PIS en los diferentes períodos.

f) Procesamiento de la información e informe final:

Sobre la base de la revisión documental de proyectos, informes, planificaciones, evaluaciones y observación participante.

Se hace un rescate de lo percibido del trabajo del PIS a través testimonios, visitas, entrevistas a informantes claves y personas involucradas antes y durante la realización y conducción de las diversas actividades, desde que era pastoral, proyecto y ahora Programa Integral en Salud.

La información recopilada se clasificó y ordenó según temas y ejes, que van desde la descripción de cada área de trabajo, que incluye un testimonio que le da recreación a lo vivido, así como las funciones, actividades, enfoque de género, logros y dificultades; de tal manera que la sistematización es el resultado de la complementariedad de las diferentes fuentes de información.

Hasta lograr el primer informe borrador, la recepción de las observaciones del PIS, en varios momentos, hasta la entrega del informe para la revisión del CIES, recepción de las observaciones y su corrección hasta la entrega del informe definitivo.

VII.- RESULTADOS

7.1. Historia y Contexto del Municipio de Waslala

Waslala es un Municipio con un paisaje montañoso imponente, muy rico pero históricamente empobrecido por su lejanía, explotación minera, explotación campesina, guerras y secuestros, así como por el machismo y olvido de sus gobernantes. Hasta ahora, su nombre se promociona en canciones, títulos de libros, emblemas en los buses matagalpinos y algunas veces en titulares periodísticos.

Waslala significa “Río de plata”, aunque otras fuentes dicen que significa “Río Amarillo”, en lengua Mayagna. Según algunos/as informantes de edad madura hace más de 50 años era una inmensa montaña o zona boscosa, y las primeras comunidades nacen – al igual que Siuna- por la existencia en esa época de minas auríferas en los sectores de Parasca y Minas Viejas.

Se fundó como municipio después de 1971, y fue elevado y reconocido como tal en 1989. Está ubicado a 244 kilómetros al noreste de Managua, sobre la carretera a Puerto Cabezas. Los límites territoriales de este municipio son: al norte el municipio del Cuá-Bocay, al sur el municipio de Río Blanco, al este el municipio de Siuna y al oeste el municipio de Rancho Grande. Según la división política de Nicaragua, pertenece a la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), sin embargo, debido su gran lejanía de la sede del Gobierno Regional de la RAAN, es atendido política y administrativamente por el Departamento de Matagalpa, que está a 118 Kms de distancia.

En relación a sus habitantes y algunos nombres de sus primeros/as pobladores/as, se menciona a Gregorio Fajardo, Pedro y Nicolás Gadea, Victoria y Francisco Rodríguez, Francisco Montalbán y Angelina Rivera. De ellos/as se dice que eran personas muy tímidas, que hablaban bajito y se escondían tras la presencia de cualquier gente de afuera. En las primeras épocas los niños y las

niñas andaban desnudos en las chozas hasta la edad de ocho años; los/as adultos/as andaban descalzos o con caites. La gente era y sigue siendo aun muy pobre.

También se conoce la tendencia migratoria de población originaria de sectores secos como el occidente, que están repoblando comunidades rurales de Waslala, lo que también se suma al crecimiento poblacional.

El clima es de trópico-húmedo, con altos niveles de humedad y precipitación que predominan durante todo el año. La temperatura anual promedio oscila entre los 22 y 34 grados centígrados, y la altitud del área varía entre los 100 y 1,267 metros sobre el nivel del mar. Existen dos estaciones climáticas en la zona: el invierno o estación lluviosa, con una duración de 9 meses entre Mayo y Enero, y el verano o época seca, que dura tres meses, entre Febrero y Abril.

En los aspectos ambientales, el hecho más destacado es que existe descuido y mal manejo de la Reserva Ecológica de Bosawas, la que representa un gran valor en bienes y servicios no solo para el país, sino también para el propio municipio; ya que alrededor de su zona de amortiguamiento existen grandes potencialidades de promover actividades alternativas, como es el turismo comunitario y científico.

La historia de su infraestructura es de precariedad, con sus caminos rústicos o “picadas” angostas, donde la movilización hacia otros pueblos era de largos días con sus noches, y donde los animales se pegaban en los fangos. Todo este gran esfuerzo martirizaba los viajeros, y tantos esfuerzos servían apenas para llegar a poblaciones como El Tuma, La Dalia, o más allá, hasta Matagalpa.

Los viejos caminos tuvieron algún nivel de mantenimiento en los años 70 para la movilización de tropas de la Guardia Nacional y en los años 80 para movilizar tropas del Ejército Popular Sandinista y posteriormente se ensancharon en el 2004, pero siguen siendo pésimos para los medios de transporte de nuestra época. Aunque se adoquinó la calle principal de la ciudad y hay nuevos caminos

de penetración hacia algunas comunidades que antes estaban aisladas, Waslala todavía carece de una infraestructura adecuada para el desarrollo de su población. Esta situación encarece los productos de consumo y de vida de la población, así como la actividad y comercio de los/as productores/as de la zona. Por su parte, el Transporte también es muy deficiente.

El municipio de Waslala carece de mercado municipal, y el pequeño comercio que se realiza se ubica en la calle principal de la cabecera municipal.

En todo el territorio municipal existe el problema del alto déficit de abastecimiento del agua potable. Así, en el verano sólo se logra abastecer a través de tuberías al 15% de la población de la cabecera municipal. En general la calidad del agua para consumo humano es poco segura, y una de las pocas fuentes seguras es el pozo del Centro de Salud de Waslala.

No existen oficinas de INAA en el municipio, en cambio en años anteriores funcionó un proyecto municipal impulsado por la alcaldía, la parroquia y las ONG'S, llamado "Puente de Paz". Actualmente el proyecto de agua potable está siendo administrado por la alcaldía. Esta red de agua potable ha sido reforzada con dos proyectos más que están ubicados en la comunidad Waslalita Central y el otro en la comunidad Caño la Ceiba.

Actualmente se cuenta con telefonía celular, y la parroquia la Inmaculada ofrece el servicio de Internet satelital a través de un ciber café, accesible principalmente para la cabecera de Waslala.

En relación a la energía la situación es parecida. Cuentan con un tendido eléctrico para la cabecera municipal que es obsoleto, y periódicamente y cada vez de manera más frecuente pasan períodos sin energía. De la zona rural, sólo el Naranjo cuenta con servicio de energía eléctrica, y de manera limitada en el horario de 6:00 a 10:00 P.M.; se abastece de una pequeña planta

motogeneradora. A partir del 2007, el Naranjo, Puerto Viejo, Ocote Tuma y comunidades vecinas, tienen plantas hidroeléctricas que les abastece de energía todo el tiempo.

Es de destacar que la presencia de la Parroquia La Inmaculada y el trabajo pastoral, sobre la base de responder a las principales necesidades de su población, ha tenido un enfoque de desarrollo en la salud, la educación, las comunicaciones, la producción y la tecnología. Esto ha permitido la participación de la Parroquia para ayudar a dotar a Waslala de infraestructuras que el estado no habría sido capaz de realizar.

En el municipio de Waslala la mayor parte de los habitantes son campesinos/as, dedicados a la producción de granos básicos como frijol, maíz, arroz, café y cacao, por la que orgullosamente se le conoce como la capital de la producción del Cacao, ocupando actualmente el primer lugar en cantidad de cacao fino exportado de Nicaragua hacia Europa. Sin embargo, la producción local básicamente se dedica para el auto-consumo. Es decir, se trata de una economía de subsistencia, y la poca producción que está destinada para el comercio nacional e internacional se encuentra en pocas manos. Se sabe de algunos esfuerzos de productores locales por integrarse a la producción y comercio de productos orgánicos.

Waslala se ha tristemente promocionado en los medios de comunicación escrita y radiales por ser “el mayor productor de Marihuana” en Nicaragua, situación que ha venido a perturbar una vez más las posibilidades y el camino recorrido en la búsqueda de la paz, cuidado del medio ambiente y desarrollo humano y económico. Un factor degradante tanto de la estabilidad social como de la salud comunitaria, es que se conoce de un número creciente de jóvenes campesinos que ya consumen drogas.

La población económicamente activa es del 30%, con un nivel de desempleo o subempleo equivalente al nivel nacional, es decir, del 70%. Waslala contaba en el 2005 con 49,339 personas⁸, y en relación a la cifra del censo de 1995, de que era de 32,924 personas⁹, refleja un crecimiento demográfico promedio del 4.1% anual. Esta cifra es mucho mayor que la tasa promedio nacional para el mismo período, que es de 1.7% anual¹⁰, e indica la alta dinámica de crecimiento poblacional natural, propia de zonas con fuertes problemas educacionales y de pobreza; y también refleja e integra la importante migración de poblaciones originarias de sectores secos como occidente, que están repoblando comunidades rurales de Waslala.

La distribución demográfica de la población es del 49.4% de mujeres y el 51.6% de varones. Del total general, existe un 52.3% de la población menor de quince años.

La extensión territorial del municipio es de 1,291 KMs², y se estima que 40,735 habitantes se encuentran en la zona rural¹¹, es decir, cerca del 82.6% de su población; la que está dispersa en 88 comunidades rurales.

Las familias que predominan son de tipo extendida, con un alto grado de hacinamiento en las viviendas (promedio de 6.28 personas por vivienda). Las uniones son, en su mayoría, libres y la relación que predomina entre cónyuges es de carácter machista, estableciendo la función principal de la mujer alrededor de la fuerza de reproducción.

El sistema educativo del municipio está a cargo de la Delegación Municipal de Educación, que depende administrativa y técnicamente de la delegación departamental. La población estudiantil del municipio es de 7,375 alumnos/as que equivale al 17 % de la población total existente. Se cuenta con un total de 202 maestros y 121 escuelas distribuidas en el área rural y urbana.

⁸ INEC (hoy INIDE), VIII Censo de Población y IV de Vivienda, 2005, Cuadro 2

⁹ INEC (hoy INIDE), VII Censo de Población y III de Vivienda, Nicaragua 1995, Tabla 3

¹⁰ INEC (hoy INIDE), VIII Censo de Población y IV de Vivienda, 2005, Tabla 1.1

¹¹ INEC (hoy INIDE), VIII Censo de Población y IV de Vivienda, 2005, Cuadro 2

La relación alumnos/maestro es de 37 alumnos y una relación de 50 alumnos por aula escolar. Waslala históricamente tuvo déficit de escuelas y maestros/as; este problema es tan sensible, que en el año 2002, por ejemplo, de 60 plazas solicitadas sólo se aprobaron 9. “El Ministerio de Educación (MINED) aún no logra cubrir con escuelas a todas las comunidades, por lo que el Vicariato de Bluefields y la parroquia La Inmaculada de Waslala cubren la educación en las comunidades donde el MINED aún no tiene presencia.”¹²

La Cobertura educativa que brinda la parroquia en Waslala es de más del 50%; “Son 55 escuelas con 4.189 alumnos/as de primaria en este año 2005, con 83 maestros/as responsables, más 164 alumnos/as de la educación de adultos y 60 alumnos de primaria acelerada (CEDA). Computación e Internet: tenemos cursos matutinos, vespertinos, nocturnos y en los sábados. Alfabetización radiofónica. Atendidas 10 comunidades por etapa de cada 3 meses, concluyendo aproximadamente 160 alumnos/as. Acompañados por 10 facilitadores/as. En el Espacio para Crecer atendemos 36 niños/as trabajadores de la calle, que por la mañana estudian en las escuelas públicas y por la tarde están en el espacio para crecer desarrollándose.”¹³

En relación al analfabetismo, se conoce que existe en el municipio un alto índice entre mayores de quince años. Según la delegación de educación de Waslala, en 1995 el analfabetismo general del municipio llegaba al 42.3%.

Las precarias condiciones de atención en salud en el municipio han sido un problema histórico de todos los gobiernos. De hecho, se puede decir que para la población pobre y distante es muy difícil el acceso a los servicios básicos de salud. En el municipio existe un hospital, el "Fidel Ventura", ubicado en la cabecera municipal. Este cuenta con 35 camas, una sala de insectología, y un quirófano equipado para cirugía menores, pero que regularmente no funciona por no tener el

¹² 2008, Editorial La Prensa, Managua, Nicaragua

¹³ Fuente Parroquia La Inmaculada, Waslala.

personal especializado para brindar servicios de cirugías. Existen además cuatro puestos de salud ubicados en las comunidades de El Naranjo, Puerto Viejo, Zinica, y Cubalí. Desde el 2008 existen dos ambulancias del MINSA para el servicio del hospital.

En lo que se refiere a la religión, los porcentajes de pertenencia a las diversas iglesias son los siguientes: Católica 40 %; Evangélica (Asamblea de Dios) 20 %; Misión Evangélica Pentecostés Unida 11 %; De las Profecías 8 %; Menonita 6 %; no se especifica el 15%.

El municipio de Waslala se identifica como el duodécimo más pobre de los 129 municipios existentes a nivel nacional. En él aun prevalecen altos índices de delincuencia, criminalidad y diversos tipos de violaciones a los derechos humanos, lo que es secuela de diez años de guerra sufridos en los años '80 y de los efectos psico-sociales asociados. Al respecto, considérese que un 39% de la población existente en el territorio del municipio es repatriada, desmovilizada y desplazada.

Por muchos años Waslala fue considerado un territorio altamente peligroso. Primero por los grupos armados guerrilleros y pos-revolucionarios que la hicieron escenario y víctimas del conflicto bélico; luego por la existencia de bandas delincuenciales que principalmente se dedicaban a secuestros, asaltos, robos con fuerza y asesinatos. Como producto del plan permanente de seguridad implementado de forma conjunta por el Ejército y la Policía desde 1998, las bandas fueron desarticuladas y estos delitos se redujeron en más del 90%.

En el año 2008 se experimentó un brote de crímenes violentos, produciéndose de forma frecuente robos armados, asesinatos y violaciones en las comunidades rurales y en el casco urbano. En las comunidades rurales la población vive en incertidumbre e inestabilidad a causa de estos fenómenos. Esta situación desestimula la producción porque la población teme ser el blanco de ladrones o de secuestradores. Por estas razones algunas personas migraron a otros lugares

más seguros. En este mismo año se reportaron 15 casos de violaciones de menores de edad y muchos casos de violencia intrafamiliar. Aunque se sabe que la mayor parte de estos casos de violencia generalmente quedan en silencio, sin embargo, la misma afecta gravemente la salud mental de la población, aumentando el miedo y la desconfianza.

“Sin embargo, esta ola de violencia es sin precedentes en los últimos diez años y no tiene pretensiones políticas. En parte tiene que ver con la debilidad institucional. La gente no confía en que la policía, el ejército o el juzgado vayan a responder y hacer justicia con estos problemas.”¹⁴

El ambiente pueblerino de Waslala está polarizado por los dos partidos políticos principales, el Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN) y Partido Liberal Constitucionalista (PLC), que fue ganador de las 3 últimas elecciones para el gobierno municipal.

“La inestabilidad política en el país y el municipio durante el año 2008 ha sido un factor importante que influye en el trabajo. El proceso de campaña electoral acentuó la polarización y radicalización política en el municipio de Waslala. La participación activa del Ministerio de Salud en la campaña electoral a favor de un partido, creó resentimiento de otros sectores de la población y aumentó la desconfianza en los servicios públicos de salud.

Con la percepción de irregularidades en varias mesas electorales, hubo situaciones en que grupos de personas armadas se presentaron a los centros de votación y atraparon y amenazaron a las personas adentro. Estas situaciones aumentan la desconfianza, así debilitando los lazos sociales y la gobernabilidad, todavía frágiles en el municipio, después de la guerra y diez años de violencia de posguerra.”¹⁵

¹⁴ Informe Anual 2008: PROYECTO S-08-212

¹⁵ Informe Anual 2008: Proyecto S-08-212 .Programa de Atención en VIH/Sida Para La Población de La Costa Caribe Nicaragüense. PIS Waslala

Las condiciones de pobreza y la falta de acompañamiento para la producción de las comunidades más alejadas está provocando la migración hacia la cabecera municipal de Waslala, y hacia otros lugares dentro y fuera del país. A esto se le debe agregar el complejo problema de la inseguridad en la tenencia de la tierra, por falta de legalización de las mismas.

7.2. Antecedentes del Programa Integral en Salud

Tomando en cuenta la ubicación geográfica de la RAAN y el origen religioso cristiano del Programa Integral en Salud (PIS), es importante destacar que fue con la llegada de los europeos a la Costa Caribe de Nicaragua que se inicia el modelo de Atención en Salud, logrando un sincretismo entre las prácticas médicas tradicionales y las europeas-cristianas.

A mediados del siglo XIX llegaron los misioneros moravos, de manera paralela al arribo de las empresas transnacionales de la madera y la minería. En 1934, el Dr. David A. Thaeler, Jr. estableció una pequeña clínica médica en Bilwaskarma; posteriormente, con el apoyo de su esposa Margaret fundaron la primera Escuela de Enfermería del país¹⁶.

En 1945 la Misión católica estadounidense instaló en Waspam una escuela y un dispensario médico con las Madres de Santa Inés. En 1965 una hermana enfermera fundó una clínica de maternidad en Waspam y comenzó la formación de las parteras tradicionales de las comunidades del Río Coco¹⁷.

En 1968 se iniciaron los primeros Cursos de Líderes de Salud del Río Coco, y luego en 1969 cursos para amas de casa y parteras. A inicios de 1971 comenzó a funcionar el Programa Integral de Salud del río Coco con el objetivo de integrar las instituciones locales y extralocales, gubernamentales y privadas en la promoción del desarrollo de la zona. Se logró la coordinación de la Misión Católica, la Misión Morava, el Ministerio de Salud, y otras organizaciones locales en acciones para mejorar la salud a través de un programa de atención primaria en salud basado en

¹⁶ Atención Primaria en Salud en Nicaragua antes de 1979; María Hamlin Zúniga, MPH, http://www.cisas.org.ni/files/CISAS_APSNicaragua_Pre1979.pdf

¹⁷ Ib. Idem

los líderes de salud, las parteras, y las mujeres. Lograron un sistema de salud preventivo, inmunización y saneamiento ambiental por medio de la organización comunitaria. Se establecieron un sistema de atención básica comunitaria y provisión de medicamentos esenciales, además de la distribución y control del tratamiento para tuberculosis. Fomentaron la salud a través de educación con programas de salud escolar. También promovieron la producción de alimentos y mejoramiento de la nutrición, especialmente infantil. El Programa Integral de Salud del río Coco fue un elemento fundamental del programa Pastoral Indigenista de las comunidades miskitas y mayangna del Río Coco¹⁸.

La Pastoral Indigenista se basaba en la teología de la liberación y en una educación liberadora. Significaba el reconocimiento de la relación entre la salud y los factores socioeconómicos y políticos. Con la participación directa de las comunidades indígenas, se desarrollaron los recursos humanos comunitarios a través de una capacitación multidisciplinaria, multinivel, e interdisciplinaria¹⁹.

El ejemplo del Programa Integral de Salud del Río Coco llegó a ser el prototipo para la Pastoral de Salud del Vicariato de Bluefields durante los años 70 y hasta en los años 80. Cuando el gobierno revolucionario intentó promover las Jornadas Populares de Salud en las comunidades de la Costa Caribe tenían que tomar en cuenta el hecho que, durante años, los promotores o líderes de salud, las parteras, y las amas de casa había tenido un protagonismo importante en la salud y bienestar de sus comunidades²⁰.

Es en estos antecedentes históricos que el PIS de Waslala encuentra su paralelismo, y en quiénes asume como un desafío y un compromiso los problemas de salud de las poblaciones de las zonas alejadas, discriminadas por el difícil acceso y abandonadas. Es también en estas condiciones que el sector religioso resulta ser el principal actor en salud preventiva, en circunstancias en las que el Estado no cumple con sus responsabilidades.

¹⁸ Ib. Idem

¹⁹ Ib. Idem

²⁰ Ib. Idem

En Waslala, durante los años 70' fueron los misioneros capuchinos norteamericanos los que realizaban algún apoyo en salud y facilitaban medicamentos a las personas que, en su recorrido, encontraban enfermas.

Hace más de 40 años los párrocos o sacerdotes católicos que llegaban a Waslala, en sus visitas a la comunidad cargaban un botiquín con medicinas para asistir a los/as enfermos/as, aprovechando su presencia en las comunidades para celebrar la misa.

Con la llegada del Padre Franklin acompañado del Padre Teodoro, en 1974, reconociendo a Waslala como un municipio olvidado, trabajaron por los problemas de educación, salud, producción y de violación de sus derechos humanos, apoyándose para ello en el trabajo, con los/as líderes y lideresas religiosos/as de las comunidades. Muchos/as de estos/as hombres y mujeres líderes, conscientes de la situación de injusticia y represión de la época, se sumaron a la lucha del Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN) como colaboradores, contra la dictadura de los Somoza.

En esos años Waslala se caracterizaba por ser albergue de diferentes grupos armados, y sitio de protección de los campesinos que, de un bando o de otro, corrían peligro.

Tanta necesidad evidenciada fue asumida por los/as religiosos/as que realizaban giras misioneras por la montaña; esfuerzo al que se unieron muchos/as cooperantes e internacionalistas, que se sumaron al trabajo parroquial actividades tales como salud preventiva, producción agrícola, educación y promoción de la mujer campesina.

De todo este trabajo evangelizador y social, y una vez alcanzado el triunfo de la Revolución Popular Sandinista (RPS), surge la creación de La Parroquia Inmaculada Concepción de María de Waslala, en el año 1980, siendo su primer párroco un sacerdote diocesano originario de Bluefields, llamado Rafael Jarquín. Hasta la fecha la parroquia ha tenido diez sacerdotes en su historia; dos de ellos nicaragüenses, los otros de origen brasileño e italiano. Ellos son los nicaragüenses Rafael Jarquín, Osmar Muller (q.e.p.d) y Enrique Blandón, el

italiano Ubaldo Gervasoni, y los brasileños Carlos Alberto Pinto da Silva, Cleto Stulp, Nelson Ángel Líbano y Vanderlei Festner -hasta el 2008-, y actualmente los nicaragüenses Danilo Campo y Anelio Antonio Cantón.

Se mencionan como otras personas importantes del trabajo realizado desde la parroquia a: Hna. Lourdes Duarte (brasileña), Hna. Lodia Furlani (brasileña, fallecida y sepultada en Waslala), Hna. Esther Ostrowki (brasileña), Hna. Rossiane Escula (brasileña), Maestro Elio Méndez Kueller (brasileño), Gunter Pilz (austriaco), Hno. Manuel Estrada (nicaragüense), José Epifanio Sánchez (nicaragüense) y Rodolfo Sánchez (nicaragüense).

Todos/as ellos/as, junto a una gran cantidad de líderes/as comunitarios/as anónimos/as que no se mencionan aquí, jugaron un papel determinante en la continuidad del trabajo en salud y en las otras pastorales, en un esfuerzo conjunto para mejorar las condiciones de vida de las comunidades rurales, incluyendo algunas de Siuna vecinas a Waslala.

En la década de los '80, posterior al triunfo de la Revolución Popular Sandinista, el Ministerio de Salud (MINSA) tenía presencia en la zona sólo cuando contaba con el acompañamiento del recién creado Ejército Popular Sandinista (EPS), debido al conflicto bélico que allí se desarrollaba. Por esta misma razón, la atención en salud en las comunidades era escasa, y prácticamente los/as misioneros/as del Vicariato de Bluefields debieron tomar en sus manos el trabajo de la atención en salud de las comunidades, y lo hicieron a través de la formación y el apoyo de los/as líderes/as religiosos/as y comunitarios/as.

Para completar el panorama de la peligrosidad y dificultad del trabajo en esa época, vale recordar que la contrarrevolución destruyó escuelas y centros de salud porque en su estrategia eran considerados objetivos militares.

En 1981 se hizo presente en Waslala la congregación de las Hermanas Inmaculadas, y entre ellas la hermana Hilaria, de origen brasileño. Luego llegó la Hna. Lourdes Duarte, también brasileña. Estas hermanas también se dedicaron a

realizar trabajos en salud primaria, incluyendo la Medicina Natural como alternativa económica y de “*Salvación Integral de las Personas*”, sobre todo en las comunidades alejadas, donde sólo ellas y otros/as religiosos/as llegaban.

Durante los años 85 y 87 el Ministerio de Salud (MINSA), bajo la dirección del Dr. Francisco Umaña y de la Dra. Clara, de origen Italiano, iniciaron la estrategia de ofrecer capacitaciones a personas voluntarias de las comunidades para que vacunaran en sus comunidades; se formaron así diversos grupos pequeños de más o menos 20 personas. Estas capacitaciones las realizaba directamente el MINSA, por lo que las personas que participaban en los grupos de capacitación en muchas ocasiones eran percibidas como colaboradoras del FSLN, y no como voluntarios/as de la comunidad que llegaban a formarse en temas de salud. El MINSA después de cada capacitación entregaba a cada persona 2 o 3 tratamientos para los problemas de salud más comunes en la población, para las comunidades a las que pertenecían. Es a partir de esta experiencia que nacen las primeras Brigadas Únicas de Salud (BUS).

En 1986 se constituyeron brigadas de salud en todas las comunidades y así se originó un gran número de brigadistas de salud. La Parroquia y el MINSA lograron penetrar en todas las comunidades; se vacunaba, se daba atención en salud, se desarrolló el movimiento de brigadistas y se rescató a las parteras.

Con el brote de sarampión que se dio en el año 1988 en las comunidades de Zinica, El Divisadero y Curazma, el cual dejó más de 150 niños/as fallecidos/as, la Parroquia “La Inmaculada” de Waslala, asumió de forma rápida y abierta la formación en salud para todas las comunidades. Esto se realizó con el apoyo de Catholic Relief Services (CRS). En este periodo se reunieron más de 200 brigadistas y parteras, coordinando toda la iniciativa con el MINSA.

De esta forma se lograron llevar las vacunas contra el sarampión a todas las comunidades a través de cada persona capacitada. El MINSA facilitaba el producto biológico y los/as Brigadistas realizaban la vacunación en sus comunidades.

Luego las capacitaciones se comenzaron a realizar cada dos meses, y se brindaba a los/as asistentes alimentación y hospedaje por una semana. Existía coordinación entre el MINSA a nivel local del municipio y las BUS de las diferentes comunidades. Los contenidos para estas capacitaciones eran especialmente basados en el reconocimiento de las enfermedades más comunes: Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS), Enfermedades de la Piel, el manejo técnico y administrativo de los biológicos, el reconocimiento de las enfermedades crónicas. El objetivo principal de este periodo fue la Promoción de la Salud Preventiva.

A las BUS capacitadas se les apoyaba con algunos medicamentos para que ayudaran a las personas de la comunidad; en ocasiones estos medicamentos eran proporcionados por el MINSA y en otras por la Parroquia, a través de donaciones que mandaban personas solidarias de varios países.

En este período se integraron a la iniciativa de salud comunitaria, primero, Paz Alejandra Gajardo, de origen canadiense y, luego, Marcia Costello, norteamericana, con proyectos financiados por Catholic Relief Services (CRS). También se logró el apoyo de la Asociación para el Desarrollo de los Pueblos (ADP), y de la Comunidad Económica Europea (CEE), a través de la ONG italiana Movimiento Laico para América Latina (MLAL).

La organización ADP, se integró durante este proceso apoyando la formación de Promotores y Promotoras en Medicina Tradicional, y apoyó con materiales didácticos a la Pastoral de Salud. El MLAL se integra para aportar con un Recurso Humano y para la construcción del edificio que ahora funciona como Laboratorio de Medicina Natural, el cual es administrado por la Pastoral Campesina.

La Parroquia La Inmaculada, de la Iglesia Católica, perteneciente al Vicariato Apostólico de Bluefields, formalizó su proyecto como Pastoral de Salud en 1987, cuando brigadas y organismos empezaron a dar apoyo formal a través de las monjas y de los sacerdotes, quienes daban medicamentos y consultas médicas a

la gente pobre. Posteriormente se impulsó un trabajo con brigadistas de salud para atender a las cooperativas, siempre ayudados por las monjas y por el párroco de la Iglesia La Inmaculada.

En 1987, la Parroquia, a través de cada pastoral, que en la práctica pertenecían a los diferentes programas en ejecución, logró organizar grupos de coordinadores/as y entre ellos a los y las coordinadores/as de salud. El Proyecto de Salud formó grupos de coordinadores/as de reparto, los/as que daban acompañamiento más seguido a las comunidades, ya que el equipo del PIS no lograba el acompañamiento frecuente a más de 80 comunidades.

En 1990, con el triunfo de la alianza de partidos Unión Nacional Opositora (UNO), que llevó a la presidencia a la Sra. Violeta Barrios de Chamorro, se realizaron cambios en todo el gabinete de gobierno y en las políticas públicas de Atención Salud, llegando dichos cambios a repercutir en las localidades más remotas. El municipio de Waslala no fue ajeno a estos cambios. La nueva dirección del MINSA trajo consigo desinterés y poca valoración al trabajo desarrollado por los/as agentes comunitarios. Por otra parte, en la montaña quedaron grupos armados con diferentes intereses, por lo que las instituciones del estado, debido a las amenazas y peligro que les representaba la zona, sumado al desinterés de invertir tanto esfuerzo por la gente humilde, continuaron limitando el acercamiento a las comunidades rurales. También mucha gente de Waslala emigró hacia otras zonas rurales del país. En este período, el 25 de enero de 1992 es asesinado el director del hospital de Waslala, Dr. Martín Condega.

A este contexto hay que agregar el retiro de muchos grupos de cooperación internacional, “porque la guerra ya había terminado”, quedando de este modo muy poca ayuda externa en la zona.

Con toda la experiencia de trabajo en salud comunitaria acumulado, están dadas las condiciones para que nazca el Programa Integral en Salud (PIS), y lo hace en la parroquia La Inmaculada Concepción de María, desde la pastoral de salud y a

partir de las constantes solicitudes de apoyo que reciben por parte de los y las pobladores/as de las diferentes comunidades.

Testimonio de un Párroco de la época

ENRIQUE BLANDÓN, de 48 años, es un ex sacerdote y párroco de Waslala; es originario de Siuna. Actualmente se le ve felizmente casado y con 5 hijas/os. Dos veces candidato perdedor por el FSLN para la alcaldía de Waslala (1999 y 2008).

Él expresó:

“Yo llegué a Waslala en 1986 y estuve en la parroquia hasta 1992. “en los años ‘70 fueron los capuchinos Norteamericanos como misioneros los que realizaron obras concretas de salud, capacitación a los líderes, yerberos y parteras, facilitándoles medicamentos... muchos de estos líderes se hicieron colaboradores del Frente.”

Y continúa, “Apoyaban también en la agricultura a través del club de agricultores, los organizaban para que demandaran mejores precios y prepararon a algunos maestros, este es el origen del trabajo de la parroquia... A raíz del triunfo de la revolución vinieron muchos cooperantes y religiosos. Se hizo presente la congregación de las hermanas Inmaculadas en el 81.”

“La hermana Hilaria en la parroquia tenía un botiquín y allí la gente hacía fila para la consulta y los medicamentos, casi todas las enfermedades las curaban con acetaminofen.”

“Continuamos el trabajo por el sufrimiento de la gente, por las distancias y falta de médicos. Yo recogía las necesidades de la gente y decía: La salvación de las personas tiene que ser completa e integral. Para ello debíamos tratar de paliar los problemas de salud de las mujeres, la muerte de los/as niños/as, las enfermedades de la piel, las diarreas.”

“Llegó un momento en que me sentía saturado con todos los componentes; servicio a la salud, educación, producción, mujeres, jóvenes, evangelización y tomé la decisión de independizarme.”

“Siempre discutíamos que la gente no tenía que ser dependiente de la ayuda, tenía que ser gente de aquí la que trabajara en Waslala. Por ejemplo: La Bernarda me seguía con el botiquín, hasta como los 16 años, atendiendo a la gente, ella es de Kasquita y ahora es la responsable del PIS.”

“En 1980, a raíz del triunfo y con la alfabetización, el obispo decidió desmembrar esta zona de 50 comunidades.”

“En tiempos de guerra había mucha desconfianza por la contra, a muchos los secuestraron y los mataron. Entre los brigadistas, también habían simpatizantes de la contra, pero el principio es que cualquier servicio a la salud está por encima de lo político: a todos por igual. “

“Mi experiencia fue muy positiva, se salvaron muchas vidas, se previnieron enfermedades, se hicieron muchas vacunaciones.”

“En el ‘87 hubo una epidemia de sarampión donde murieron más de 150 niños/as.”

“Entre los/as actores relevantes están la Hna. Hilaria, Hna. Lourdes, Marcia, una Norteamericana.”

“Algunas actividades se coordinaban con el MINSA, pero muy poco; estuvieron trabajando Catholics Relief Services (CRS), ADP, El Centro de Medicina Natural de Estelí.”

“Yo mismo me curé los riñones con medicina natural, la medicina occidental es cara.

La Medicina Natural nace como alternativa económica y rescate de conocimientos.”

“Lo importante más bien fue lo de la cooperación y no lo institucional.”

“En la práctica comunitaria habían brigadistas muy buenos, otros estaban por defenderse de los grupos armados, otros por vocación, habían buenos y malos, pero la mayoría han hecho un buen trabajo.”

“En las celebraciones de la palabra hacían trabajo preventivo, visitaban a la gente y también la gente los buscaba.”

“En cuanto al financiamiento siempre se conseguía recursos, nunca me dijeron que no, la ayuda era canadiense, gringa, italiana, nica.”

“En esto hay que señalar que no siempre han habido buenos administradores, me dieron a un seminarista que se robó como C\$30,000 córdobas y \$3,000 dólares.”

“Por aquí han pasado varios médicos unos buenos otros no.”

“En los últimos años la parroquia y el MECD, han hecho escuelas y casi en todas las comunidades hay escuelas. De nada sirven escuelas bonitas, si el nivel de la educación anda por el suelo, profesores difíciles, con mala ortografía...”

Se le preguntó de alguna experiencia que hubiera marcado su vida y dijo:

“Darme cuenta que cuando uno nace para redentor muere crucificado,... a mi se me murió mucha gente trasladándola,... la gente a uno le exige y lo reta, era asediado, para todo me buscaban, trabajaba las 24 horas del día. Ahora que soy ganadero de oficio, descubro que es más fácil pastorear vacas que a la gente”.

Otra experiencia impactante fue que “En el '91, para navidad hirieron a uno de la resistencia, y en el hospital la Dra. Sonia Castro estaba atendiendo a una mujer embarazada accidentada,... cuando llegó un contra herido,... no lo pudieron atender y los policías sacaron al contra... y un policía lo mató. Luego llegó la contra buscando a la Dra. Castro... un medico les dijo que no estaba, y se lo llevaron a él – al Dr. Martín Condega- y por suerte no salió la Sonia Castro, ella llegó llorando a buscarme y contarme lo que pasaba. Yo salí a seguir a los contras, pero cuando llegué al lugar ya lo habían matado.”

“A mi tres veces me secuestraron, me emboscaron varias veces, me poncharon las llantas, me rafaguearon la camioneta y nunca me tocaron ni un pelo. Amenazas de muerte más de mil veces, pero nunca les tuve miedo, ni a ellos, ni a la muerte. Por la presión de la gente, el apoyo del obispo y el poder de la palabra me liberaban. El secuestro era para diezmar.”

“Me casé en 1995, soy originario de Siuna, me bachilleré en Bluefields y soy contador público. Estudie en la facultad de filosofía en Guatemala, Facultad de Teología en México. Me ordené cura en 1981 y me retiré en 1995, pedí un año sabático y luego le mandé el certificado de matrimonio al obispo.”

7.3. Origen y Actualidad

El Proyecto es bautizado como Programa Integral de Salud (PIS) en 1994, y continuó con la formación de agentes voluntarios/as, incluyendo una clasificación del grupo de líderes por niveles 1, 2, 3, respondiendo a la heterogeneidad del grupo y al crecimiento con gente nueva.

Bernarda Vivas Hernández, originaria de Waslala y acompañante de uno de los párrocos -cuando era casi niña-, se dedicaba a la labor de asistir con los botiquines a las comunidades en largas caminatas a pie. Ella estuvo desde junio de 1994 hasta el 2008 asumiendo la coordinación del PIS, teniendo como uno de los principales acompañantes financieros al Servicio de Cooperación Austriaco (ÖED), ahora llamado Horizont3000. Esto ha hecho posible las diferentes actividades de la salud preventiva en tres fases de implementación, es decir, consolidando la ejecución de su programa de capacitación permanente de agentes comunitarios; tomando la reorganización y el desarrollo comunitario como su principal base, y promoviendo el uso racional de las plantas medicinales.

Desde un inicio, las prioridades del PIS estaban enfocadas en la disminución de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil, a través del fortalecimiento a la organización comunitaria. El trabajo se inició en las instalaciones de la parroquia “La Inmaculada”, a través de una estrecha relación entre la Iglesia Católica -específicamente del Vicariato de Bluefields- y el Ministerio de Salud local, lográndose capacitar a trabajadores/as de la salud, voluntarios/as de las zonas más alejadas del territorio, facilitando el acceso a los servicios básicos de salud de estas poblaciones geográficamente marginadas. En este mismo año 1994 el PIS organizó brigadas médicas integradas por personal del MINSA local y personal del PIS, para vacunar y atender de forma directa a la población de las comunidades rurales, que por años no se vacunaban ni recibían atención médica.

Para la formación de estos grupos se desarrollaban seis encuentros al año para cada grupo, dando seguimiento a las parteras y promotores/as de la Medicina Tradicional. A la medicina tradicional se le acompañó también con capacitaciones en “orinoterapia”.

Se trabajó siempre por mejorar las relaciones de coordinación con el Ministerio de Salud local, a fin de crear un acercamiento con los/as agentes comunitarios de salud. A finales de 1994 se redujo el proceso de atención directa del PIS, trasladando gradualmente la responsabilidad de la Atención Primaria en Salud al MINSA del municipio de Waslala. Dentro de este escenario en transición, el PIS de la Parroquia obtiene financiamiento de diversas fuentes nacionales e internacionales, principalmente de la ONG austriaca ÖED, ampliando los contenidos de trabajo y el personal técnico.

Durante los años 95, 96, 97 y 98 se desarrolló una estrategia de Brigadas Medicas Móviles (BMM), para visitar a todas las comunidades rurales. Ellas estaban integradas por personal técnico del Programa Integral en Salud y del MINSA local. El PIS también facilitaba el transporte y viáticos del personal del MINSA, con el fin de disminuir las enfermedades epidémicas y para que la población tuviera acceso a la Atención Primaria en Salud. (APS).

El PIS siempre tuvo la preocupación “de no hacer competencia o sustituir al Ministerio de Salud. Queríamos facilitar sus actividades, luchamos mucho por la reforma del hospital, por la ambulancia, en ayudar a los promotores del MINSA, también en muchos casos donde había corrupción, porque los recursos que entregábamos como donación al MINSA, algunas veces terminaban en manos privadas. Casos donde, por ejemplo, la ambulancia no estaba para la gente, pero cargaba chanchos de una finca a otra. Sin contar medicinas que recibíamos de afuera, equipos y hasta comida.”²¹

La capacitación integral de los/as agentes comunitarios deja de ser prioridad dentro de las programaciones del MINSA local, y es delegada prácticamente al

²¹ Padre Carlos Pinto da Silva

equipo técnico de salud del PIS. Con el fin de garantizar este proceso, el PIS asumió el pago de viáticos al personal que integraba las BMM, pagando viáticos mayores a los del MINSA.

En el periodo 95-97 existían aun en las comunidades grupos armados (recompas, y recontras) a los que poco se les entendía su objetivo de lucha, ya que muchos terminaban en actividades delictivas. El escenario de inseguridad demandaba que la planificación del trabajo de las BMM se preparara con mucho tiempo para la coordinación y estrategia, con previa comunicación con los/as agentes comunitarios, contando fundamentalmente con el cariño, confianza y espacio adquirido dentro de la población comunitaria, por acompañarles y asistirles en sus problemas de salud.

De forma no planificada se realizaban esfuerzos para evitar que los grupos armados intimidaran al personal del MINSA, los que solían salir en los cruces de caminos o en algunas comunidades, donde tenían colaboradores. Una fortaleza que sirvió para la prevención de ataques, fue la percepción de la gente sobre el trabajo no partidizado que realizaba el PIS, lo que permitió que el personal técnico en salud desarrollara con un poco más de tranquilidad sus actividades.

Durante las visitas a las comunidades se encontraban todo tipo de enfermedades; desde tuberculosis avanzadas, leishmaniasis, diarrea en niñas/os con alto grado de deshidratación, etc. El PIS y el MINSA lograron presencia en todas las comunidades y también un fuerte arraigo y mucho cariño de parte de la población. Esto permitió al personal médico y técnico del MINSA-PIS mantener las vacunaciones y brindar atención primaria en salud; de igual modo, mantener y acrecentar el movimiento de brigadistas y el rescate de las parteras.

Como resultados importantes de este trabajo del PIS están la sensibilización del personal del MINSA para la atención a la población, la vacunación a gran parte de

los/as niños/as, la promoción de la organización comunitaria, así como la sensibilización de la población en la promoción de la salud preventiva.

En el período de 1995 a 1998, las Brigadas Médicas Móviles (BMM) ampliaron la cobertura de inmunización en todas las comunidades rurales, y especialmente en la población infantil y en la mujer embarazada. Pero también lograron introducir en el personal del MINSA el trabajo sobre la sensibilización para el acceso a la salud y la atención humanizada.

En los años 97 y 98, se disparan los índices de Mortalidad Materna en Waslala, teniendo las cifras más altas del país: 13 muertes maternas en 1997 y 12 muertes maternas en 1998. Esta situación llevó al PIS y al MINSA a desarrollar una fuerte campaña contra de la Mortalidad Materna. La Parroquia y el PIS se organizaron en muchas ocasiones para realizar traslados de mujeres parturientas y sus niños/as al hospital Regional de Matagalpa. Se aumentó también el número de parteras capacitadas, se les entregó equipos para la atención al parto domiciliar, se les dotó de material para la planificación familiar y se trabajó en la sensibilización, incluyendo a los líderes religiosos; se fortaleció la organización comunitaria a través las juntas directivas, capacitándoles y facilitando los procesos de entendimiento entre los grupos.

El PIS, además, construyó casas bases en los lugares más alejados y con mayor número de Muertes Maternas, para facilitar la atención que el MINSA brindaba a esas comunidades. Durante este periodo continuaba el apoyo económico y técnico de la ÖED.

A finales de 1998, 2000 y 2001 llegaron otras organizaciones para apoyar y fortalecer el liderazgo del MINSA y así frenar la mortalidad materna. En coordinación con el MINSA Regional se instalaron radios comunicadores en las 3 regiones más afectadas por la mortalidad materna, para mantener información

sobre el estado de mujeres embarazadas o parturientas en riesgo obstétrico. De este modo se controló y se redujo de manera significativa la Mortalidad Materna²².

El trabajo en salud era coordinado con los/as líderes/as de cada comunidad, que convocaban a la población, guiaban a los grupos de personas, preparaban las condiciones de trabajo, hacían traslados de material biológico, alojaban y daban de comer al personal. El PIS continuaba pagando el viático por día al personal del MINSA para que fueran al campo en compañía del personal del PIS.

Posterior al 2001 el Proyecto de Salud continuó con la formación de hombres y mujeres que de manera voluntaria y solidaria estaban comprometidos/as con la comunidad, y que eran conocidos/as como Agentes Voluntarios/as en Atención Primaria. Ellos se caracterizaban por la entrega desinteresada y por su persistencia ante la escasez e inestabilidad del MINSA; aseguraban así presencia en la atención en salud en las comunidades, mientras que el MINSA se centralizaba en Waslala como cabecera municipal. Los/as agentes voluntarios/as se clasificaron en Parteras, Promotores/as y Líderes/as de salud; y realizaban unos cuatro encuentros por cada grupo en el año.

Finalizando este periodo del 2001, se hizo un nuevo intento de coordinación con el Ministerio de Salud local, lo que se convirtió en un gran reto debido a que coincidió con el primer brote de cólera que se originó en varias comunidades del municipio. Para brindar auxilio a la población afectada, la coordinación del PIS solicitó apoyo al MINSA Central, con panas plásticas, suero oral y endovenoso, bacinillas, etc., mientras que el proyecto compró galones grandes de plástico para trasladar cloro a las comunidades. Además, se seleccionó a un grupo de líderes/as comunitarios/as para ser especializados en la atención de pacientes con cólera; y se desarrolló una gran campaña para la prevención del mismo. Los contenidos de la especialización, estaban dirigidos a mejorar las prácticas de higiene personal, la construcción y uso de letrinas para disminuir el fecalismo al aire libre, la no

²² Ver grafico de la mortalidad Materna por año en Vigilancia epidemiológica página 95.

realización de actividades fúnebres a los/as fallecidos/as por cólera, el uso de agua clorada, entre otros. Por su parte, a través de estos/as líderes/as se lograba mantener la vigilancia ante posibles brotes.

Cuando se inicia la experiencia de los/as primeros/as misioneros/as, se inició también el trabajo en salud con la estrategia de Botiquines comunitarios a través de los/as agentes que tenían más conocimientos; esta experiencia logró que se sumaran unos 40 botiquines comunitarios. Al mismo tiempo, se continuó con la estrategia de promoción de la medicina tradicional, agregando antibióticos y otros insumos y materiales médicos. De este modo, La parroquia llegó a dar cobertura a todo el territorio del municipio de Waslala, atendiendo a sus 88 comunidades rurales y al casco urbano. Para el caso, se realizó una división geográfica del área rural en 8 repartos, donde cada reparto constituía un promedio de ocho a diez comunidades rurales cercanas; y del casco urbano, conformado por 7 barrios, a través de sus distintas áreas pastorales.

Una de las principales actividades desarrolladas por el PIS han sido las capacitaciones sobre la medicina curativa y preventiva, tratándose en ellas temáticas como las enfermedades inmuno-prevenibles, la salud ambiental, la salud materno-infantil y la nutrición.

En el año 2000 en el PIS se abrió un sistema de registro estadístico del trabajo que realizaban los agentes en las comunidades. También se hizo énfasis en las estrategias de salud preventiva a través de capacitaciones a la población comunitaria.

Para el año 2001, dada la madurez alcanzada y el trabajo consolidado como Programa Integral en Salud (PIS), a través de las sub-aéreas existentes de Materno Infantil, Medicina Natural, Formación de Agentes Comunitarios y Botiquines Comunitarios, se da una reorganización para asumir el enfoque integral con énfasis en el trabajo de organización y capacitación desde las comunidades; esto con el fin de fortalecer las capacidades potenciales de autoresolución de sus problemas de salud.

Además de esto, se modificó el reglamento en relación al perfil de los/as líderes/as comunitarios y el trabajo de los Botiquines; se inició un proceso de formación para el equipo técnico y se amplió la coordinación hacia otros sectores sociales que intervenían en la comunidad.

También se integró la estrategia de Purificación del agua a través del método SODIS, capacitando promotores/as y recolectando botellas desechables de gaseosa, para ser usadas por las familias en la purificación solar del agua para consumo humano. Igualmente se realizaron estudios que garantizaran la efectividad del método de purificación del agua.

7.4. El PIS y la Parroquia de La Inmaculada en la actualidad

El Programa Integral en Salud (PIS) continúa como pastoral de salud adscrita a la Parroquia de La Inmaculada Concepción de María de Waslala, desarrollando trabajo sin fines de lucro en salud preventiva, dirigido especialmente a las comunidades del área rural del municipio. Esforzándose por incidir en la baja cobertura de los servicios de salud del MINSA, sobre todo en la promoción, prevención, y atención de los diferentes problemas de salud en las comunidades. El PIS se desarrolla dentro de la misión de la Iglesia Católica de la parroquia La Inmaculada, para defender, transformar y promover la vida en el municipio de Waslala, actuando con autonomía, bajo la figura legal de la parroquia, sin contar todavía con su propia personería jurídica.

En el período 2003-2004 disminuyeron los conflictos armados que hacían difícil el acceso a los servicios de salud del Estado. Sin embargo, no existía la voluntad del gobierno para crear políticas sociales que beneficiaran a la mayoría de la población, especialmente a los grupos más vulnerables.

El Programa Integral en Salud, adoptó como lema: **“Entre Pobres y Campesinos Buscamos el Camino”**, acompañando a la población más aislada de las comunidades rurales, buscando siempre un mayor nivel de coordinación con el MINSA y otros organismos afines que trabajan en el Municipio. Se han diseñado estrategias para permitir la participación comunitaria en función del fortalecimiento de su organización, a través de la formación de recursos humanos y del acompañamiento técnico a las comunidades, para que sean capaces de analizar sus problemas y de manera conjunta encontrar alternativas para mejorar esta situación, contribuyendo así al desarrollo de las mismas comunidades.

Durante este periodo el Programa Integral en Salud ha realizado actividades tales como visitas comunitarias, talleres de formación a líderes, a parteras, promotores y directivas, visitas de supervisión directa, elaboración y ejecución de micro-proyectos comunitarios, tales como la construcción de casas comunales, sistemas de riego o abastecimiento de agua por gravedad, casas de atención directa con Medicina Natural, silos para almacenamiento de semillas, peceras, huertos de Medicina Natural, cultivo de hortalizas, construcción de letrinas, ampliación de medicinas a los botiquines comunitarios, promoción de las ferias de salud en coordinación con las demás Pastorales de la Parroquia, charlas radiales de sensibilización, así como coordinación interinstitucional con organismos afines.

El eje fundamental del Programa Integral en Salud para el área rural de Waslala, consiste en promover la formación permanente de hombres y mujeres Agentes Voluntarios comunitarios, entre líderes/as de salud, parteras adiestradas y promotores/as de la Medicina Natural, realizando encuentros de capacitación, de acuerdo a la problemática de salud que se vive en el municipio.

La Parroquia La Inmaculada a través del PIS trata de fortalecer y mantener las organizaciones con una visión integradora, con una misión evangelizadora, caracterizada por defender los derechos humanos y promover la organización comunitaria, como una estrategia fundamental para enfrentar los diferentes

problemas. Actualmente la parroquia de Waslala está conformada por siete equipos parroquiales, que atienden a la población del municipio en distintas áreas sociales, llamadas pastorales; Evangelización, Salud, Educación, Producción Agrícola, Promoción de la Mujer Campesina, Promoción Juvenil, Derechos Humanos, y está por crearse la de Agua. Dos de estas áreas, Producción Agrícola y la Promoción de la Mujer Campesina, tienen personería jurídica como organizaciones civiles, cabe mencionar que la pastoral de la promoción de la Mujer es la única que ya se independizó de la parroquia. La Misión y los Objetivos de estas organizaciones coinciden con muchas de las líneas de trabajo de la Iglesia católica, sobre todo la priorización de las comunidades más aisladas y desposeídas de la zona.

7.4.1. Disponibilidad de Infraestructura

La parroquia cuenta con varias infraestructuras, donde se desarrollan las diferentes actividades que se impulsan:

- El Centro Pastoral “Hermana Lodia” es un espacio para los encuentros, talleres y otras actividades de capacitación de los/as líderes de la Parroquia y también es alquilado para encuentros de otras instituciones y organizaciones del municipio.
- Tienen 87 capillas de la Parroquia en las diferentes comunidades en la montaña. Espacios que sirven para los encuentros comunitarios, además de las celebraciones religiosas.

Oficinas de la Parroquia

- ACAWAS (Asociación Campesina de Waslala)

Es un espacio de Administración y atención al público, sobre todo a los/as campesinos/as. Cuenta con oficinas para los/as técnicos, bodega para las herramientas, garaje y adjunto el trillo de arroz.

- PIS (Programa Integral en Salud)

Oficina de trabajo de los/as técnicos/as, atención a los/as líderes y población, bodega de medicina, administración, biblioteca y un auditorio para encuentros.

- INAWAS (Instituto Agropecuario de Waslala)

Cuenta con oficina de administración y aulas para las clases. Desde el año 2005 se comenzó la construcción del nuevo predio del instituto. Con seis aulas con sus baños ya listo. El año 2006 y 2007 se construyó las oficinas de administración, biblioteca, laboratorio, sala de profesores/as, dormitorio y cocina para los/as estudiantes.

- Internet y computación

Hay 15 computadoras usadas, para las clases de computación, 07 computadoras para el uso de Internet, fotocopiadora, teléfono, escáner, encolchado y en plastificado, con atención al público de lunes a sábado.

- Educación

Oficina de trabajo de los/as técnicos/as y coordinador, para la atención a los/as maestros/as y patronato escolar, con biblioteca y bodega de útiles escolares.

-Medicina natural

Oficina de atención y venta de medicina natural. Cuenta con un espacio para el procesamiento de las plantas medicinales y un cuarto de masaje. Está dentro del contenido del PIS.

-Despacho parroquial

Espacio de recepción de las/los líderes/as y población de las comunidades para asuntos pastorales y ventas de materiales como Biblias, camándulas, libros de

catequesis, y otros materiales útiles para las comunidades. Archivo de los bautisterios y de los otros sacramentos.

7.4.2. Cómo funciona el PIS dentro de la Parroquia

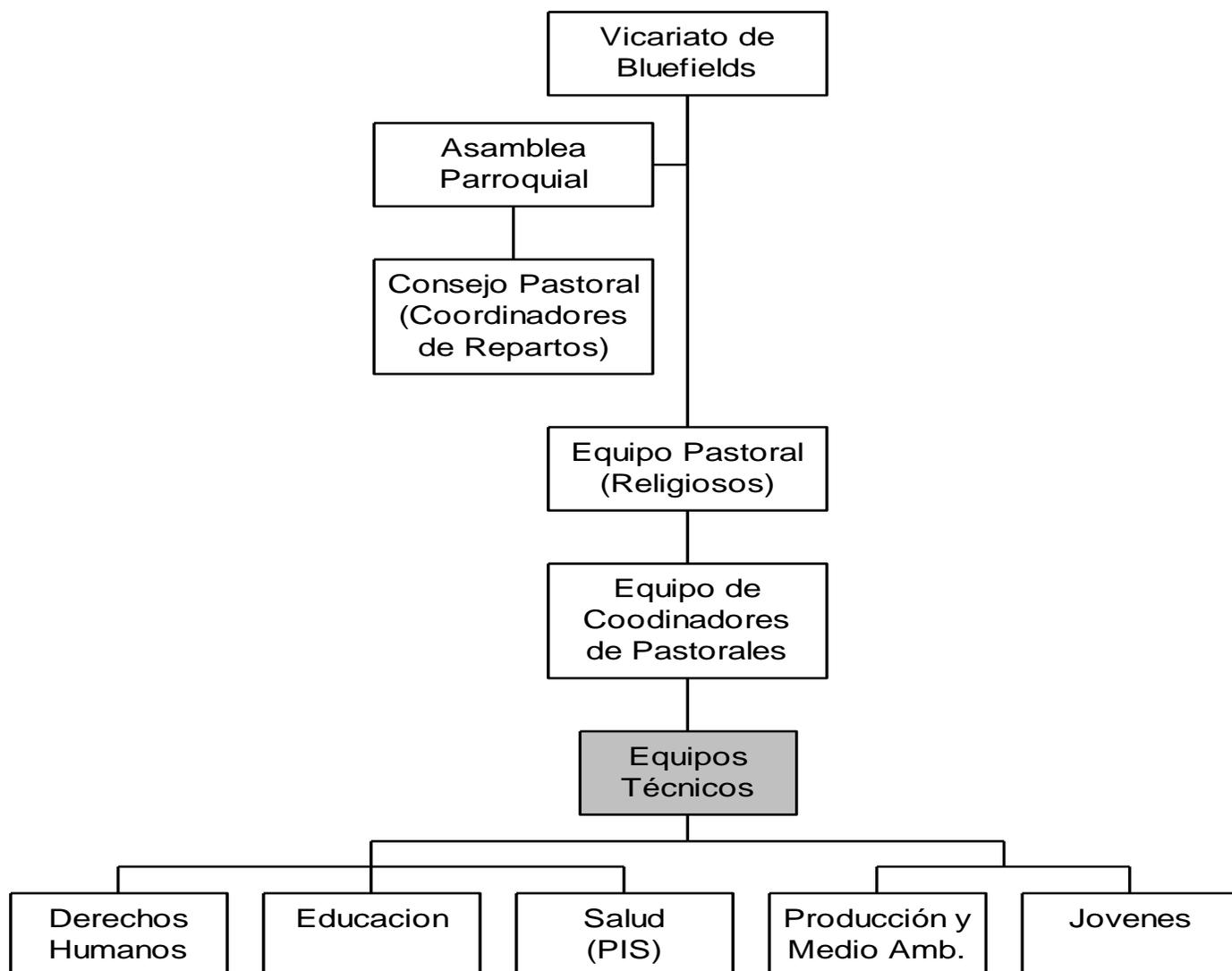
Existe la coordinación de los equipos parroquiales que se lleva a cabo por el Concejo Pastoral, conformado por los/as coordinadores/as de evangelización de cada reparto, el/la coordinador/a de cada equipo parroquial, el sacerdote diocesano y las hermanas religiosas. Este Concejo se reúne semestralmente en Waslala, y responde directamente a la Asamblea Parroquial, que es la máxima organización de la Iglesia.

La Asamblea Parroquial representa a todas las comunidades católicas del municipio, y está conformada por un representante de evangelización de la comunidad, un representante de cada área parroquial y los religiosos, que se reúnen dos veces al año, esto es, a principios de año de manera general en la parroquia de Waslala, y a mitad de año en mini-asambleas por reparto.

A nivel comunitario, existe una directiva católica conformada por un Presidente, Vice-Presidente, Tesorero, Fiscal y Vocal. Esta directiva responde a toda la comunidad y coordina las actividades sociales de la comunidad, llevadas a cabo por Líderes/as de Salud, Parteras, Maestros/as, Delegados/as de la Palabra, Amas de Casa, Catequistas, Músicos, Coro, Coordinador/a de Jóvenes, Promotor/a de Producción, y Colectivos de Mujeres organizadas. Todos/as en sus distintos cargos son electos/as por la comunidad. El nivel de complejidad de esta estructura depende directamente del grado de organización alcanzado por las comunidades.

7.4.3. Organigrama de la Parroquia de la Inmaculada de Waslala

Parroquia la Inmaculada de Waslala



En este organigrama de la parroquia, en la actualidad el equipo Técnico de Derechos Humanos del trabajo pastoral, se cerró por falta de financiamiento. También se creó en el año 2005 el Instituto Agropecuario de Waslala (INAWAS, aprobado por el MINED y adscrito al INATEC), este es asumido como un contenido más del trabajo pastoral de Educación, también existe una pastoral que no está contemplada en el organigrama para el trabajo con niños y niñas de la

calle (existen más de cien niños/as, donde se incluye el fenómeno de las pandillas, que se consideran expresiones típicas urbanas).

7.5. Razón de ser y fundamentos del PIS

El PIS ha logrado su desarrollo como programa sobre la base de lo recorrido en más de quince años de trabajo por la salud comunitaria, planteándose la validación de su objetivo general y elaboración participativa de su Misión y Visión en el año 2002.

La Misión y Visión del PIS cuenta con la identificación y conocimiento de las comunidades donde se trabaja, siendo menos conocida en la parte urbana, donde es percibida como un dispensario de medicamentos químicos y botánicos, pero que resuelve al mismo nivel o más que el sistema de salud.

Objetivo del PIS

Contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población rural del municipio de Waslala, a través de la formación permanente de agentes comunitarios/as voluntarios/as, incluyendo líderes/as de salud, parteras, promotores/as de medicina natural y miembros/as de Directivas de Salud comunitarias, y la promoción del desarrollo y la sostenibilidad comunitaria.

Misión

“El Programa Integral en Salud es el esfuerzo organizado de la Parroquia La Inmaculada de Waslala que facilita el apoyo integral a las comunidades más aisladas del Municipio, para la construcción de un ambiente más saludable, y donde se responde y solucionan sus problemas de salud.

Conocemos en nuestras propias vidas estas necesidades al ser nosotros mismos miembros de esta comunidad.

Colaboramos con las comunidades y las acompañamos en su quehacer comunitario, gestionando y canalizando los recursos técnicos y materiales

necesarios, promoviendo el apropiamiento de las experiencias por parte de los/as actores comunitarios.

Respondemos a las necesidades más sentidas de la población a través de un Programa de Atención Primaria en Salud construido a partir del diagnóstico comunitario participativo.

Apoyamos la formación para la Defensa de la Vida en las Comunidades, conociendo los deberes y los derechos de todos y todas, despertando el interés y la autoestima en las personas y las comunidades”.

Visión

“En el 2015, Waslala vive en unidad y confianza. Sus habitantes somos capaces de identificar nuestras necesidades, valorar nuestras fortalezas y actuar conjuntamente en la construcción permanente de una vida mejor, con salud, educación, comunicación y oportunidades de alcanzar la felicidad.

En la Pastoral Integral de Salud se trabaja en coordinación y cooperación con el Ministerio de Salud y otras organizaciones que trabajen a favor de las comunidades, implementando programas integrales en salud a nivel local que reflejan las necesidades de las mujeres y los hombres de las comunidades rurales, fortaleciendo sus organizaciones naturales y la comunicación con otras comunidades.”

Principios Básicos

“El trabajo que realiza el PIS es gracias a los principios definidos y cumplidos con los esfuerzos de mujeres y hombres que a diario trabajan en las diferentes comunidades rurales; su definición nace de la práctica y de legados de muchas personas que con el ejemplo han multiplicado las ganas de seguir trabajando y acompañando la responsabilidad de acercar el derecho a la salud a campesinas y campesinos de Waslala”.

“Lo básico es:

- El trabajo coordinado de todos los miembros del equipo.

- La división de responsabilidades en las diferentes sub-áreas.
- La participación de todos y todas los/as miembros del equipo en la planificación, ejecución y evaluación de actividades.
- Tener vocación para trabajar en la montaña en tareas diversas con los campesinos y respetar su labor, experiencia y cultura.
- La solidaridad, la comunicación y el compañerismo”.

7.6. Políticas del PIS

- Participación activa de las comunidades en los diferentes procesos, sin discriminación política, partidaria, religiosa o sexual.
- Apoyo de las iniciativas que nacen de la necesidad de las comunidades bajo el análisis de los/as mismos actores/as locales.
- Trabajo en la Salud integral de las personas físico-psíquica y social.

A partir del año 2003, se hace todo un esfuerzo por incorporar en el trabajo Comunitario, la perspectiva de género, incluyendo la elaboración específica de una política para lograr este objetivo desde el PIS.

7.6.1. Estrategias

Para obtener los resultados esperados y un mejor impacto del trabajo que se realiza desde el Programa Integral en Salud, se definieron claramente las estrategias, las cuales se han construido y validado a partir de la experiencia, el intercambio y la coordinación a nivel comunitario, municipal, departamental y nacional. Ellas son:

- **Sensibilización de la población:** Se realizan programas radiales semanalmente, y al mismo tiempo se realizan charlas comunitarias, mini talleres, y Ferias de Salud, con temas de salud que sirvan para crear un contexto favorable para cambiar hábitos y creencias como factores que determinan y fortalecen los hábitos que benefician la salud.

- **Desarrollo Comunitario:** Se organiza y capacita a las redes de directivas integradas por diferentes pastorales, al mismo tiempo que se involucran otros/as actores/as existentes en la comunidad, con énfasis en la unidad, para que puedan desarrollar su comunidad con una visión compartida y así mejorar la situación de salud. Se apoya el desarrollo comunitario a través de actividades como microproyectos, huertos comunitarios, y botiquines.

- **Capacitación a los y las Agentes Comunitarios/as:** Se imparten talleres y mini talleres usando metodologías participativas en los seminarios, análisis y trabajos prácticos. Se pretende preparar a los/as Agentes para que sean capaces de motivar a sus comunidades y resolver sus problemas de salud.

La variedad y la riqueza de la formación continua promovida por el PIS para con sus agentes comunitarios, queda de manifiesto en el siguiente listado de Temas de Capacitación facilitados por el PIS en sus distintas Sub-áreas de trabajo:

- ✓ Salud preventiva en todo sus aspectos,
- ✓ Organización comunitaria para el desarrollo
- ✓ Participación ciudadana efectiva para mujeres y hombres
- ✓ Empoderamiento comunitario
- ✓ Gestión y auto gestión comunitaria
- ✓ Elaboración de microproyectos comunitarios
- ✓ Estructuras Sociales y Diagnósticos Comunitarios
- ✓ Liderazgo y Autoestima.
- ✓ Atención primaria directa
- ✓ Integración de las familias.
- ✓ Uso y promoción de la Medicina Tradicional
- ✓ Saneamiento del agua de consumo humano
- ✓ Cultivo de huertos nutricionales y medicinales
- ✓ Crianza de peces
- ✓ Construcción de letrinas
- ✓ Metodología de capacitación para los agentes.
- ✓ Asesoría técnica a los agentes de voluntarios de la comunidad.
- ✓ Administración de microproyectos comunitarios

- ✓ Organización comunitaria
- ✓ Integración pastoral a través de la formación y acciones compartidas
- ✓ Enfermedades inmunoprevenibles
- ✓ Enfermedades transmisibles
- ✓ Salud reproductiva
- ✓ Género y Violencia intrafamiliar
- ✓ Género y Autoestima

- **Coordinación Interinstitucional:** Mantener la coordinación a través de la cooperación y colaboración recíproca con otros/as actores/as sociales, para lograr una intervención conjunta y viable al nivel comunitario con un mayor beneficio a la población, al mismo tiempo manteniendo la identidad y visión del Programa con la comunidad.

- **Monitoreo y Evaluación:** Como parte integral y permanente del programa, el monitoreo y evaluación se realiza en reuniones mensuales del equipo técnico, asambleas semestrales con los/as Agentes Comunitarios/as, a través de visitas de supervisión a las comunidades, y de análisis del sistema de información comunitaria. Al mismo tiempo se mantiene la retroalimentación de la información con la población por medio de programas radiales, boletines, reuniones con otras instituciones y en las Asambleas generales.

7.7. Contenidos de Trabajo

Es importante tener presente que el Programa Integral en Salud trabaja en un municipio que tiene 49,339 habitantes en 88 comunidades de las zonas rurales, donde la mayoría -según fuentes del MINSA- para resolver sus problemas de salud tienen 4 Puestos Médicos y 1 hospital con 35 camas, con 10 médicos/as, 1 enfermera y 22 auxiliares de salud. En la práctica se conoce que en realidad se cuenta con tan sólo de 3 a 5 médicos/as -incluido el/la director/a- para todo el municipio. Los servicios de salud no poseen quirófano, radiografía, ultrasonido ni ambulancia y siempre hay escasez de medicinas. El/la enfermo/a de una comunidad alejada, si necesita servicios de salud debe caminar hasta doce horas

por vías montañosas y lodosas, cruzando ríos, muchas veces para recibir la noticia que su problema no se puede resolver en el municipio y que tiene que buscar su propio transporte hasta Matagalpa. Esta es la razón por lo que muchas personas prefieran morir en su casa, antes que emprender la odisea de llegar al hospital. Desde el 2008 existen dos ambulancias del MINSA y el hospital cuenta con un quirófano equipado, sin tener aun el personal especializado para brindar servicios de cirugías.

7.7.1. Organigrama del PIS

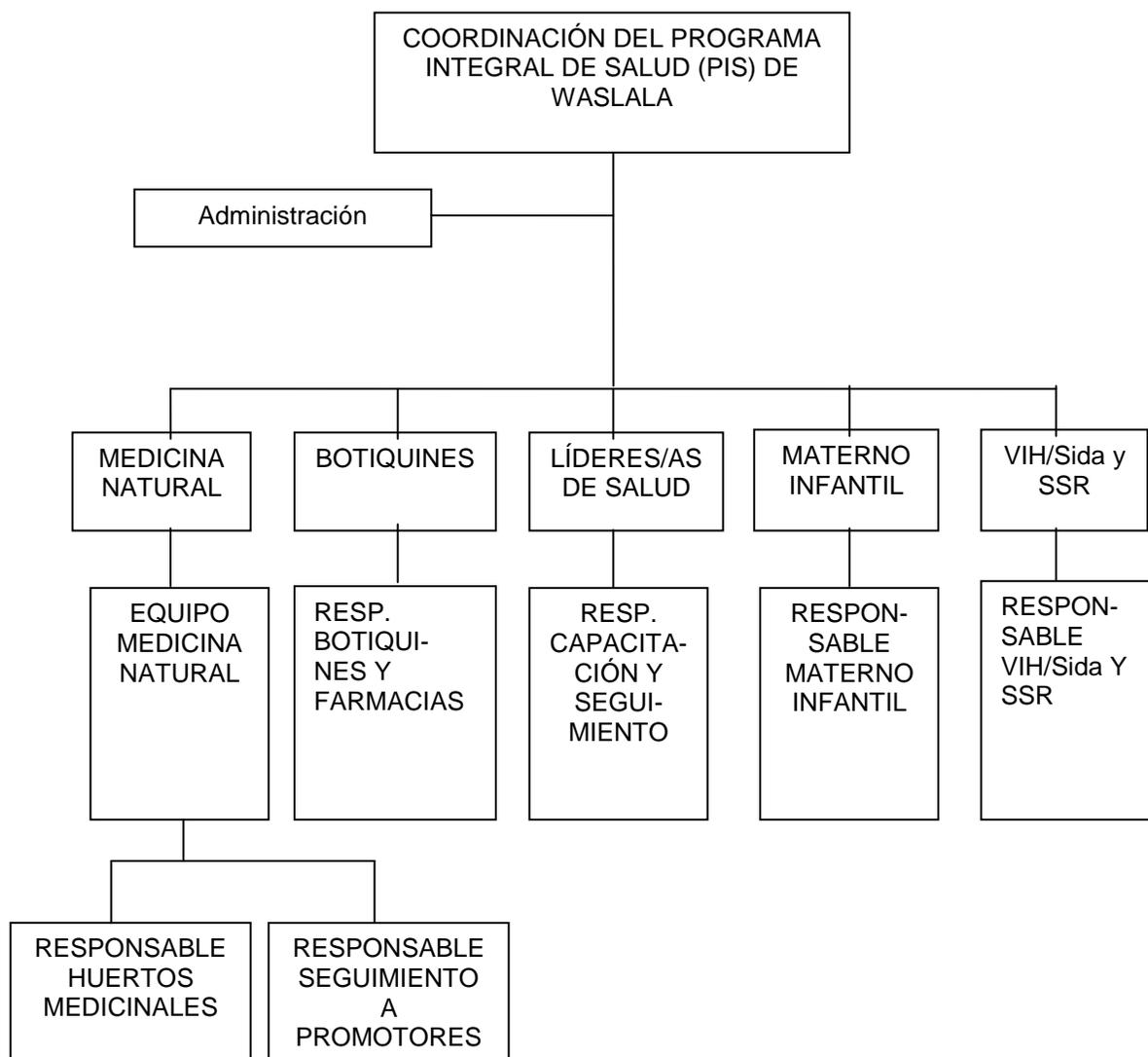
En este contexto de atención en salud, el PIS tradicionalmente –desde diversas épocas entre 1998 y el 2001- ha consolidado su trabajo con la estrategia del abordaje comunitario a través de 4 sub-áreas:

- Líderes y Directivas, que incluye un/a responsable de Seguimiento a Líderes/as.
- Medicina Natural, que incluye un/a responsable de Medicina Natural, de Huertos comunitarios de plantas medicinales y un/a responsable de seguimiento a promotores/as.
- Materno-Infantil, que incluye un/a responsable de Materno Infantil y un/a responsable de seguimiento a parteras y estadística.
- Botiquines, que incluye un/a Responsable de Botiquines y farmacias.

A estas sub-áreas se le sumó en el año 2006 una nueva:

- VIH, Sida y Salud Sexual y Reproductiva, que incluye un/a Responsable de VIH/Sida y SSR.

Por razones de falta de financiamiento, el organigrama del PIS en la actualidad es más simple, conserva todos los contenidos, pero con menos personal y actividades



El trabajo de cada una de las sub-áreas es diverso y a la vez complementario, y va desde la atención integral a la niñez y a las mujeres, vacunaciones, control Prenatal, partos, medicina natural, huertos comunitarios, botiquines comunitarios, primeros auxilios, farmacias comunitarias, consultas, visitas a enfermos, atención y educación odontológica, charlas, capacitaciones, información, programas y visitas a radios, promoción en salud, traslado y acompañamiento de pacientes para su atención médica a través de las BMM, construcción de letrinas, mejoramiento del agua de consumo humano –aplicando el método de desinfección solar SODIS-, organización y capacitación a líderes/as y parteras, coordinación interinstitucional, entre otros.

7.7.2. La Organización y la Gestión del PIS

A continuación se explica el tipo de organización del PIS, así como los mecanismos de crecimiento y control interno del mismo.

El Equipo Técnico, los Agentes Comunitarios y los/as Coordinadores/as de Reparto

En el PIS existe un sistema de organización para el trabajo comunitario que está estructurado de la siguiente manera:

- Un Equipo Técnico, integrado por los/as responsables de cada Sub-área de trabajo.
- Los/as Agentes Comunitarios/as, que son líderes/as elegidos por los/as habitantes de su comunidad para realizar trabajos de prevención en salud. Se clasifican a su vez en: Promotores/as de Medicina Natural, Líderes/as de Salud comunitaria y Parteras.
- Los/as Coordinadores/as de Reparto, que son líderes/as elegidos por los/as Agentes Comunitarios/as de las ocho o 12 comunidades que componen cada reparto.

En el Equipo Técnico todos/as los/as integrantes tiene poder de decisión y autonomía. Hay reuniones periódicas de evaluación y planificación entre ellos/as. Se estimulan las capacidades del equipo para resolver los conflictos y para tomar decisiones con iniciativa y dinamismo. La buena coordinación dentro del Equipo Técnico sirve para guiar los procesos y estrategias, y para asegurar que haya integralidad en el trabajo cotidiano. De igual modo, se trabaja por lograr una alta capacidad de convocatoria con las instituciones y comunidades, y por que los recursos económicos que los organismos aportan lleguen con la mayor transparencia hasta las comunidades.

La autoridad del Equipo Técnico se basa sobre la capacidad que ha desarrollado para gestionar recursos y para brindar información oportuna, por el nivel de confianza ganado dentro de las comunidades, por las relaciones personales que se cultivan de forma fraterna y, también, por el poder formal que sustenta la Iglesia Católica en la zona.

El equipo técnico trabaja en un ambiente de solidaridad, apoyo mutuo, y dedicación. Este ha sido importante para llevar al cabo el alto nivel de actividades requeridas para trabajar en comunidades tan aisladas. Además la gran mayoría del personal es de la zona, comparten las costumbres, y son conocidos/as en las comunidades.

La participación de los/as Agentes Comunitarios depende mucho del grado de organización interno de las propias comunidades, y de la beligerancia de sus habitantes para exigirles ese compromiso. Los/as Agentes Comunitarios/as se reúnen en asamblea general cada seis meses, para evaluar y planificar cada semestre. Allí trabajan en grupos pequeños para analizar la situación general y de cada comunidad en particular, y para hacer propuestas al respecto. Con estos insumos se elabora un plan de trabajo semestral, que se entrega para revisión y aprobación del Equipo Técnico. En general los cambios que hace el Equipo Técnico al plan propuesto son de tipo operacionales y no estratégicos.

El Agente Comunitario es el pilar básico de la estructura de trabajo del PIS, ya que a través de su participación se garantiza la representación y participación comunitaria y la atención directa de las necesidades en salud preventiva de los habitantes rurales. Sus principales Funciones son:

- *Promoción*
 - Participar en reuniones comunitarias
 - Organizar directivas de salud
 - Motivar a la comunidad a trabajar conjunto
- *Prevención*
 - Solicitar y apoyar con la vacunación al MINSA
 - Apoyar con la construcción de letrinas, jornadas de limpieza
 - Análisis del riesgo
- *Educación*
 - Participar en Talleres y Mini Talleres.
 - Impartir charlas preventivas, mini talleres e intercambios de experiencias
- *Atención Directa*
 - Hacer consultas.
 - Primer Auxilio.
 - Visitas a enfermos
 - Referencia y acompañamiento
- *Administración*
 - Realizar perfiles comunitarios.
 - Informar sobre actividades e información epidemiológica
- *Evaluación y Planificación*
 - Participar activa en las Asambleas Semestrales de Evaluación y planificación

La autoridad y legitimación de los/as Agentes Comunitarios se basa en haber sido seleccionados por su comunidad y en responder a las expectativas de las comunidades. Están legitimados, además, por ser parte de la Iglesia.

Por razones de organización se han considerado además los “Repartos”. Cada Reparto está constituido por ocho a doce comunidades del área rural de Waslala entre las cuales existen conexiones de penetración, a través de un trabajo de base de comunicación. Cada Reparto está representado por un/a Coordinador/a de Reparto.

El Equipo Técnico se encarga de velar porque se cumpla con los compromisos asumidos y porque se mantenga la calidad de las actividades emprendidas. En general, la mayor parte de los/as Agentes Comunitarios y Coordinadores de Reparto mantienen esta misma preocupación.

Mecanismos de Crecimiento, de Evaluación y de Control interno

Las actividades y estrategias del programa mejoran y cambian continuamente, sobre la base de las necesidades señaladas por las comunidades o identificadas por el propio Equipo Técnico.

Aunque hay estructuras formales de participación comunitaria, a través de los/as Agentes Comunitarios y de los/as Coordinadores/as de reparto, también se acepta la participación informal de la población haciendo propuestas de cambios al programa. Posteriormente, es el Equipo Técnico el que analiza la situación y los cambios que serían necesarios realizar, tomando en cuenta todos los aportes de los comunitarios. Esta flexibilidad y capacidad de lograr la participación comunitaria ha sido en gran parte el éxito del trabajo del PIS.

El mantenimiento de la calidad del trabajo del PIS se monitorea a través de evaluaciones semestrales que realizan los Agentes comunitarios y los/as Coordinadores/as de reparto, de evaluaciones trimestrales y anuales que realiza el Equipo Técnico, y de evaluaciones periódicas externas, que pueden estar planificadas, por ejemplo, por los propios entes financiadores.

El/la Coordinador/a de Reparto también realiza visitas de supervisión, facilitando el flujo de información entre las comunidades y el equipo técnico.

Los Agentes Comunitarios de salud fortalecen sus actividades, su influencia y el número de participantes comunitarios con la realización de actividades comunales. Por ejemplo, Algunos/as Agentes Comunitarios tienen huertos medicinales y nutricionales comunitarios, otros/as tienen botiquines, y los ingresos económicos de estas actividades se usan para aumentar el fondo para emergencias, para traslados y para otras actividades comunitarias.

Existen normas de comportamiento y reglamentos que todo miembro del programa debe cumplir y respetar. Sin embargo, el control real que se realiza internamente es más elemental que formal. Existe una fuerte cultura de inclusión y dedicación en el Equipo Técnico. Su comportamiento se revisa y se corrige de acuerdo con los resultados de las reuniones evaluativas internas del propio equipo.

En cambio, desde el punto de vista administrativo, el control sobre las finanzas y bienes es rígido y formal, con revisiones mensuales y auditorias anuales.

Por otro lado, existe un alto grado de confianza entre los/as Agentes Comunitarios, los/as Coordinadores/as de repartos y los/as miembros del Equipo Técnico. Existe comunicación directa e indirecta, y acompañamiento en las relaciones frente de otras organizaciones.

Mecanismos de Nombramientos

Los nuevos miembros del Equipo Técnico son seleccionados por la Coordinación del Proyecto, en consulta con los otros miembros. No hay un mecanismo implementado para la selección del cargo de Coordinador/a. Normalmente se identifican los/as nuevos/as candidatos/as entre quienes han apoyado el trabajo de la Pastoral.

Para nombrar un/a Agente Comunitario las comunidades interesadas se reúnen para seleccionar la persona que las representará y que será capacitada por el PIS; y la comunidad se compromete a apoyar a las actividades de esta persona. Después, la comunidad envía una carta a la oficina del Programa Integral en Salud, firmada por las personas proponentes de la comunidad. La persona tiene que ser miembro de la comunidad, mayor de edad, libre de vicios y comprometida a apoyar a su comunidad.

Los/as Coordinadores/as de Reparto son elegidos por un periodo de dos años, en Asamblea Anual, por los mismos Agentes Comunitarios que pertenecen a ese Reparto. Después de dos años los/as coordinadores/as entregan su cargo y pasan a actuar como asesores de los/as nuevos/as coordinadores/as.

El Equipo Técnico no puede integrar ni quitar un/a Agente Comunitario o un/a Coordinador/a de Reparto. La comunidad es la que tiene que decidir si la persona sirve o no en el ejercicio de sus responsabilidades.

En el nombramiento de miembros de otros niveles hay poca relación entre el Equipo Técnico, los Agentes Comunitarios y los/as Coordinadores/as de Reparto. Esto pretende reconocer la autonomía de cada nivel de organización, y en cada Reparto y en cada comunidad.

7.8. La Sub-Área de los/as Líderes/as de Salud

En esta sub-área, el trabajo está centrado en las capacitaciones a líderes/as, así como el seguimiento a la conformación de las juntas directivas comunitarias en salud. El seguimiento a los/as agentes comunitarios, se realiza a través de un plan de acción que incluye diversas actividades, como son, encuentros de capacitación a nivel central en Waslala dos veces al año, por un periodo de 5 días, y mini talleres de 3 días en comunidades del área rural; visitas directas a las

comunidades beneficiadas; realización de diagnósticos y encuestas rápidas, programaciones en la radio local.

Cada comunidad elige a sus representantes o agentes comunitarios que la representan, tomando en cuenta el perfil que exige el programa sobre el cómo y quién puede ser un agente comunitario. Se les brinda apoyo con la entrega de materiales, tales como cuadernos, mochilas, lápices, capotes, botas, hamacas, toallas y gorras. Los/as líderes/as son clasificados de acuerdo a su nivel de capacitación y asimilación de conocimientos impartidos, dentro de un contenido temático elaborado por el equipo técnico del PIS. De tal modo que se estructuran niveles (1, 2 y 3) para facilitar su capacitación, fortalecer la organización comunitaria, motivarles y asegurar la calidad del trabajo comunitario.

En la estructuración ya indicada de los/as líderes/as, corresponden al Nivel 1 los/as principiantes que están en las primeras capacitaciones, y con ellos/as se aborda todo lo que es prevención en salud. En el Nivel 2 se ubican líderes/as que reciben más capacitaciones, y no sólo en salud preventiva, sino también en la promoción de la salud comunitaria. Finalmente, se ubican en el Nivel 3 los/as que ya están capacitados/as en los tres niveles, que incluyen: la prevención, la promoción y la atención a pacientes comunitarios utilizando los botiquines. Cabe señalar que los niveles 1 y 2 no utilizan botiquines. Además, en los tres niveles señalados se abordan contenidos básicos de organización.

Durante los años 2003 y 2004 del proyecto, las capacitaciones se han dirigido con un enfoque más en la organización y autogestión comunitaria, tomando en cuenta la equidad de poder entre hombres y mujeres como elementos esenciales en la mejoría de la salud de cada familia; considerando los diferentes factores sociales que limitan la flexibilidad de aceptar las diferencias entre ambos.

Funciones y Actividades principales

Los/as líderes/as, una vez capacitados/as, con liderazgo y voluntariedad, realizan actividades relacionadas con la salud en sus respectivas comunidades. En general, se distinguen las siguientes funciones y actividades del los/as líderes/as:

- Capacitación a otros líderes/as y promotores/as: imparten charlas y dan información básica sobre enfermedades comunes de la población.
- Participan con su experiencia en la Elaboración de material didáctico.
- Realizan y Promocionan el trabajo comunitario: visitan a enfermos/as, hacen referencias de pacientes al MINSA, participan en campañas o en programas de vacunación, actualizan el censo y el perfil comunitario; promocionan la construcción de letrinas y de sistemas de agua potable en las poblaciones rurales; aplican sus conocimientos sobre la medicina natural, realizan controles prenatales y dan atención en el parto, entre otras cosas.
- Tienen acceso a un botiquín con medicamentos esenciales y con él proveen medicinas a la población y a bajo costo.
- Supervisión y seguimiento comunitario
- Mantenimiento y aumento de la cobertura
- Formación de grupos focales para apoyo mutuo e investigación en el campo
- Resolución de problemas comunitarios relacionados con los promotores/as
- Comunicación y coordinación con otros líderes/as
- Reportes y evaluaciones trimestrales y anuales

Además de las actividades indicadas, los/as líderes/as de salud realizan junto a las directivas comunitarias el traslado de enfermos/as; la promoción del uso de la

técnica de desinfección de agua SODIS; coordinan actividades con otras pastorales de la iglesia, como son la de Educación, la de Producción y Medio ambiente –también conocida como Asociación Campesina de Waslala (ACAWAS)- y con otras instituciones como el MINSA, MECD, ahora MINED y Alcaldía.

Existe una hoja de actividades que los/as líderes/as del PIS llevan de forma mensual, bimensual o trimestral. Otra alternativa que usan los/as líderes/as para hacer llegar la información de sus planes y actividades realizadas, es dejándolas en cualquiera de los 5 Puestos de Salud.

También la coordinación del PIS aprovecha las convocatorias que el MINSA hace para capacitar en los Puestos de Salud a los/as líderes/as, para contactarles y brindarles o solicitarles información de las actividades que desarrollan en sus comunidades, cuando por razones de dinero y/o transporte no pueden llegar al PIS. Luego el PIS se encarga de recoger la información y de hacer que ésta se retome en los informes trimestrales.

Existen las Asambleas semestrales 2 veces al año, donde se evalúan las actividades realizadas y se planifica el siguiente semestre. Muchas de las actividades se planifican en coordinación con el MINSA.

En el PIS se trabaja como equipo y de forma integral; de modo que, por ejemplo, los viajes a las comunidades se aprovechan, independientemente de la responsabilidad de cada quién, para abarcar otros contenidos. Se calcula que cada técnico del PIS visita un promedio de 40 comunidades al año.

Actualmente se trabaja con 88 líderes/as, en 82 comunidades de Waslala. Existen un total de 65 directivas comunitarias, y se está trabajando para llegar a abarcar y completar el total de comunidades.

Testimonio de un líder de Salud (2003)

JULIO OCHOA de 41 años, casado, con 4 hijos/as (2 niñas y dos niños entre 11 y 2 años). Es originario de Buenos Aires Dudú. Es Líder de Salud desde hace más de 10 años.

“... Entré en el ‘92, antes trabajaba como delegado de la palabra. El trabajo de líder en salud consiste en dar charlas, trabajo comunitario en la casa Base que se construyó por el PIS hace tres años.”

“Manejo un radio de comunicación del MINSA, que se comunica con el C/S con cama de Waslala.”

“Los principales problemas de salud de la comunidad son la malaria, diarreas, parasitosis y las respiratorias.”

“Ahorita estamos haciendo un microproyecto de letrificación de 50 letrinas para 49 familias y una para la casa base. Se está haciendo un estanque para la piscicultura.”

“El trabajo de salud me atrasa muchísimo porque visito enfermos, peso a los niños, etc.”

“Vivo de la siembra de frijoles y maíz de autoconsumo, porque apenas cosecho ½ manzana.”

“Como logros en salud puedo decirle el prevenir las enfermedades, sobre todo en los niños/as”

“Para mi lo importante es que uno va adquiriendo conocimientos para mi mejor desarrollo, uno aprende.”

“La comunidad apoya en las jornadas de vacunación. La gente opina que el trabajo en salud es importante.”

“Yo tengo un botiquín que sirve para atender a los pacientes, yo receto el medicamento que se les vende a un precio favorable. Esto ha resuelto bastante, sobre todo las diarreas, malaria y respiratorias.”

“En mi comunidad no consumen drogas, el mayor problema es el alcohol.”

“El Centro de Salud más cercano es el de Waslala a 8 horas a pie y Zinica que está más cerca, a 4 horas. Pero el MINSA nos ha dicho que nos corresponde Waslala. En una emergencia sacamos al enfermo entre varios de la comunidad

hasta Waslala. Recuerdo una Muerte materna de hace 6 años, lo parió en su casa y después murió.”

“Yo entré una vez a Managua en el ‘86, porque estaba en Apanás como sanitario reclutado por el FSLN. Hace 4 años murió mi hermano de 13 años en la Mascota, tenía leucemia y mi mamá murió hace 3 años picada por una culebra.”

Ejemplo de un reporte que refleja Realidades y procesos diferentes

Se realizaron 3 reuniones con las Directivas de Salud y Agentes Comunitarios con una asistencia total de 20 personas (5 mujeres y 15 hombres); se analizó el trabajo que se ha venido realizando:

- “En **Zapote** la directiva es nueva sin una visión clara de su papel y han realizado pocas actividades. Se decidieron reunir mensualmente, invitar a Libertad en Salud²³ a dar atención odontológica, y gestionar para adquirir un botiquín”.
- “En **Chilamate Sector 1** la directiva está bien organizada y animada, y decidieron continuar con el trabajo de la construcción de letrinas que han venido realizando, mejorar la Casita de Medicina Natural que construyeron y establecer un fondo comunitario con aportes para la consulta”.
- “En **Chilamate Kúm Central** decidieron rozar para sembrar maíz, para tenerlo para capacitaciones y otras actividades, y cercar el predio de la Casa Base para poder poner un huerto en el futuro”.

“Las directivas de salud comunitaria se reúnen una vez al mes. Se fija como meta que su composición sea de un 50% de varones y un 50% de mujeres. En algunas comunidades esto no se ha logrado aun; hay comunidades donde la mayoría son hombres, pero antes sólo eran hombres. Gradualmente, desde hace unos dos años²⁴, se ha venido incrementando la integración de las mujeres”.

²³ Organismo local de servicio alternativo odontológico a bajo costo.

²⁴ 2002

El trabajo o enfoque de Género

Se trabaja en la preparación del Equipo Técnico del PIS sobre diversos temas de género. Como programa, se hace un abordaje integral del tema de género con los diferentes Agentes de las pastorales. El trabajo capacitación y sensibilización, se hace para lograr la multiplicación de ideas y cambios de actitud que contribuyan a la autoestima y mejoramiento de las relaciones entre mujeres y hombres.

Se facilitan procesos de reconocimiento de roles y valores de hombres y mujeres, que estimulen el respeto de los derechos y los deberes de cada quien. Se promueve -sin imponer- la participación de mujeres como Agentes Comunitarias, y en directivas, incentivándolas a estar en espacios de toma de decisiones de la comunidad.

Estos esfuerzos realizados por el PIS, requieren en profundizar más el enfoque de género que permita el salto de la representatividad numérica de género a la conciencia real y empoderamiento de las mujeres en su participación y cumplimiento de sus derechos, así como de los hombres en un cambio de mentalidad y actitud hacia las mujeres. Otro elemento que se aprecia, es que no se está aprovechando la oportunidad de incluir el tema de violencia de género, como un condicionante negativo de la salud de las mujeres.

Principales Logros

Entre los principales resultados obtenidos con el trabajo con líderes/as, se pueden mencionar los siguientes:

- Se han desarrollado importantes capacidades de gestión por parte de los/las líderes/as, tanto fuera como dentro de sus comunidades. Por ejemplo, ellos/as hacen gestiones con el MECD para conseguir maestros/as para las escuelas de sus comunidades, ya que existe un importante déficit de docentes, no obstante casi todas las comunidades tienen una escuela, y en algunas ocasiones hasta 2 escuelas.

- También han coordinado de manera directa trabajos con la Alcaldía.
- Han logrado obtener un incremento en la cobertura y uso de las letrinas, llevando estas infraestructuras hasta comunidades donde antes no existían.
- Han construido casas bases de salud gracias a sus gestiones.
- Han gestionado microproyectos y construido sistemas rurales de agua potable.
- Se han logrado establecer mecanismos efectivos de coordinación para desarrollar el trabajo de salud con el MINSA.
- Los/as líderes/as están en condiciones de tomar muestras de gota gruesa para diagnosticar la malaria.
- Los/as líderes/as están en condiciones de replicar en las comunidades las charlas o talleres que reciben.
- El Reconocimiento de la Red de Agentes de Salud de parte del MINSA
- Los/as líderes/as están en condiciones de identificar un problema de salud, y de decidir el traslado de un paciente a las Unidad de Salud más cercana.

Dificultades

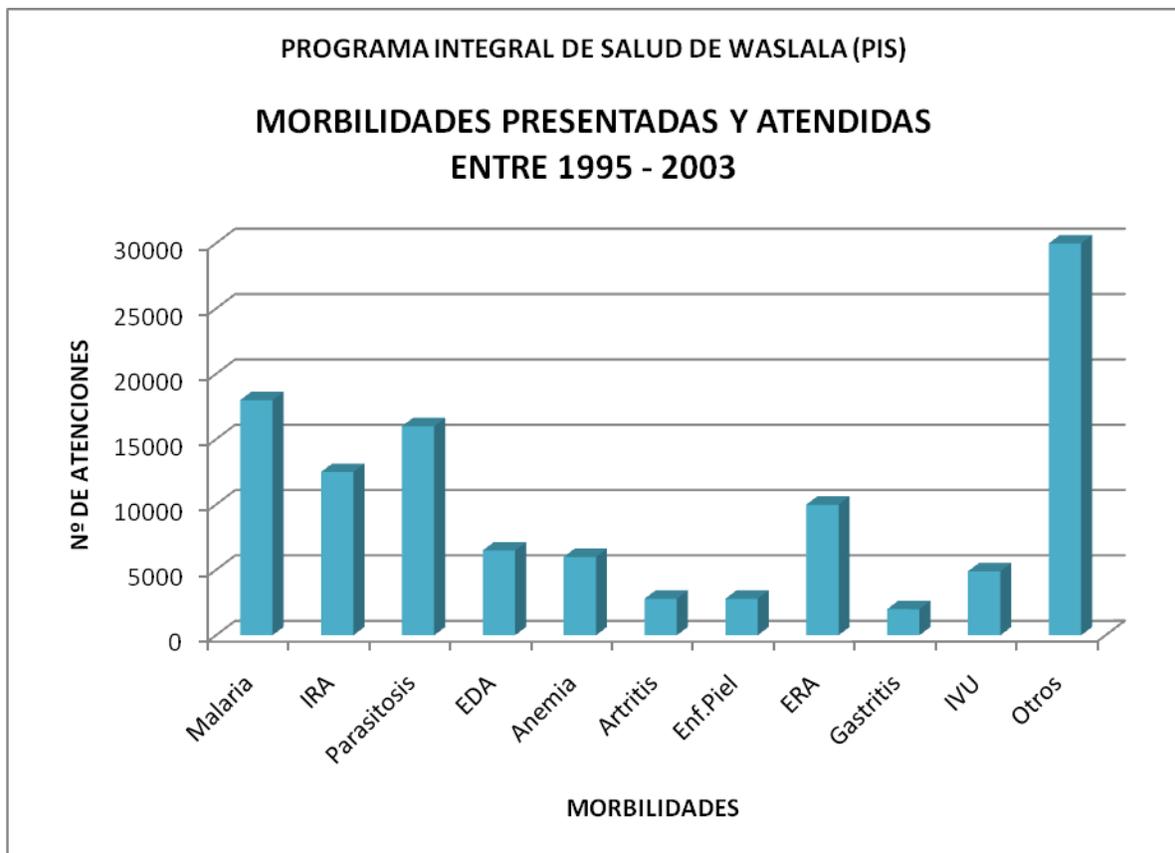
Entre las principales dificultades encontradas con el trabajo con líderes/as, se pueden mencionar los siguientes:

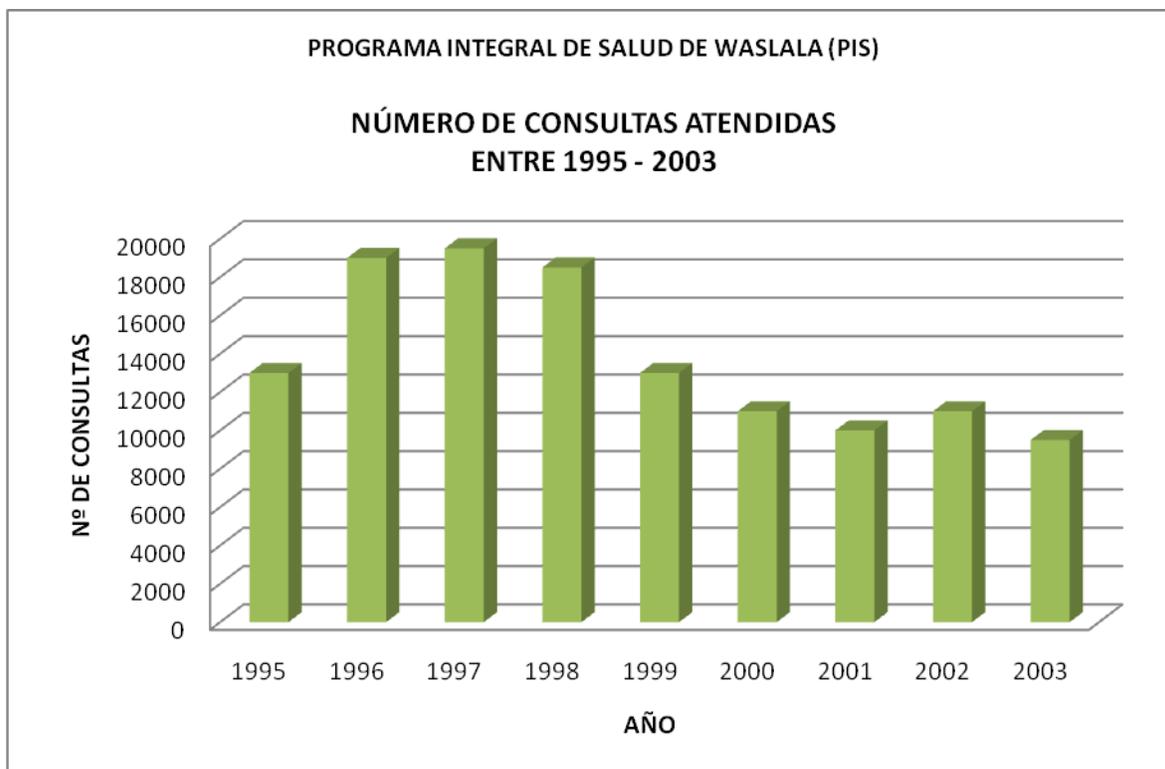
- Falta de apoyo de otras pastorales.
- Algunas diferencias y/o falta de apoyo de los pastores evangélicos con los/as líderes de salud comunitaria.
- La falta de apoyo de la comunidad hacia los/las líderes/as en algunas comunidades.
- El asumir el compromiso de ser líder es percibido como algo difícil.
- Existe poca participación de las mujeres; en efecto, de 88 líderes, 10 son mujeres.
- Existen comunidades en Siuna, Mulukukú y Bocay que buscan apoyo en el PIS de Waslala, pero no se tiene la capacidad necesaria para atenderlas.

- Siempre es un problema de gran dificultad el acceder a las comunidades más distantes.
- Lo anterior se ve agravado por el pésimo estado de los caminos en épocas de invierno.

Algunos datos estadísticos

A continuación se indican de manera gráfica el volumen aproximado de atenciones brindadas por el PIS.





7.9. La Sub-área de Botiquines Comunitarios y Farmacias²⁵

La idea de los Botiquines surgió de la necesidad fuertemente sentida por la población de tener atención médica y medicamentos accesibles. La misma se llegó a consolidar en una asamblea evaluativa del PIS en 1993, como una propuesta de Atención Primaria en Salud, para aumentar la accesibilidad de las comunidades rurales y lejanas del municipio de Waslala a los medicamentos esenciales y a bajo costo, y apuntando a disminuir la morbi-mortalidad por enfermedades prevenibles y curables. Esta iniciativa posteriormente llegó a ser una sub-área de trabajo del PIS. Sin embargo, es importante recordar que el hacer accesible los medicamentos a las personas más pobres y aisladas era parte importante de los antecedentes del PIS, ya que fue una de las primeras acciones que realizaron los primeros misioneros que llegaron a Waslala.

²⁵ A partir del 2005-2006 las farmacias son sustituidas por el nombre de Ventas Sociales de Medicamentos (VSM), para diferenciarse de las farmacias privadas con fines de lucro, así como la ley que las rigen.

Como se dijo, el objetivo planteado por medio de la modalidad de botiquines comunitarios es facilitar el acceso de la población rural a medicamentos esenciales a bajo costo, y esto se realiza a través de las casas bases o agentes de salud.

La administración de botiquines comunitarios, la hacen los/las líderes/as capacitados/as en el uso de los medicamentos dentro del programa del PIS de la parroquia de Waslala. Las Directivas de Salud sirven de apoyo inmediato a los/as líderes/as comunitarios, siendo garantes confiables ante la comunidad del manejo adecuado del botiquín y de sus fondos.

En el periodo 2003-2004, existían botiquines en 17 comunidades (42.5% de las 40 comunidades esperadas); que son las que presentan un mayor grado de organización. Cada botiquín cuenta con aproximadamente 10 a 15 productos químicos de la lista básica de medicamentos, respondiendo a la demanda de las principales enfermedades.

En los diez años de trabajo se han brindado tratamientos despachados²⁶ por los botiquines para las patologías más comunes, como son: Enfermedades Respiratorias Agudas (ERAs), Parasitosis, Malaria, Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) y las Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs).

Los/las líderes/as de salud que manejan botiquines y las directivas comunitarias han expresado en diversas reuniones mucha satisfacción por los logros alcanzados con esta modalidad. Indicando que el más importante es que a través de este programa no ha habido ningún/a niño/a fallecido/a por causas de morbilidades prevenibles. También se expresó que los botiquines son la mejor solución ante el vacío que deja el Ministerio de Salud.

²⁶ No se logró conseguir el Número de tratamientos despachados por los botiquines

Se está implementando la modalidad de solicitud de medicamentos de acuerdo a la venta y la demanda. De lo que se recupera de las ventas de medicamento de los botiquines, se les entrega un porcentaje (20%) a las comunidades para su fondo comunitario, y el resto (80%) pasa al fondo revolvente del PIS, el que es utilizado nuevamente para la compra de medicamentos esenciales. Esto se hace con el objetivo de buscar la sostenibilidad de este componente, al menos en los medicamentos. De esta manera se han obtenido muy buenos resultados, así como el estímulo que representa para las comunidades la utilización de un porcentaje de los fondos en su propio beneficio.

Como medida de control y transparencia, el retiro de los medicamentos se realiza con el acompañamiento de miembros de la directiva de la comunidad. Se ha planteado también la posibilidad de darle seguimiento a través de las mismas directivas y con apoyo del equipo técnico

Dentro de esta sub-área sólo existieron dos farmacias, una en Puerto Viejo, construida por la Unión Europea, y luego entregada al PIS para su administración y seguimiento²⁷, y otra en Waslala, que funcionaba desde que existió atención médica de parte de la parroquia; al finalizar el servicio de atención médica de la parroquia en el casco urbano (1998), la farmacia dejó de funcionar como tal, y se dedicó al abastecimiento de los botiquines comunitarios.

Actualmente (2009), las que se conocían como farmacias, son ahora concebidas como Ventas Sociales de Medicamentos (VSM). Existen dos VSM, la de Puerto Viejo y la de Boca de Piedra Central, que nació en el 2003 por solicitud y esfuerzo de la comunidad, y con una infraestructura construida con trabajo comunitario y el apoyo material del PIS y del proyecto de la zona Norte, financiado por la Unión Europea.

²⁷ Esta farmacia funciona en las cercanías del Puesto de Salud que tiene el MINSA.

Funciones y Actividades principales

En general, podemos distinguir las siguientes funciones y actividades de los/las líderes/as de salud que manejan botiquines:

- Capacitar otros líderes/as con botiquines y directivas de salud
- Visitas y Actividades de seguimiento comunitario
- Organizar directivas de salud
- Fortalecimiento de botiquines ya existentes
- Aumentar cobertura con botiquines
- Seguimiento administrativo a los fondos comunitarios
- Control de farmacias
- Control de fondos rotativos
- Informes y evaluaciones trimestrales y anuales
- Solicitud de medicamentos
- Reuniones mensuales con las juntas directivas comunitarias.

Testimonio del Responsable de Botiquines del PIS (2003)

MANUEL ARAÚZ LÓPEZ (q.e.p.d) 1961-2006, estaba casado desde los 20 años, con 4 hijos/as entre 23 y 12 años. Trabajó para el PIS desde el 9 de enero de 1995.

Fue responsable del área de botiquines del PIS.

“Ingresé como capacitador a líderes de salud y es a partir del 2000 que estoy como responsable de botiquines comunitarios”.

“Me organicé y capacité a través de líderes y brigadistas y directivos de salud comunitaria, así como las redes de salud que están compuestas por gente de la comunidad para apoyar el trabajo de salud.”

“Los botiquines surgen de las necesidades de cada comunidad, más o menos desde los ‘90. Para que un botiquín llegue a la comunidad se capacita al líder de salud sobre organización, se da a conocer el reglamento del botiquín y el papel de la directiva de salud; posteriormente se firma un compromiso.”

“Para su abastecimiento se hace de acuerdo a la necesidad de cada comunidad, cada mes. Tienen un control a través de un formato que marca la salida del medicamento. El medicamento está dentro del libro Buscando Remedio. El medicamento se cobra barato para recuperar una parte del costo y cuando el paciente no tiene dinero, se dona.”

“La gente ha entendido que el pago del medicamento es para su beneficio. Ej: una acetaminofen en una venta del campo cuesta \$C1.00 , en Waslala \$C0.50 y en el botiquín comunitario \$C0.25 centavos, y así con todos los medicamentos.”

“El botiquín resuelve las patologías de atención primaria o enfermedades comunes, así como la ausencia de servicios de salud cercanos. Los botiquines tienen buena aceptación de la población y piden que no se les quiten.”

“El trabajo se coordina con el MINSA, Casa Materna, Libertad en Salud, PROSALUD y CARE²⁸; estos dos últimos ya no están.”

“Una de las principales dificultades es la lejanía de las comunidades, el aumento de precios de los medicamentos.”

“Uno de los logros es el beneficio que hay en la población en cuanto al acceso a medicamentos a bajo costo.”

“Se ha comprobado que hay menos mortalidad infantil donde hay botiquín.”

“En la época de conflicto bélico, había que saber trabajar con actitudes neutras.”

“La mayoría que trabajan con los botiquines son varones, entonces muchas veces las mujeres no hacen uso de él”.

“Entre los principales problemas de salud están las IRAs, Parasitosis, Malaria; otro problema de salud es la desnutrición”.

“Waslala está como el mayor productor de marihuana y los jóvenes la consumen pero poco. Los Berlines, una banda que ya se fue de la zona, más o menos en el '98, se dedicaban a robar, violar, matar... Ahora se trabaja más tranquilo.”

“Hasta la fecha nos apoya Horizont3000”.

²⁸ Care Internacional, PROSALUD fue un proyecto financiado por MSH, ambos con fondos provenientes de USAID.

El trabajo o enfoque de Género

No se asume el trabajo del área con enfoque de Género, ni siquiera las estadísticas están divididas por sexo y edad, esto es algo que hay que superar. También se reconoce como dificultad, que hay que convertir en desafío, la poca participación y liderazgo de las mujeres en la función de responsables de botiquines.

A pesar de los logros y el impacto demostrado en la salud, principalmente de los/as niños/as, es notorio que las mujeres hacen poco uso de los botiquines para resolver sus propios problemas de salud. Es obvio que falta incluir el tema desde la perspectiva de las relaciones de género, desde el ámbito cotidiano, que ponga de manifiesto las inequidades e injusticias en las relaciones productivas y reproductivas.

Era un prerrequisito para obtener un botiquín que en la Junta Directiva de Salud de la comunidad estuviera al menos una mujer. Se pensó de este modo tomando en cuenta que las principales demandas eran realizadas por las mujeres y sus hijos/as.

Debe recordarse además que los botiquines también contienen métodos de planificación familiar para las mujeres, lo que las ayuda en la toma de decisión sobre su reproducción. Sin embargo, en la aplicación falta el conocimiento de la teoría, metodologías y estrategias para lograrlo.

Principales Logros

Entre los principales resultados obtenidos en el trabajo con los/las líderes/as de salud que manejan botiquines, se pueden mencionar los siguientes:

- La existencia de botiquines al alcance de los/as habitantes comunitarios, con personal capacitado y con medicinas para responder a las demandas de sus enfermedades básicas.
- La disponibilidad de medicinas a precios bajos, al alcance de la economía comunitaria.
- La buena aceptación de esta modalidad de servicio por parte de las comunidades.
- La implementación de los botiquines con enfoque de autosostenibilidad.
- La evidente disminución de la mortalidad infantil por enfermedades prevenibles y curables, en comunidades donde existe el servicio de los/as líderes/as de salud que manejan botiquines.

Dificultades

Entre las principales dificultades encontradas con el trabajo con líderes/as de salud que manejan botiquines, se pueden mencionar los siguientes:

- Falta trabajar el área con enfoque de género con énfasis en la formación de liderazgos femeninos.
- Falta seguimiento sobre el uso de los fondos de botiquines y otros ingresos comunitarios, para asegurar la autosostenibilidad y la transparencia.
- Falta seguimiento al listado de medicamentos más utilizados, para poder controlar el número de medicinas vencidas.
- Falta de estadísticas por edad y sexo

7.10. La Sub-área de Medicina Natural

El contenido de trabajo de la Medicina Natural contempla los Huertos medicinales y el Seguimientos a los/as promotores/as. Esta sub-área nace de la misma necesidad expresada y de las prácticas de la gente en las comunidades, y es asumida como uno de los principales componentes de trabajo desde el inicio del PIS.

El objetivo principal de esta sub-área es rescatar y fortalecer conocimientos en la población sobre el uso y manejo adecuado de las plantas medicinales para resolver problemas comunes de salud en las comunidades. El rescate del uso adecuado de las plantas medicinales es un reto asumido por el PIS desde hace más de 15 años. Un estudio realizado en el municipio de Waslala en 1998 por Irene Hernández Montoya, Leopoldo Espinoza Quintanilla y Martha Lorena Rocha López, confirma que la mayoría de la población usa en las prácticas tradicionales las plantas medicinales para la curación. Determinaron que, en general, la población tiene un comportamiento mixto, es decir, usa la medicina química y la medicina tradicional, pero de preferencia la medicina natural por ser más accesible al campesinado.

El PIS fortalece de forma empírica los conocimientos ya adquiridos, usando información recolectada por los métodos científicos, específicamente en el manejo y uso adecuado de las plantas. A través de estos estudios se van enriqueciendo y potencializando las prácticas de la medicina tradicional, tomando en cuenta la cultura histórica de la población. Poseen una clínica de Medicina Natural desde el año 2000 en el casco urbano de Waslala, donde se brinda atención de forma integral con plantas medicinales para promover el uso adecuado de las mismas. La clínica juega un papel básico en la venta de productos naturales. Desde su apertura ha brindado un promedio de 150 consultas por trimestre, y actualmente oscilan entre 50 y 60; porque la gente ya cuenta con más conocimientos y algunos/as hasta tienen sus propias clínicas en las comunidades que habitan.

Gradualmente se ha ido incorporando a las comunidades la medicina natural a través de huertos comunitarios y familiares, logrando la diversificación de más de 22 tipos de plantas medicinales.

En el uso comunitario y en la atención en la propia clínica se ha verificado que la Medicina Natural tiene mucha utilidad para resolver enfermedades comunes. Las principales enfermedades que se tratan son resfriados o Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs), parasitosis, Malaria, Dengue e Infección de Vías Urinarias (IVUs). Las principales plantas que se utilizan y que son recomendadas por los/as líderes/as son el zacate limón, eucalipto, manzanilla, entre otras; y que se encuentran generalmente en los patios de sus casas o en los huertos de medicina natural. Hay otras hierbas más complejas de obtener que por lo general son los/as promotores/as de medicina natural los que las consiguen y utilizan.

Actualmente existen 38 promotores/as de la Medicina Natural, y de este total 12 son mujeres. El seguimiento al trabajo se hace a través de las visitas comunitarias y el acompañamiento al trabajo de huertos, enseñando todo el proceso de siembra, cosecha y secado. Los/as promotores/as ponen en práctica sus conocimientos a través de las consultas en sus comunidades, a la vez que procesan una gran cantidad y variedad de plantas medicinales. Podemos mencionar la flor de Jamaica, la zarzaparrilla, el apazote, el jengibre, la manzanilla, el eucalipto, la cuculmecha, el guapinol y el bejuco de rosa, entre otros. De ellas se elaboran jarabes, aceites, pomadas, jabones, etc.

Las estrategias para difundir y promover la Medicina Natural en las comunidades se basa en la formación y capacitación continua a promotores/as de la medicina natural, así como en la construcción de casas de Medicina Natural. Hasta el momento se han construido 5 casas para medicina natural en las comunidades de Ocote Dudú, Aguas calientes, Chilamate 1, Kurasma Luz y Vida y San Martín las

Vallas. Para ello se contó el apoyo material y financiero de Caritas y de Horizont3000.

También se cuenta con un secador solar moderno para el secado de plantas medicinales, con el objetivo de mejorar la calidad en la producción de la medicina natural y brindar un mejor servicio a la población.

Hay que destacar la existencia de una farmacia de medicina natural, atendida por un promotor en la comunidad de Ocote Dudú, cuyos servicios son altamente solicitados en toda la zona rural.

En el año 2000 la Sub-área de Medicina Natural del PIS elaboró el Libro “Plantas que curan”, referido a Plantas medicinales de Waslala. Esto fue financiado por la ÖED, a partir de una investigación basada en las experiencias de los/as agentes comunitarios de las comunidades de Waslala, capacitadas por el PIS. Esta investigación fue impulsada por el equipo del CECALLI, quienes también realizaron el trabajo de edición del libro, pero que olvidaron indicar los créditos respectivos para el PIS.

A inicios del año 2005 se hizo un estudio sobre plantas que curan la leishmaniasis, y actualmente los/as promotores/as están usando estas plantas.

Funciones y Actividades principales

En general, podemos distinguir las siguientes funciones y actividades de los/las líderes/as de salud que trabajan la medicina natural:

- Coordinar las capacitaciones y su seguimiento
- Coordinación con otras organizaciones afines en el Municipio y en Nicaragua
- Administración de los fondos de medicina natural
- Control de la farmacia y clínica de medicina natural

- Reportes y evaluaciones trimestrales y anuales
- Mantenimiento del huerto central
- Introducción de nuevas especies de plantas medicinales
- Sembrar, cuidar, cosechar, y procesar plantas
- Promoción de huertos comunitarios y familiares
- Recepción de información sobre huertos
-

Testimonio del Responsable de la Sub-área de Medicina Natural del PIS

Inés Francisco Araúz Salinas es responsable del la Sub-área de Medicina Natural. Tiene 48 años, 24 años de casado, tiene 6 hijos/as entre 23 y 13 años, 4 varones y 2 mujeres.

Es un antiguo líder comunitario de salud de la comunidad de Pijibay. Fue líder de salud en 1992 y luego fue promotor de Medicina Natural, teniendo a su cargo un botiquín comunitario.

Inició a trabajar en el equipo técnico del PIS el 16 de febrero de 1996 como responsable de capacitación.

“El seguimiento al trabajo de Medicina Natural se hace a través de las visitas comunitarias y el acompañamiento al trabajo de huertos, enseñando todo el proceso de siembra, cosecha y secado”.

“En esta sub-área se trabaja con todos/as los/as agentes comunitarios; Promotores/as de Medicina Natural, Parteras que trabajan en Materno Infantil y los/as líderes/as de salud que trabajan como promotores/as de salud.”

Testimonio de un Promotor de Medicina Natural (2003)

Julio Centeno de 36 años, es casado, tiene 7 hijos/as (4 varones y 3 mujeres en edades entre 15 años y 1 mes), es originario de Chilamate Kun #1, Siuna. Fue electo por su comunidad para agente de salud. Es Promotor de Medicina Natural, se integró al trabajo de salud promovido por el PIS en el año 1997. Cuenta que:

“... a los tres años de estar trabajando, se construyó una casa provisional para los/as visitantes y atención a los/as pacientes. Dentro de esta casa hay ½ manzana de huerto para medicina natural con distintos tipos y calidades de plantas.”

“Hay una directiva de salud comunitaria, compuesta por 7 personas (5 varones y 2 mujeres). La mayoría de los/as que participan son hombres, porque las mujeres son madres y cuidan a los/as hijos/as, la mayoría tienen entre 5 y 9 hijos/as, a veces son únicas, sin maridos y esto les impide participar en capacitaciones y otras actividades. Otro factor puede ser que a los maridos no les guste.”

“Yo doy consulta médica con medicina natural. En las entradas de invierno y de verano son más abundantes las patologías”.

“En estas casas también se hacen jornadas de vacunación, trabajo odontológico, control pre natal (CPN) y se dan mini talleres a la comunidad. En ciertos casos se atienden partos. Yo he atendido partos. El último parto que atendí hace un mes fue el de mi señora, todos los he atendido yo, ¡claro que ahora con más conocimientos!”

“A través de la parroquia, en coordinación con el MINSA, me han facilitado materiales como tensiómetros, estetoscopios, termómetros, y los se usar.”

“El año pasado atendí dos partos ajenos. En el año ‘91 hubo una muerte materna, transferida al hospital de Jinotega y allí murió de meningitis, le practicaron una cesárea y el niño está vivo.”

“Los principales problemas de salud ahorita son las respiratorias, algunos casos de EDA.”

“Para mi estar en el PIS ha significado más conocimientos, el servicio a mi familia y a mi comunidad y comunidades vecinas”.

“La reconstrucción de la casa de medicina natural y apoyo para desarrollar el huerto comunitario, así como los utensilios médicos.”

“Como logro veo la prevención de la gente hacia las enfermedades, las mujeres embarazadas vienen a los puestos al CPN. Hay mejor comunicación con el MINSA.”

“Como dificultad, falta más apoyo de la comunidad.”

“El Puesto de Salud más cercano que tenemos es “Puerto Viejo”, que está a 6 horas a pie y a pie y en vehículo a 3 horas y 45´ minutos.”

“La atención se da mayoritariamente a mujeres y niños/as, los hombres somos más valientes a las enfermedades y las mujeres sufren más enfermedades porque año con año paren”.

“El problema de la droga no es tanto por la policía rural.”

El trabajo o enfoque de Género

La entrevista anterior habla por si sola de la ausencia y de la necesidad de retomar el trabajo con enfoque de género, desde los roles en el trabajo productivo y reproductivo, número de hijos/as, responsabilidad paterna, así como la inclusión de elementos técnicos y metodológicos que aporten al trabajo con enfoque de género, que permitan mejorar las relaciones entre mujeres y hombres en equidad y justicia.

Principales Logros

Entre los principales resultados obtenidos en el trabajo con los/las líderes/as de salud que trabajan la medicina natural, se pueden mencionar los siguientes:

- La gente ha creado conciencia y sienten que las plantas son parte de su salud, en la prevención y respuestas a sus enfermedades.
- Se incrementó la cobertura de los/as agentes comunitarios/as de 15 a 40.
- Hay promotores/as que tienen mucha experiencia en la atención de mordeduras de serpiente con plantas medicinales.

- La existencia de la clínica de medicina natural en Waslala y de las clínicas equipadas en las comunidades.
- La buena coordinación y trabajo con el MINSA en la promoción y curación con la medicina natural.
- A inicios del año 2005 se hizo un estudio sobre plantas que curan la leishmaniasis y los/as promotores/as las usan.
- Las Parteras y Líderes reciben charlas sobre medicina natural o plantas medicinales.
- “El apoyo grande, bonito y hermoso de los curas de la parroquia hacia la Medicina Natural”.

Dificultades

Entre las principales dificultades encontradas con el trabajo con líderes/as de salud de medicina natural, se pueden mencionar los siguientes:

- No contar con un local propio (está por concluirse el contrato de 5 años del local de la Medicina Natural en Waslala).
- La migración de los/as promotores/as de un lugar a otro.
- Con la migración, se pierde la inversión en las personas y los materiales destinados a las comunidades y prácticamente se inicia con personas nuevas.
- No existen condiciones para los huertos de Medicina Natural en Waslala como cabecera, se tienen que producir en las comunidades.
- El ingreso que se obtiene de la medicina natural está a nivel de sobrevivencia.
- En algunos casos el manejo de los huertos es deficiente, por falta de experiencia o por descuido, y el no control de plagas hace que algunos plantíos se pierdan.

7.11. La Sub-área de atención Materno - Infantil

Waslala es epidemiológicamente conocida como el municipio con la tasa más alta de Mortalidad Materna e infantil de Nicaragua. Esta situación llevó al PIS a tomar la decisión de incorporar la temática como prioridad, y su intervención trajo para este sector poblacional un evidente impacto en la disminución de las muertes.

“El objetivo definido en esta área es contribuir al mejoramiento del perfil de salud de mujeres y niños/as. Mejorar la salud de los/as niños/as menores de dos años a través de la implementación de la Atención Integral a la Niñez (AIN) Comunitaria, por parte de gente de las mismas comunidades.”

Esta sub-área se llama Materno-Infantil, pero en realidad el mayor contenido es hacia la mujer embarazada y hacia el/la niño/a recién nacido/a, siguiendo el modelo institucional del MINSA, que carece de un enfoque de derechos hacia las mujeres, y que por lo tanto no incluye la parte sexual como un contenido aparte al reproductivo; y que tampoco considera la infancia tomando como centro sus derechos, de acuerdo con estas edades particulares.

Funciones y Actividades principales

En general, se pueden distinguir las siguientes funciones y actividades de los/las líderes/as de salud que trabajan en atención materno - infantil:

- Capacitación a parteras
- Aumentar cobertura con parteras
- Capacitación *in situ* a parteras
- Se extienden certificados de nacimiento
- Supervisión y seguimiento a las parteras en el desarrollo del trabajo
- Coordinación con organizaciones afines

- Elaboración de materiales didácticos y de sensibilización
- Recoger información sobre la situación de la salud materno infantil
- Procesar y analizar información sobre la situación de la salud materno infantil
- Elaborar informes y evaluaciones

Testimonio de la Responsable de la Sub-área de salud Materno - Infantil del PIS (2003)

Claribel Fornos es la responsable de la sub-área Materno-Infantil. Tiene 57 años, es madre soltera con 5 hijos/as (4 varones y 1 mujer). Trabaja en el PIS desde el 5 de enero de 1995, y cuenta las etapas vividas en el trabajo:

“En el ‘95-‘97 se capacitaban a las parteras, y paralelamente se hizo un reconocimiento de terreno para captar a más parteras. Todo esto en conjunto con el MINSA, para ayudar a su proyección y recuperación de la confianza y credibilidad hacia ellos como institución. Se realizaban 4 talleres en el año, en ese entonces con unas 35 parteras.

Los talleres se hacían en Waslala; también se hicieron coordinaciones con el hospital regional para que las parteras realizarán pasantías en lo relativo a la atención al parto.”

“En el ‘98-2000, en vez de hacer los talleres anuales en Waslala, se hacían mini talleres en el campo, se amplió el grupo de parteras y se dividieron por niveles: 1 y 2.”

“Nivel 1: Parteras mayores de edad con dificultades para leer y reproducir charlas, sólo estaban aptas para consejerías y atención de partos normales.”

“Nivel 2: Con más capacidad para reproducir charlas, mini talleres, consejerías y capacidad de atender partos normales y complicados.”

Pueden desarrollar temas tales como:

- Conociendo nuestro cuerpo y sus funciones
- Embarazo

- Puerperio
- Cuido del/la recién nacido/a
- Mortalidad Materna”

“Actualmente se continúa con estas actividades, incluyendo la rotación por el hospital regional PROFAMILIA y Casa Materna de Matagalpa, donde tienen la oportunidad de ver la atención al parto, con sus factores y señas de riesgo, consejería para las diversas formas de planificación familiar temporal y/o definitiva como la MINILAP, anticonceptivos, preservativos. El propósito es que cada partera rote por cada uno de estos lugares.”

“En la Casa Materna es donde se materializan los objetivos propuestos, haciendo prácticas de atención y Control Pre Natal (CPN), con las normas institucionales y no las tradicionales a las embarazadas.”

“Inicialmente en Waslala habían entre 15 y 35 parteras, no todas capacitadas, irónicamente una partera muere de parto en el año 97.”

“Con las capacitaciones a las parteras siempre se busca el efecto multiplicador; se inició el trabajo con 35 parteras, actualmente hay 67, tomando en cuenta el fenómeno de la migración y/o movilidad por sobrevivencia.”

“Se profundizó sobre las condiciones higiénico –sanitarias, ya que a inicios de los 90’la mayoría de las casas no contaban con letrinas.”

“Se realizaban mini talleres en el campo para líderes/as y directivas por comunidad de manera global, sin dividir los contenidos del PIS.”

“Es importante destacar que en el periodo del ‘95 al 2000, no habían caminos, se utilizaban casi 8 horas a pie o a caballo para llegar a una comunidad; este es un factor fuerte en el proceso de obtención de resultados a mediano plazo.”

“Todo este trabajo con las parteras ha significado que ellas se den cuenta que no es necesario que tomen licor antes de atender un parto, hablan con el marido de la embarazada, proporcionándole o recomendándole sobre los materiales básicos que hay que tener a la hora del parto.”

“Además existe un reconocimiento en las comunidades hacia las parteras de la parroquia, como las que cobran igual sea niño o niña, y se les paga a como se puede.”

“En relación a la atención de los/as niños/as, del ‘95 al 2000 se llevaba el control del porcentaje de niños/as desnutridos, control de la Mortalidad Materna e infantil. Se medía talla y peso, además del trabajo de prevención en salud y captación de brigadistas, parteras y mujeres en riesgo.”

“Cuando se inició el trabajo, habían brotes de chifladora y ahora prácticamente ha desaparecido. Se trabaja en la promoción de la vacunación infantil.”

“Desde el año 2000 se imparten talleres integrales con la intervención de todas las áreas. Se hizo un giro en los temas incluyendo organización comunitaria, participación comunitaria y ciudadana, resolución de conflictos, diagnósticos comunitarios, elaboración de microproyectos, género, violencia intrafamiliar, ITS, VIH-Sida.”

“Otro contenido nuevo, que viene a contribuir al cumplimiento de los Derechos de la niñez desde que nacen, es el apoyo a la mujer embarazada para la inscripción de su hijo/a desde que nace, hasta lograr la obtención de su certificado de nacimiento.”

“El MINSA también le proporciona y le otorga al PIS la facultad de extender certificados de nacimientos, con membrete y sello del MINSA.”

“El PIS ha jugado un papel fuerte de acompañamiento al MINSA para llegar y ser aceptado por las comunidades. El MINSA por el trabajo del PIS ha logrado el reconocimiento de la gente, están trabajando con más coordinación y ahora si podemos decir que el MINSA -con alguna dificultades- tiene presencia en las 88 comunidades.”

“El contenido principal de esta sub-área inicialmente fue la sensibilización de la población sobre la importancia de reconocer sus problemas de salud, sobre todo de la mujer embarazada y de los/as niños/as, teniendo como primer propósito recorrer las comunidades para captar a las parteras y mandarlas a capacitar al PIS.”

“El PIS realiza 6 talleres al año con temas sobre el aparato reproductor femenino y masculino, parto normal y complicado, embarazo normal y complicado, puerperio, higiene de la embarazada, recién nacido/a, sexualidad, entre otros.”

“Durante el primer trimestre del 2003 se dio una muerte materna, que hacía su tercer embarazo. Según las investigaciones médicas, la causa de la muerte fue por una retención placentaria. Esta mujer vivía a unos 30 kilómetros del centro de salud y nunca se había realizado controles ni prenatales en los C/S ni por las parteras de la comunidad. Según la partera de esta comunidad fue la mujer que no permitió ser atendida por personal capacitado, ni antes ni durante el parto”.

“Lograr la sensibilización no es tarea fácil, conociendo las actitudes y creencias conservadoras que existen alrededor del cuerpo, la sexualidad y la reproducción, ya que se trabaja con sectores que pertenecen a la religión católica y evangélica, muchos/as líderes/as, no permitían que se hablara otra cosa que no fuera la vacunación; la planificación familiar se le consideraba un pecado, aunque las mujeres se estuvieran muriendo en el municipio con un promedio de 8 por año, muchas veces por multíparas.”

“Eran tiempos difíciles, en las capillas católicas y evangélicas donde se realizaban las vacunaciones no se podía hablar de planificación familiar, debido a los modelos mentales predominantes sobre todo en los líderes religiosos.

“La Capacitación a miembros/as de las Directivas de Salud y Agentes Comunitarios en temas de Atención Integral Neonatal (AIN), que a su vez fuesen capaces de convocar y reproducir el tema, es una de las principales estrategias para llevar a cabo este trabajo; que consiste en pesar a los/as niños/as menores de dos años e interpretar la información adquirida para implementar la línea de Base, con la participación de los/as Agentes y miembros/as de la Directiva.”

“El equipo de la sub área estaba compuesto por 2 personas que se capacitaron en temas de Gestión, auto gestión, con metodología de educación popular; también en temas de malaria, salud de la mujer.”

“En los años siguientes la prioridad fueron las visitas al campo, capacitaciones personales. Como las parteras hacen sus pasantías en Casa Matera Matagalpa, continúan los mini talleres y los temas son enfocados a la organización comunitaria, planificación comunitaria, gestión, género, negociación de conflictos, violencia intrafamiliar, planificación familiar.”

“Las muertes maternas, en su mayoría, son reportadas en comunidades sin partera adiestrada dentro del PIS”

Testimonios de dos parteras (2003)

Juana Calero, tiene 64 años, es casada, su marido la “abandonó”, tuvo 15 hijos/as que ahora tienen entre 42 y 22 años. Es originaria de Zinica No. 2. Tiene problemas de audición.

“Empecé a trabajar en salud con el MINSA en el 1981 y con el PIS desde que inició, yo soy fundadora”.

“Primero trabajé como líder en salud y luego como partera desde que yo tenía 18 años, pero organizadamente desde del '81.”

“Estar trabajando en salud para mi ha significado un montón de experiencias y conocimientos, porque mi cuerpo es viejo, pero mis conocimientos son nuevos”.

“Mi trabajo lo hago de forma voluntaria, yo no le gano a nadie. Yo he atendido según mis cuentas desde que soy partera unos 400 partos.”

“A mi me busca la gente de 8 comunidades, sobre todo por la medicina natural.”

“Yo me digo, si yo hubiera salido antes y con estos conocimientos, yo tendría mi trabajo.”

“La gente creó una fe en lo que yo hago.”

“Para la casa base donde trabaja la Bernarda yo di dos quintales de Maíz para su construcción, en ese tiempo todavía estaba con mi marido.”

“La iglesia católica compite con la evangélica que tiene mucho arrastre. La mayoría de iglesias construidas son evangélicas, entre los participantes en esta evaluación, entre los líderes, brigadistas y parteras hay evangélicos. En los microproyectos están los/as evangélicos/as al frente.”

“Como logro en la comunidad, es que estaban acostumbrados a que por todo se les cobraba, pero ahora dicen vamos donde Dña. Juana, por mi modo de atender, yo les digo en qué les puedo servir, y cuando se van les digo: gracias por

preferirme. De que me sirve un buen conocimiento, si no pongo en práctica mi trabajo.”

“Este miércoles referí a una mujer embarazada al hospital de Waslala.”

“El MINSA no reconoce el trabajo de las parteras, ellos dicen; los que sabemos somos nosotros.”

“Yo soy artrítica y el medicamento lo tengo que comprar, porque el MINSA no tiene.”

“El principal problema de la comunidad era la falta de letrinas y ahora es la falta de agua, la que existe es sucia.”

“Yo lleno bien unos litros de agua y los pongo al sol para purificarla. Al Centro de Salud ni cloro llega.”

“En Zinica hay un P/S del MINSA, construido en el 86’, han querido quitarlo, lo que hay es una enfermera. Las viejas trabajadoras del MINSA despachan bien, pero las nuevas se tardan más de una hora.”

“En mi comunidad los jóvenes salen a buscar como fumar la marihuana a los cerros y después ya bajan, pero no hacen nada.”

“En salud se atienden más a mujeres y niños/as.”

“Actualmente trabajo como partera en el Control Prenatal (CPN) visitando a las embarazadas y dando charlas.

Cándida Loasiga tiene 57 años, es partera, originaria de “Vallas Abajo.” Se juntó con su compañero actual desde los 13 años, y tuvieron 12 hijos/as (8 varones y 4 mujeres entre 37 y 9 años).

“Me mataron un hijo que lo secuestró la contra cuando tenía 18 años, a los 7 meses me dijeron que estaba muerto, yo no lo enterré”.

De sus hijas, dos ya tienen hijos/as, una tuvo su primer hijo a los 17 años y ya tiene 4 hijos/as y la otra sólo tiene una hija y la tuvo de 22 años.

“Se leer y escribir, soy católica y me integré hace 9 años a la pastoral de salud. Me integré por mirar el sufrimiento que pasaban las mujeres embarazadas, porque yo sufrí lo mismo, a mi no me ayudó nadie preparado, sólo mi marido”.

“En aquellos tiempos uno ni sabía qué hacer y con las capacitaciones, ya sabemos que hacer con las embarazadas, que no hay que darle ningún medicamento, que ellas tienen su hora, si es un parto difícil, se mandan al hospital de Waslala, ‘Fidel Ventura’, también le damos vitaminas a las embarazadas.”

“Se les ayuda en la planificación, ya sea con pastillas o inyecciones”.

“También estoy trabajando con un grupo de Mujeres “Venancia” de Matagalpa.”

“Nos están dando materiales para charlas de Planificación y Muerte Materna.”

“Yo tengo a mi cargo 4 comunidades con el grupo "Venancia", donde hay mixtos Hombres y Mujeres, para los derechos de las mujeres y la igualdad entre hombres y mujeres.”

“Yo veo el cambio de las mujeres en la participación de las actividades de su comunidad, los hombres también han cambiado.”

“En la pastoral de salud hay 2 parteros.”

“La parroquia ha sido un buen apoyo para la comunidad.”

“En mi comunidad nunca he tenido muertes maternas.”

“La gente acepta muy bien el trabajo de la pastoral de salud y quisieran que el trabajo de la comunidad nunca se termine, la mayoría de la gente está involucrada en las iglesias y esta gente le pide al padre que no les dejen solos.”

“Uno no podía salir, mi marido se me gravó y lo llevaba a un curandero.”

“Sólo dos veces me encontré con los dos grupos, pero nunca me hicieron nada.”

“No habían médicos en el hospital, a uno no lo atendían porque estaba llenito de puros heridos de guerra.”

“Ahora es tranquilo todo, sólo se oye que hubo algún robo...”

El trabajo o enfoque de Género

Debido a la urgencia por responder al objetivo principal de reducción de la Mortalidad Materna, y por el hecho de trabajar directamente con las mujeres embarazadas, sobre todo en el periodo pre y postnatal, se daba prioridad a los contenidos específicos de salud reproductiva, dejando a un lado los temas específicos de género. Sin embargo, estos temas eran abordados en otro momento posterior, una vez que las mujeres no estaban en la condición reproductiva.

Es evidente, por las características del arraigado machismo de la zona y la situación de violencia general que se observa en ella, que es una necesidad y debe ser un desafío que esta sub-área del PIS asuma temas relacionados a la prevención de la violencia de género (más allá del concepto de violencia Intrafamiliar), vista como un problema de Salud Pública, como un verdadero problema epidemiológico.

Principales Logros

Entre los principales resultados obtenidos en el trabajo con las promotoras de salud de atención materno-infantil, se pueden mencionar los siguientes:

- Un logro interesante es que antes las visitas eran programadas por el PIS, mientras que ahora lo hace el MINSA y es el PIS quien se integra con ellos.
- Más higiene, vacuna en la madre y cuidado de su alimentación.
- Parteras capacitadas, con autoestima y cambio en sus hábitos riesgosos y con otra actitud y prácticas; como evidencia de que hay más participación y reconocimiento dentro de sus comunidades al trabajo que realizan.
- La disminución significativa de la Mortalidad Materna e Infantil, el acercamiento de las parteras al MINSA, menos muerte por tétano Neonatal.

Los datos recientes de Mortalidad Materna son para el PIS una muestra del esfuerzo conjunto realizado con el MINSA, para eliminar las muertes de mujeres en estado de embarazo, durante el parto o el puerperio, y que en la practica son originadas por causas prevenibles o evitables.

En cuanto a los casos de la mujeres fallecidas, se han registrado causas como no haber llevado control prenatal por la inaccesibilidad a los servicios de salud, ya que la mayoría eran de las zonas rurales de Waslala; partos domiciliarios con una partera o compañero sin ninguna preparación ni condiciones apropiadas; multíparas y analfabetas; entre otras. Evidentemente, muchas de estas causas se relacionan con las características sociales de las mujeres fallecidas. El PIS toma en cuenta esta información para mejorar el trabajo preventivo.

Sobre el impacto en la reducción de la morbi-mortalidad materna, a partir del trabajo del PIS, Se indican a continuación algunos datos estadísticos.

Análisis de Muertes Maternas por Año en el Municipio de Waslala, Matagalpa

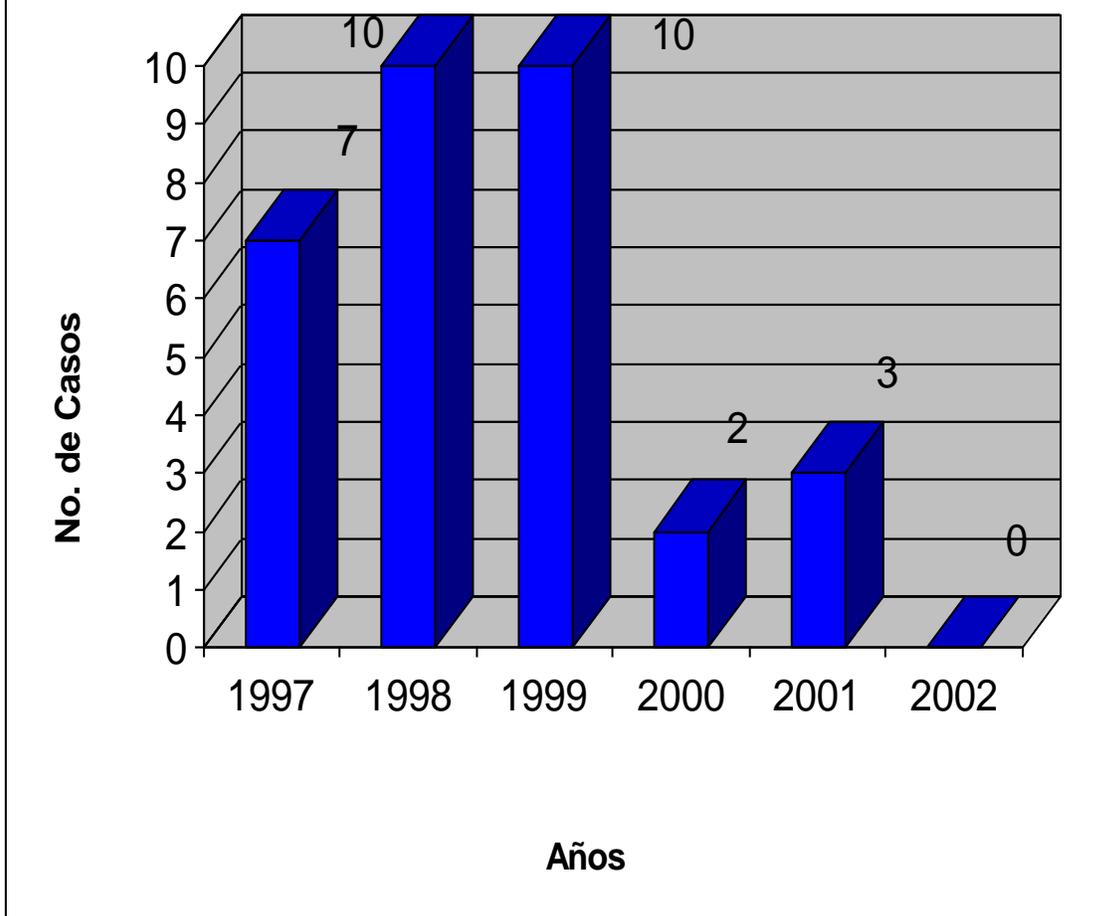
	Años	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total 1995/2003	%
Residencia	Área Urbana	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2%
	Área Rural	6	9	7	9	10	2	3	2	2	50	98%
	Total	6	9	8	9	10	2	3	2	2	51	100%

Otras informaciones relativas a las condiciones de las muertes maternas (datos parciales)

	Años	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total 1995/2003	%
Lugar del Parto	Domicilio			8	9	8	1	2			28	87,5
	Hospital			0	0	2	1	1			4	12,5
	Total			8	9	10	2	3			32	100,0
Rango de Edades	19 años o menos			2	2	1	0	1	0	0	6	17%
	20 a 35 años			3	6	9	1	2	1	2	24	67%
	Más de 35 años			3	1	0	1	0	1	0	6	17%
	Total			8	9	10	2	3	2	2	36	100%
Escolaridad	Analfabetas			6	6	5	1	2			20	62,5
	Alfabetas			0	2	2	0	0			4	12,5
	Primaria			2	1	3	1	1			8	25,0
	Secundaria			0	0	0	0	0			0	0,0
	Total			8	9	10	2	3			32	100,0
Estado Civil	Acompañada			6	6	5	1	1			19	59,4
	Casada			2	3	5	1	2			13	40,6
	Sola			0	0	0	0	0			0	0,0
	Total			8	9	10	2	3			32	100,0

Fuente: PIS

Comportamiento de Muertes Maternas Municipio de Waslala 1997-2002



MORTALIDAD MATERNA EN WASLALA AÑO 2000 ► 2 CASOS

MORTALIDAD MATERNA EN WASLALA AÑO 2005 ► 4 CASOS³⁰

MORTALIDAD MATERNA EN WASLAL AÑO 2008 ► 1 CASO

Fuente: Colectivo de Mujeres de Matagalpa.

²⁹ Fuente PIS

³⁰ Colectivo de Mujeres de Matagalpa

Dificultades

Entre las principales dificultades encontradas con el trabajo con promotoras de salud de atención materno-infantil, se pueden mencionar los siguientes:

- Las parteras enfrentan mucho machismo por la negativa de los maridos en el traslado de sus compañeras al Centro de salud u Hospital.
- Falta retomar como prioridad temas de violencia de género, más allá de la intrafamiliar y con enfoque de salud pública.
- Al inicio la influencia religiosa obstaculizaba el abordaje de algunos temas sobre el cuerpo y la reproducción, por ejemplo.
- Una de las dificultades enfrentadas inicialmente por el personal capacitado fue el llenado de los formatos; superándolo con la colaboración mutua de los/las líderes que sí lo manejaban en las mismas comunidades.
- El analfabetismo hace más lento el aprendizaje en los procesos de capacitación.
- Los malos caminos y la inaccesibilidad a la mayoría de las comunidades.
- El PIS no tomó en cuenta este sector de trabajo como cantera fundamental del Movimiento de Mujeres, que la parroquia estaba apoyando.
- Se percibe como muy débil el enfoque de género en los temas de salud sexual y salud reproductiva de las mujeres, sin aprovechar el empoderamiento a partir del propio cuerpo y salud de las mujeres.
- El contenido de trabajo de esta sub-área estuvo marcada por los contenidos y modelo de trabajo del MINSA, sin lograr separar el famoso binomio madre-hijo/a, que excluye de responsabilidad y participación a la pareja.

- El trabajo infantil estuvo casi ausente y se redujo al neonato, a pesar de poner en sus objetivos que cubría hasta los 2 años.

7.12. La Sub-área de VIH, Sida y Salud Sexual y S. Reproductiva

Esta sub-área es relativamente nueva, inició en el año 2005-2006 con la realización de una línea de base de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) sobre ITS y VIH-Sida en comunidades rurales del Municipio de Waslala.

“Durante el periodo de abril a diciembre del año 2008, el Programa Integral en Salud de la Parroquia la Inmaculada ha comenzado a desarrollar sus acciones dirigidas a la Promoción de la Salud Preventiva en las comunidades rurales del municipio de Waslala, en la implementación del Proyecto S-08-212 “*Programa de atención en VIH/SIDA para la población de la Costa Caribe Nicaragüense*” financiado por la Cooperación Austriaca para el Desarrollo a través de Horizont3000.

Para mejorar el acceso a los servicios de atención relacionados con el VIH/SIDA, se trabajó con el personal del Ministerio de Salud (MINSA) local, en función de crear capacidades para realizar el diagnóstico y consejería sobre VIH a la población. Además se les ha abastecido con el material para es desarrollo de estas actividades. Se han establecido las bases para que el personal de salud brinde una atención adecuada y promuevan la prevención del VIH.

También se ha organizado y capacitado a grupos de mujeres voluntarias para que realicen consejería con las mujeres embarazadas y otras mujeres de sus comunidades. Se promovió la formación de la Comisión Municipal del SIDA en Waslala conjunto con MINSA y otros actores del municipio.”³¹

³¹ Informe Anual 2008: Proyecto S-08-212 .Programa de Atención en VIH/Sida Para La Población de la Costa Caribe Nicaragüense. PIS Waslala

Funciones y Actividades principales

En general, podemos distinguir las siguientes funciones y actividades de los/las líderes/as de salud que trabajan en VIH, Sida y Salud Sexual y Reproductiva:

- Formación y capacitación del personal de salud en los diferentes sectores de trabajo.
- Realización de talleres a Agentes Comunitarios de Salud y líderes religiosos de las comunidades para que brinden información sobre VIH/SIDA.
- Realización de talleres a mujeres voluntarias de las comunidades sobre consejería comunitaria en VIH/Sida.
- Establecimiento y organización de áreas de tratamiento y laboratorios en los diferentes centros de salud del Ministerio de Salud.
- Abastecimiento de las instituciones de salud con medios para diagnóstico, medicamentos esenciales y preservativos.
- Mejoramiento del programa de prevención de transmisión vertical del HIV (antes, durante y después del parto).
- Taller de inducción a personal de salud sobre la atención prenatal con Consejería y con Prueba Voluntaria (CPV) del MINSA, Casa Materna y PIS.
- Realización de Pasantía en la Clínica Bilwi sobre CPV
- Supervisión (control) de los centros de salud en relación a las pruebas de laboratorio para VIH, con su debida pre y post consejería. Desarrollando e implementando un modelo para el diagnóstico ambulante y asesoría.
- Transferencia y seguimiento para la atención y tratamiento al 100% de mujeres con prueba VIH positivo. Durante el periodo del proyecto no se presentó ninguna mujer VIH positivo.

- Realización de una campaña de comunicación social (radio, televisión, folletos) para la promoción de diagnóstico y consejería.
- Fomento de la organización de diferentes grupos, como las trabajadoras del sexo y hombres que tienen sexo con hombres, brindando charlas, consejería y pruebas.
- Ampliación de la red de promotoría para la atención de las diferentes comunidades.
- Realización de visitas de seguimiento a grupos de mujeres de las comunidades.
- Participación en congresos y simposios
- Realización de una actividad central en el Día internacional del VIH /Sida
- Monitoreo de las actividades y evaluación
- Ejecución de encuentros informativos con alumnos/as de secundaria y universidad de centros educativos del casco urbano.

El trabajo o enfoque de Género

La sub-área de VIH, Sida y Salud Sexual y Reproductiva (SSR) ha aportado al fortalecimiento de la implementación del enfoque de género en la gestión de salud del PIS, gracias a su especificidad y a la importancia del manejo de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres, como parte imprescindible para su empoderamiento y emancipación. En este caso se puede decir que las capacitaciones han sido fundamentales para la formación de mujeres en el aprendizaje y defensa de sus derechos.

Principales Logros³²

Entre los principales resultados obtenidos en el trabajo de salud preventiva en VIH, Sida y Salud Sexual y Reproductiva, se pueden mencionar los siguientes:

- La red de agentes comunitarios cuenta con una buena base de conocimientos en salud sexual y reproductiva, para dar respuesta a las demandas de información de la comunidad; en especial de los/as jóvenes.
- Los y las agentes y el ministerio de salud han consolidado la coordinación para el desarrollo de actividades de salud preventiva en relación al VIH y al Sida.
- Se ha logrado romper con ciertos tabúes de la población en cuanto al tema de VIH/Sida, especialmente con los líderes religiosos, que ahora están dispuestos a abordar el tema.
- La existencia de 65 comunidades con un comité organizado y trabajando en coordinación con los agentes y el Ministerio de Salud y otras organizaciones, facilita que los habitantes comunitarios tengan mayor acceso a información y atención en prevención del VIH y Sida.
- Se está monitoreando la realización de pruebas de VIH como un indicador más de salud.
- El equipo técnico del PIS ha mejorado la calidad de trabajo técnicamente, con conocimiento básico sobre el tema de VIH/Sida, consejería y realización de la prueba rápida voluntaria, y mantiene su conocimiento del territorio y de los/as líderes bases de las comunidades.
- El Programa Integral en Salud ha logrado establecer una relación de alta confianza con las comunidades, lo que facilita la posibilidad de futuras acciones.
- Se ha visto un mayor compromiso por parte de la dirección de MINSA local con el tema de VIH/SIDA; de modo que ahora conforma la Comisión Municipal de SIDA.

³² Informe Narrativo Final 2005-2008, Proyecto S-05-401. Programa Integral en Salud, Parroquia la Inmaculada, Waslala

Dificultades

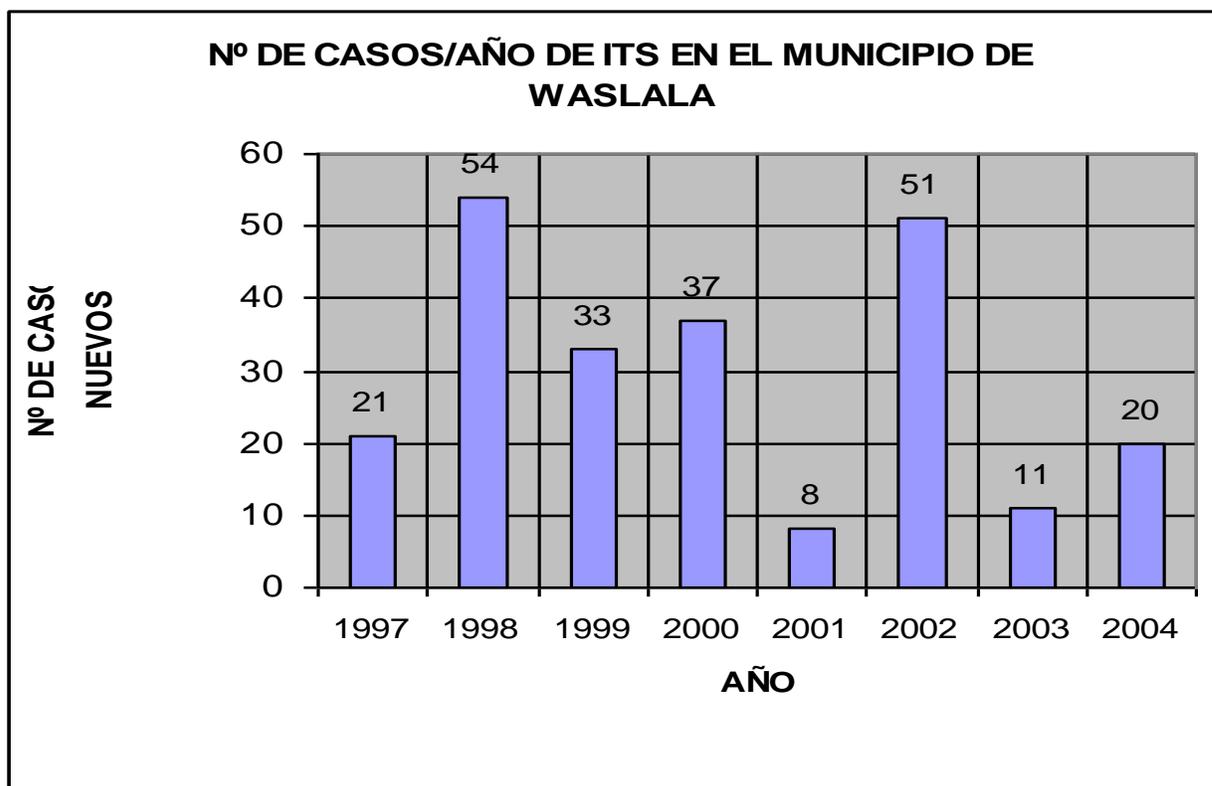
Entre las principales dificultades encontradas en el trabajo de salud preventiva en VIH, Sida y Salud Sexual y Salud Reproductiva, se pueden mencionar los siguientes:

- “En Waslala, muchas de las iniciativas en salud, educación y producción vienen de organizaciones de la sociedad civil. Si se retira la cooperación externa, sería muy difícil para estas organizaciones mantener su nivel de protagonismo.”
- En los informes no se reflejan contenidos en relación a la feminización del VIH-Sida; ni tampoco se abordan temas como el machismo y la violencia, que están directamente relacionados con la pandemia.
- El manejo de los datos estadísticos con sub-registros; pueden adormecer el accionar preventivo, ante las cifras reales de la incidencia de las ITS, VIH/Sida que dan un reflejo de la amenaza latente.
- La tendencia estatal de retroceder en sus políticas públicas influenciadas por el fundamentalismo religioso, sobre todo de la jerarquía católica, más el debilitamiento presupuestario en este tema, agrava la situación en zonas empobrecidas y alejadas como las de la RAAN.

Para documentar la situación de incidencia de ITS en el municipio de Waslala, a continuación se da información epidemiológica.

Número de casos/año de ITS en el municipio de Waslala								
Año	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nº de casos nuevos	21	54	33	37	8	51	11	20

Fuente: SILAIS Matagalpa



Fuente: SILAIS Matagalpa

7.13. Otros contenidos complementarios del PIS

Las diferentes sub-áreas hasta aquí mencionadas también trabajan e integran los contenidos de Odontología, Vigilancia Epidemiológica y algunos trabajos de publicaciones.

Odontología

Se menciona aquí este contenido de trabajo, aunque no es una especialidad propia del PIS, porque siempre se buscaron coordinaciones para el trabajo odontológico con la Casa Materna, con Libertad en Salud y con diversas organizaciones que tienen presencia en Waslala; lográndose que se brindaran servicios odontológicos a la población a bajos costos y reproduciendo los conocimientos de salud bucal a los/as niños y niñas en edad escolar.

El principal objetivo que se busca es promover la salud bucal preventiva en la niñez del área rural, como estrategia de prevención de problemas odontológicos mayores en la población, como son las caries y la enfermedad periodontal.

Existe un plan de visitas comunitarias que se realiza en conjunto con las organizaciones mencionadas, de acuerdo con la demanda de las comunidades. Uno de los trabajos es visitar las escuelas rurales para la aplicación de flúor, trabajos de limpieza y algunas extracciones –cuando son solicitadas- a los/as niños/as. En estas visitas se ha encontrado que la mayoría de niños/as presenta problemas de caries y piezas perdidas.

El trabajo odontológico gradualmente se fortalece con las capacitaciones brindadas a los/as maestros/as rurales, para que puedan realizar aplicaciones del gel de flúor cada 6 meses; y muchos maestros/as se han comprometido a que en sus clases todos/as se cepillen los dientes cada mañana antes de iniciar las clases.

Vigilancia Epidemiológica

En el PIS se lleva el control del comportamiento epidemiológico de las principales enfermedades atendidas como programa, registrando principalmente los casos de malaria, IRAs, parasitosis, EDAs, anemias, artritis, enfermedades de la piel, gastritis, infecciones de vías urinarias (IVUs), entre otras. Así mismo se da seguimiento a los datos del SILAIS sobre Mortalidad Materna, aunque en muchos casos la información es suministrada por el propio PIS al MINSA.

7.14. La Gerencia y la Administración del PIS

Gerencia del Programa

La gestión del proyecto comprende actividades principales tales como: reuniones mensuales del equipo técnico; elaboración de planes operativos anuales; elaboración de planes de trabajo mensuales; elaboración de planes de actividades semestrales; evaluaciones semestrales y trimestrales; visitas de supervisión; reconocimiento del trabajo ejemplar de los agentes comunitarios; seguimiento a coordinadores de reparto; coordinación interinstitucional; coordinación directa con los organismos financieros; administración interna de los recursos del Programa; coordinación, colaboración y cooperación entre el proyecto y las contrapartes; elaboración del “Boletín informativo” del PIS; etc.

También se realizan coordinaciones de actividades con el Equipo de Salud del Vicariato Apostólico de Bluefields, y de colaboración con el trabajo en Salud de las otras Parroquias de la circunscripción eclesiástica, en una dinámica de aprendizaje y apoyo entre las mismas.

Entre las principales Actividades Organizativas de la Coordinación del Programa podemos mencionar:

- Integrar y armonizar las funciones de los diferentes miembros/as del Equipo Técnico.
- Garantizar la organización del personal del Equipo Técnico.
- Motivar al equipo y resolver conflictos a lo interno y en las comunidades.
- Autorizar gastos y presupuestos financieros.
- Vigilar por la buena marcha del programa.
- Recoger la memoria del trabajo del Equipo Técnico y de los Agentes Comunitarios.
- Asegurar la relación del equipo con las otras pastorales, el equipo parroquial, los sacerdotes, la pastoral de salud del Vicariato, y con instituciones y organizaciones que pueden incidir en la salud pública en el municipio y a nivel nacional.
- Responsabilizarse por la relación entre el equipo y las comunidades.
- Garantizar la relación con las organizaciones
- Consolidar la evaluación y planificación del equipo, agentes comunitarios, y comunidades.
- Escribir los informes narrativos trimestrales y anuales
- Elaborar el Boletín Informativo periódico del PIS³³

³³ El PIS ha producido desde 1999, con una periodicidad irregular, su Boletín Informativo. En este resumen de unas 20 páginas, se dan consejos generales para la salud, se enseña a usar la medicina tradicional, se dan consejos para el auto cuidado, mensajes de salud materna y de salud sexual y reproductiva y, en fin, se dan mensajes generales sobre las actividades propias y sobre la organización interna del PIS.

A continuación se indican las estructuras del PIS del periodo de inicio y fin de esta sistematización.

Equipo PIS 1994 7 Personas	Equipo PIS 2009 5 Personas
1.- Coordinadora. Bernarda Vivas Hernández 2.- Administrador . <i>Manuel Araúz López</i> 3.- Capacitación. <i>Antonio Rodríguez Gadea</i> 4.- Materno-Infantil. <i>Claribel Fornos Delgado</i> 5.- Promotores. <i>Francisco Araúz Salinas</i> 6.- Botiquines Comunitarios. <i>Timothy Hansell</i> 7.- Huertos Medicinales. Virginia Leival	1.-Coordinador. Timothy Hansell 2.- Administrador. 3.- VIH-Sida y Salud Sexual y Reproductiva 4.- Capacitación 5.- Proyecto de Jóvenes.

Cabe señalar que actualmente, para el seguimiento de las sub-áreas de líderes/as de salud, botiquines, medicina natural y salud materno-infantil, se cuenta con dos personas, que cubren solo contenidos de capacitación ligados a la salud comunitaria. Esto se debe a la falta de disponibilidad de financiamiento. Se puede decir que se sigue trabajando siempre en las mismas áreas, pero a una escala más reducida que antes.

La Administración del PIS

Se puede decir que, en general, las Funciones del/la Administrador/a son:

- Llevar un control financiero de los ingresos y gastos con libros diarios y reportes mensuales.
- Realizar propuestas financieras anuales, trimestrales y mensuales.
- Responsabilizarse por las compras y cotizaciones.
- Asegurar el financiamiento de las actividades necesarias para alcanzar los objetivos.
- Asegurar el mantenimiento de los equipo propios del PIS
- Evaluar la capacitación necesaria para cada miembro del equipo.
- Apoyar con la elaboración de informes narrativos

Recursos Disponibles para el accionar del PIS:

- El Programa cuenta con: un complejo pequeño de oficinas, salas, y bodega; una clínica de medicina natural con farmacia y salas, una camioneta, VHS, televisión, dos computadoras, medicamento químico y natural, secador de plantas, una cocina, una biblioteca de salud, tres bestias, y acceso al Centro de Capacitación, fax y teléfono.
- Hay financiamiento estable, y fondos rotativos de los botiquines.
- En el campo hay huertos comunitarios, Casas Bases de cemento con sala, consultorio, y farmacia, y Casas de Medicina Natural, botiquines comunitarios, material de reposición, y material de atención.
- No hay investigaciones evaluativas sobre el impacto y valor económico de las actividades y estrategias del programa, pero tampoco hay mal uso. El control financiero es rígido y de acuerdo a los objetivos y estrategias del programa. Todos trabajan con la ética de eficiencia sabiendo que los fondos son para el desarrollo y salud de los que realmente los necesitan.
- Sobre los fondos comunales de los botiquines, se ha visto históricamente poco seguimiento por parte del Equipo Técnico, con el resultado que algunas comunidades lo han usado para el desarrollo de la comunidad, y otras no. Sin embargo, aún en los casos en que los fondos comunales han sido de poca utilidad, no se han visto casos de robo o apropiación.

En efecto, una debilidad del PIS es que hasta el año 2004 no existía un seguimiento ordenado y transparente sobre el uso de los fondos de botiquines y otros ingresos comunitarios, que estaban destinados a asegurar la autosostenibilidad de las actividades. Por esta razón, una de las propuestas que se planteó fue darle seguimiento a los ingresos de las actividades comunitarias, a través del apoyo del Equipo Técnico.

En el 2004 se implementó la decisión de que todas las directivas con botiquines tienen que presentar planes del uso del dinero, a su comunidad y al Equipo Técnico, además de las hojas estadísticas, para mejorar la eficiencia, transparencia y confianza entre todos/as.

Para mejorar esto, actualmente también todos los miembros de las directivas que tienen botiquines se capacitan sobre la administración de los fondos.

Sobre La Autosostenibilidad

La autosostenibilidad de intervenciones en la salud para los/as pobres, es muy difícil lograr en términos financieros. El PIS trata de fortalecer las comunidades mismas para que puedan identificar sus necesidades, buscar soluciones y como iguales, trabajar con actores externos para desarrollar sus comunidades de acuerdo a su propia visión.

La sostenibilidad del programa está respaldada más bien por factores y cualidades desde el valor agregado del Desarrollo Humano, con un alto nivel de participación comunitaria, lo que ha permitido hasta la fecha un constante acompañamiento de actores y de la cooperación externa:

Experiencia en el Manejo de Proyectos

La Pastoral de Salud de la Parroquia ha venido implementando y desarrollando proyectos de salud por diez años. La mayoría de las comunidades tiene experiencia en la construcción de escuelas, o capillas, pero poca experiencia en el desarrollo, gestión y control sobre proyectos propios, sin embargo poco a poco se obtienen avances en este sentido, ejemplo en dos comunidades, de su propio interés y gestión, construyeron Casas de Medicina Natural con huertos comunitarios.

7.15. Las Iniciativas Estratégicas Actuales

- El fortalecimiento del trabajo de género

Existen 115 mujeres integradas en directivas y redes comunitarias y que asumen cargo de poder de decisión como: fiscales, presidentas, tesoreras y secretarias. Estas mujeres trabajan de forma coordinada con los varones en todo el proceso de desarrollo de sus funciones.

A través de los programas radiales se trata de llevar el mensaje de la equidad de género más allá de las comunidades que se visitan y que están organizadas, hasta el punto de que se promueve la participación de las mujeres en los cargos políticos municipales, tomando en cuenta su capacidad y el que en realidad representan a la mayoría de la población.

En las capacitaciones se ha continuado trabajando con el enfoque de género y autoestima, con el fin de crear conciencia tanto en los varones como en las mujeres de los espacios y derechos que cada una y cada uno tiene en el progreso social.

En las coordinaciones institucionales se ha venido haciendo énfasis en la promoción de manera conjunta, hombres y mujeres, para lograr un mayor éxito en las intervenciones de salud preventiva.

El equipo técnico ha continuado en la búsqueda de nuevas formas que permitan un abordaje más objetivo de la estrategia de género. Por ello se ha promovido la participación del PIS en el Encuentro de Género e Interculturalidad en URACCAN, Kamla, así como en el foro con organizaciones de mujeres que se desarrolló en Waslala.

- La Promoción de una Mayor Comunicación y Transparencia con las Comunidades y Organizaciones Financieras.

Es esencial crear confianza en los diferentes niveles. Todos(as) tienen que saber lo que se ha realizado, el uso de los recursos financieros debe estar claramente documentado y reportado. Así mismo, los resultados del programa están reportados en informes trimestrales y anuales, y se conocen en las asambleas semestrales.

- El Mantener un Ambiente de Aprendizaje Continuo

El Equipo Técnico siempre está capacitándose para tener información nueva a ofrecer a los/as Agentes Comunitarios, y mejores maneras de organizar el trabajo. Los/as miembros/as del equipo participan en talleres, cursos de superación académica, autoestudio, y después capacitan al resto del equipo.

- Análisis, Evaluación, Flexibilidad y Desarrollo Permanente

En el equipo técnico, en las directivas de salud de las comunidades, y en las asambleas generales, se analiza el impacto de las estrategias y cambios de la situación, y se buscan nuevas maneras de intervenir. El programa ha venido desarrollándose para quedar fortalecido y validado.

- Respeto a los/as Agentes Comunitarios y Miembros/as de la Comunidades, sin distingo religioso y/o político

El PIS ha creado confianza en las comunidades, particularmente después de ser una zona afectada drásticamente por la guerra y la delincuencia.

Abordaje Interinstitucional

El Trabajo en coordinación y colaboración con otras organizaciones, ha dejado que el impacto sea mayor, con el reconocimiento de otros actores nacionales e internacionales. La coordinación estrecha con el Ministerio de Salud local también ha beneficiada el impacto.

7.16.- El PIS visto desde afuera

- **Para el ex Vicealcalde de Waslala por el PLC del periodo 2000-2004, Javier Gadea** (38 años, casado, 3 hijos), que conoce del trabajo del PIS desde sus inicios como pastoral del PIS, por su trabajado con parteras, líderes/as de salud y medicina botánica, está consciente de las capacitaciones facilitadas a sus líderes/as en Estelí, Managua.

Comentando que incluso él muchas veces “los había acarreado”.

Con mucha firmeza comenta; “Por supuesto que el mayor interés de la iglesia, fue la muerte de las mujeres embarazadas por la distancia para acceder a las unidades de salud, así como los problemas de salud de los/as niños/as; era necesario contar con lo que se tiene a mano, ya que el MINSA tenía problemas para llegar a las comunidades.”

Hay una clara percepción del trabajo como parroquia y PIS, que hace el esfuerzo por adecuarse a las condiciones, llevando respuestas concretas a las comunidades alejadas, donde su penetración podía durar hasta 8 horas, durmiendo en la montaña y donde ahora se puede llegar en 2 horas y media.

“El PIS formó parte del programa municipal de desarrollo con su lideresa autóctona Bernarda Vivas.”

“La Alcaldía tiene una visión muy positiva de todo el trabajo que se realiza desde la parroquia y sus programas de salud, educación ante la incapacidad de las instancias gubernamentales del MECD y el MINSA.

Si la parroquia y sus programas no existieran la situación de salud en Waslala estaría más deteriorada.”

Al PIS se le reconoce la reducción de la Mortalidad Materna, la atención a los /as niños/as con problemas de salud como diarrea, enfermedades respiratorias a través de los líderes/as de salud.

Reconoce que el personal del PIS es estable, capacitado y recomienda cuidar y continuar con su formación y capacitación.

“Como Alcaldía hicimos muy poco para apoyar con recursos, pero sí se trabajó de forma coordinada en programas de radio y medio ambiente.”

“Nos hubiera gustado apoyar más al PIS. Recomendaría a sus financiadores que no lo dejen de hacer, porque los logros son claros en el municipio de Waslala.

Si hay algún proyecto sin financiamiento en una comunidad que se incluya en el Plan de Inversión Municipal (PIM) 2005-2008.”

- **Para la Directora del Centro Educativo Rubén Darío de Waslala, Justina Miranda** (45 años, originaria de León, casada, con 4 hijos), sabe que el PIS tiene trabajo en las comunidades, realizan capacitaciones y trabajan con la técnica del SODIS.

Expresa que con el Centro se han coordinado poco, pero reconoce que la población los busca y es importante su trabajo, sobre todo la Medicina Natural, van a las comunidades o la gente llega a buscarles.

“Hay una buena proyección y aceptación de la gente, elaboran medicamentos naturales y enseñan a la gente a usarlos. El PIS ha venido a favorecer a la gente de Waslala.”

“La gente que trabaja en el equipo técnico del PIS es luchadora, eficiente, tal vez porque trabajan en la parroquia trabajan duro y es gente disponible.”

- Para el Médico General y Director Municipal de Waslala por el MINSA, Dr.

Carlos Marín, quien llegó en mayo del 2000 a Waslala, manifiesta que desde que llegó, conoció el PIS y tenía referencia de ellos desde Bocana de Paiwas, porque en el Vicariato de Bluefields está una parroquia de ellos.

Por supuesto que este actor es el que más cercanía y conocimiento tiene del PIS. Considera que la coordinación con el PIS “ha sido muy buena, pero antes más bien hay que hablar de la historia del MINSA, ya que han existido momentos de acercamiento y distanciamiento del MINSA con la parroquia”.

Desde el 93´ - 94´ ha venido cambiando, a tal punto, que todo el manejo de salud lo tenía el PIS, la gente reconocía más al PIS que al MINSA para todo lo de salud, el PIS determinaba el trabajo comunitario del MINSA.

El Dr. Marín está convencido que para trabajar en salud lo primero que hay que hacer, es apartar las ideas políticas y/o de gobierno.

El MINSA de Waslala habló con el PIS, estando siempre en la mejor disposición de trabajar en actividades de capacitación, evaluación y planificación.

Se hicieron a un lado las diferencias, para concretar acciones en conjunto.

La actitud del personal del MINSA y del PIS fue determinante para esto.

“En relación a la mortalidad materna, cuando yo llegué eran de 10 a 11 casos por año. Las parteras y líderes de salud se orientaron a responder a este problema en sus comunidades. Teniendo como resultado la reducción de 2 casos de Muerte Materna por año a partir del 2003”.

En los años 2000-2003 están reportadas 9 muertes maternas, 4 han tenido contacto con la unidad y muerto en estos lugares.

Para el Dr. Marín otro avance ha sido bajar el tono político-partidario de forma conjunta con otros actores como: Alcaldías, MECD, la Policía y otros sectores.

Haciendo a un lado las diferencias producto de las despartidización de las gestiones y sobreponer las necesidades. Falta mucho por hacer en cuanto a la participación social, pero se está muy avanzado en algunos lugares.

En relación al acceso a la salud, existen dificultades de acceso geográfico y esto repercute en la calidad de la atención a los pacientes. Por ello, existía un fuerte reclamo al MINSA por maltrato y preferencias. Se expresaba que había un cobro indirecto por la atención.

Gracias a la buena voluntad del PIS y del MINSA, todo esto se ha hecho a un lado y ha permitido una mayor confianza entre ellos. Ahora los líderes de salud del PIS refieren los pacientes al MINSA.

La parroquia tiene varias pastorales con diferentes fines. Se ha trabajado en redes comunitarias con el apoyo de CARE y Prosalud. Esto ha permitido que las familias participen en el Centro de Salud Comunitario y gestionando apoyo con las instituciones.

Se han formado brigadas de transporte de Emergencias, compuestas por entre 10 y 15 personas, que se “echan a tuto” al/la enfermo/a para trasladarlo a la Unidad de Salud más cercana, caminando horas hasta llegar a la unidad.

Con el padre párroco se está tratando de llamar al PAININ del Ministerio de la Familia, para hablar con ellos. Este programa tiene como 5 meses de estar aquí, y ellos pagan como C\$380 córdobas al mes a los líderes.

Es importante trabajar con la gente, aquí hay un alto sentido de la voluntariedad y responsabilidad; lo único que se necesita es que sean reconocidos y elegidos por su comunidad. Esto ha estimulado la participación comunitaria.

El MINSA no está por el protagonismo. Cada quien reclama la inversión que ha hecho. El PIS se ha ganado esto y por eso coordinamos y no hay problemas...pero, desafortunadamente, a veces esto está a la suerte de la mentalidad de quienes dirigen el MINSA.

Otras consideraciones que dio, es que tienen el reto de integrar poco a poco a la alcaldía en temas de la salud.

En general la actitud del párroco es muy abierta y marca pautas, y está muy consciente de la pobreza de la gente, Carlos Pinto dijo en un Medio de comunicación: “No se puede culpar al campesino que siembra marihuana porque tienen hambre y de algo tienen que vivir”.

VIII.- LECCIONES APRENDIDAS

Replicables

- Rescatar el trabajo comunitario, garantizando el relevo generacional brindando oportunidades de educación, capacitación y superación, básico para acumular años y experiencias con impacto.
- La capacidad de priorizar, enfrentar con la capacitación y participación comunitaria, las crisis epidemiológicas en coordinación con el sistema de salud, reduciendo tasas de Mortalidad Infantil y Mortalidad Materna.
- La prioridad y convencimiento de trabajar con personal local y comunitario como parte del aporte y riqueza propia en la ejecución de los proyectos.
- La capacitación y profesionalización del personal local del PIS.
- La contextualización y ecumenismo del trabajo religioso, realizado por el Vicariato de Bluefields a través de la parroquia de Waslala.
- El trabajo de organización y participación comunitaria, sensibilizando a la población y haciéndoles partícipes de la promoción de la salud preventiva, como estrategia básica.
- El trabajo de sensibilización que se realiza con el personal del MINSA para la prevención y atención en salud de la población.
- El trabajo de capacitación y adiestramiento a parteras para disminuir la Mortalidad Materna.
- La inclusión de los huertos para medicina natural, como un excelente complemento de la medicina tradicional presente a través de los botiquines en las comunidades, dan respuestas inmediatas y económicas a las enfermedades comunes, que se pueden complicar.
- El trabajo de formación de redes comunitarias.
- El trabajo con calidad y mística que le ha otorgado al PIS prestigio y confianza para ser sujetos de cooperación.
- El trabajar con varias organizaciones de cooperación, para permitir reducir la dependencia financiera de una sola fuente de financiamiento.

- La organización, creatividad e iniciativas para el trabajo conjunto con las otras pastorales, mejorando el impacto en las comunidades.
- El seguimiento al trabajo y acciones comunitarias con los recursos humanos locales.
- El desafío permanente de llegar a la mayoría de las comunidades, a través de potenciar los recursos humanos y materiales comunitarios, desafiando la pobreza y la inaccesibilidad.
- El trabajo comprometido, despartidizado y en equipo, que posibilita ganar la confianza de las comunidades, hasta en las condiciones más adversas; tanto políticas-partidarias y de conflictos armados.
- El trabajar a los diferentes niveles con un cierto grado de autonomía.
- La estabilidad y la experiencia del equipo técnico.
- La claridad de los objetivos que se plantean.
- El empoderamiento de los/as miembros del equipo y de los/as agentes comunitarios.
- La solidaridad y la unidad dentro del equipo.
- La unidad y la visión de la Iglesia incluida en las estrategias de empoderamiento organizacional.
- Se destaca en todo momento, que uno de los elementos claves del éxito del PIS, es la participación comunitaria solidaria y voluntaria en democracia.
- La demostración práctica del trabajo en salud sin discriminación ideológica, partidaria, religiosa, sexual, etc.
- La apertura para incorporar contenidos que pueden superar a otros en prioridades como la prevención de la Mortalidad Materna, la Mortalidad Infantil.
- La incorporación de la Prevención del VIH y el Sida, asumiendo contenidos de Salud Sexual y Salud Reproductiva de forma más amplia.
- El crecimiento en el número de mujeres que abordan contenidos de género en diversos medios, incluyendo la radio.
- La Conformación y funcionamiento de la primera Comisión de Lucha Contra el Sida del Municipio de Waslala.

- El trabajo parroquial enfocado y comprometido hacia el desarrollo económico y social del municipio de Waslala, todos los avances en infraestructura, producción, comunicaciones, agua potable, energía eléctrica, educación y salud, tienen el sello de las gestiones de la parroquia y sus comunitarios.

No replicables

- El manejo financiero administrativo a nivel de la organización y de la comunidad, no debe basarse en relaciones de confianza religiosa o subjetiva, sino sobre capacidades, normativas y sus debidos controles.
- No Mantener el equilibrio necesario de sustitución de atribuciones que son responsabilidades del Estado, cargando una buena parte en el voluntariado de los/as comunitarios que viven en condiciones de sobrevivencia.
- Obviar la valorización económica del trabajo como contrapartes y en especial el trabajo realizado por los lideres/as comunitarios.
- Dejar que el activismo te consuma, sin brindar espacios para la inclusión o fortalecimientos de los enfoques transversales que garantizan el desarrollo humano integral como; medio ambiente, gestión del riesgo y prevención de desastres, no violencia, no adultísimo y género.

A propósito de Lecciones Aprendidas replicables y no replicables, dos opiniones al respecto, recibidas durante las entrevistas:

“Como logros están la organización del proyecto como tal, y los protagonistas al frente, animando, la preocupación por una capacitación permanente, la investigación de las plantas curativas, la permanencia del proyecto, la perseverancia con o sin financiamiento.”

“Como dificultad está la pobreza de la gente. Ejemplo: un brigadista de salud vive las condiciones de pobre de los demás, y hacer servicio con esta crisis, realmente es difícil. Siempre que invitábamos a la gente a las actividades de evaluación le dábamos como estímulo sus viáticos, comida, y alguna ropita.”

IX.- CONCLUSIONES

La sistematización del Programa Integral en Salud, revela una rica experiencia de trabajo comunitario en salud, así como los avances cualitativos de organización y participación, desde una perspectiva religiosa, que visualiza por ejemplo, que es más importante vacunar niños/as, que bautizarles para la muerte, como expresa el padre brasileño Carlos Pinto.

La sistematización del PIS, tiene el desafío de ser editada y presentada en primera instancia al municipio de Waslala, con la participación de las personas que estuvieron y están trabajando de forma directa e indirecta.

Vale la pena su publicación no sólo como modelo o experiencia de trabajo, sino de su zona, su gente y su historia.

Es notorio, a lo largo de la sistematización, el grado de crecimiento y complejidad en cuanto a la inclusión de más contenidos y temas, en diversos contextos sociales y políticos, desafiando el carácter inclusivo e integral que les caracteriza.

Inician con el reto de no dejar morir a la gente de las comunidades por enfermedades comunes y prevenibles, como la diarrea, Enfermedades Respiratorias, las parasitosis, así como el sarampión que dejó una experiencia mortal. De igual forma la Mortalidad Materna donde Waslala registraba uno de los mayores casos, en relación al país.

Toda esta situación, es asociada a condicionantes de salud, como la pobreza, el analfabetismo y la falta de acceso a los servicios básicos de salud, con el agravante de ser una zona de diversos conflictos bélicos y de violencia en general. Agregando por supuesto, el histórico abandono presupuestario y de programas de parte de los diferentes gobiernos

Ante la situación alarmante de salud el PIS con decisión y convencimiento asume la capacitación a parteras, y la capacitación a Líderes/as y Voluntarios/as

comunitarios para adiestrarles en el Control Pre Natal, signos de alarma, preparación para traslados de mujeres embarazadas, así como para la vacunación directa, comunidad por comunidad. Estos dos elementos de participación masiva comunitaria, en coordinación con el Sistema de Salud, marcaron la diferencia en la reducción de la Mortalidad Infantil y la Mortalidad Materna.

Además de las prioridades antes mencionadas, EL PIS gradualmente incluye la atención odontológica en las escuelas, la vigilancia epidemiológica comunitaria, la medicina natural, los botiquines comunitarios, la construcción y el uso de letrinas para eliminar el fecalismo al aire libre, el consumo de agua desinfectada caseramente, como EL SODIS, todo esto sobre la base de la organización y el liderazgo comunitario de trabajo voluntario, que a su vez, ha sido gran parte de la clave para el impacto positivo, en materia de salud.

Uno de los últimos contenidos incluidos, es la prevención del VIH y El Sida, la Salud Sexual y Salud Reproductiva, temas que además están permitiendo un mayor y mejor abordaje del enfoque de género.

En todo el proceso de trabajo se refleja la falta de inclusión de enfoques necesarios para lograr el abordaje integral, sobre todo el que tiene que ver con la gestión del riesgo para la prevención de Desastres por eventos de la naturaleza. Así como el de niñez (no adultismo), sobre todo, porque es una zona donde las condiciones económicas y socio-culturales, facilitan el paso de niño/a a adultos/a, quemando las etapas de la adolescencia y la juventud.

No se puede dejar de mencionar el trabajo de gestión y administración del PIS y el apoyo de la Cooperación Internacional, donde se destaca en este periodo sistematizado, la cooperación Austriaca a través de Horizont 3000. En este sentido vale la pena ampliar la sistematización o hacer un trabajo específico de la inversión presupuestaria del PIS en este período, destacando y valorando

financieramente el aporte de la cooperación internacional, del PIS y el trabajo voluntario, para hacer un análisis de costo/beneficio.

El PIS ante la crisis económica y reducción de la cooperación internacional, sigue desafiando las principales limitantes de la zona; la pobreza, la violencia y la inaccesibilidad a las comunidades.

El Programa Integral en Salud, le ha hecho mérito y le sigue haciendo mérito, a su lema: “Entre Pobres y Campesinos buscamos el Camino”, teniendo como pilar básico de la estructura de trabajo del PIS, a los y las Agentes Comunitarios.



X.- RECOMENDACIONES

Las recomendaciones están dirigidas al personal técnico y comunitario del Programa Integral en Salud, reconociendo los vacíos como parte del aprendizaje y desafíos que plantea el crecimiento y consolidación de una organización de salud comunitaria.

1.- No descuidar la coordinación y articulación de las pastorales o contenidos de trabajo, así como la incorporación de contenidos de trabajo que a su vez tienen que ser transversales, como por ejemplo los enfoques de niñez, género, prevención de la violencia de género, medio ambiente y prevención de desastres y/o gestión del riesgo. Donde éste último se siente ausente.

2.- Ir más allá de las “cuotas” como garantía de trabajo de género, hay que hacer énfasis en el cambio de actitud, y el tipo de relaciones de poder, sobre todo cuando existen relaciones injustas y no equitativas entre hombres y mujeres. Tener presente la necesidad de trabajar y sensibilizar sobre la incorporación del enfoque de género, en todos los contenidos de trabajo. Dirigido al cambio de actitud que incluya además de las mujeres a los hombres.

3.- Mejorar la comunicación, seguimiento y dependencia financiera, lo que pone en amenaza los proyectos nuevos, debido a la desunión entre pastorales. Es importante hacer el esfuerzo de coordinación sobre la base del accionar de las pastorales, sin que signifique una carga burocrática de funcionamiento.

4.- Falta un análisis claro del costo/beneficio de todo el accionar del PIS. Donde se percibe con más claridad es en las estadísticas de patologías y mortalidad que se llevan en conjunto con el Ministerio de Salud.

5.- Superar el vacío de los resultados del accionar del PIS, sobre condicionantes de la salud integral como; cambios obtenidos en actitudes, practicas, y condiciones de vida (agua de consumo humano, letrinas, alimentación, educación, planificación familiar, y ahora las ITS/VIH y Sida, etc).

6.- Es necesario rescatar las líneas de base, así como los presupuestos invertidos, para el análisis costo/beneficio, sobre todo para rescatar el valor financiero que representa el trabajo voluntario de las comunidades.

7.- Se deben realizar investigaciones rápidas periódicas para medir el impacto de las diferentes estrategias.

8.- Se debe tener presente la honestidad en los recursos humanos que tiene bajo su responsabilidad la administración financiera y/o de recursos materiales, pero sobre todo, se deben establecer mecanismos formales internos de funcionamiento y control.

9.- Se debe dar seguimiento a los fondos comunitarios para asegurar el uso transparente y con participación amplia de la comunidad.

10.- De manera particular hace falta un mayor control sobre los fondos de botiquines.

11.- Mejorar el desarrollo de los espacios de participación en la toma de decisiones para los/as Agentes Comunitarios.

12.- Se deben fortalecer las estructuras organizativas a nivel comunitario y en la red de agentes comunitarios para que presenten propuestas de soluciones a sus necesidades.

13.- Se debe ampliar la capacidad técnica del grupo de coordinadores de reparto para que den seguimiento y asesoría técnica a los demás agentes comunitarios sobre el manejo y control de recursos.

14.- Incluir en el trabajo con el sector joven, el tema de la prevención del tráfico y consumo de drogas, tomando en cuenta que Waslala desde hace años, es reconocido como un municipio productor y comercializador de la marihuana.

15.- Seguir tomando en cuenta el contexto político, económico y social de la zona, para adecuar las estrategias que contribuyan a la consolidación de la conciencia comunitaria y ciudadana crítica al margen de la cultura de la violencia, el revanchismo y la corrupción.

16.- Aprovechar este trabajo de sistematización con objetivos de tesis de maestría, para hacer una edición y publicación como garantía de rescate y reconocimiento al trabajo realizado por todas las personas involucradas directa e indirectamente en el Programa Integral en Salud de Waslala.

17.- Sistematizar la parte administrativa-financiera del PIS, visibilizando el origen de los fondos, valorizando el trabajo como contraparte, que incluya el valor del trabajo voluntario, y así tener con claridad la relación costos/beneficios

XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Colectivo de Mujeres de Matagalpa. Mayo 2005. Análisis de las Muertes Maternas SILAIS Matagalpa 2004.
- Colectivo de Mujeres de Matagalpa. Mayo 2009. Análisis de Muertes Maternas SILAIS Matagalpa 2008.
- Enciclopedia Nicaragua Educa, MINED. Waslala –Fuente Internet
- Ficha Municipal de Waslala. Managua, Nicaragua. 10 de noviembre de 1996. Internet .
- <http://www.manfut.org/RAAN/waslala.html>
- <http://www.cis.nctu.edu.tw/~is88067/waslala/parroq.html>
- http://www.psicocentro.com/cgr-binarticulo_s.asp?texto=art47001
- Ghiso, Alfredo Ponencia. Medellín, Agosto. 1998. “De la práctica singular al diálogo con lo plural: Aproximaciones a otros tránsitos y sentidos de la Sistematización en épocas de globalización.
- Martinic Sergio. Agosto, Medellín 1998. El objeto de la Sistematización y sus Relaciones con la Evaluación y la Investigación..
- Ministerio de Salud. Managua, 28 de Octubre 1993. Política Nacional de Salud,
- Orlando Valenzuela. Fuente Internet. “Waslala tierra lejana y hospitalaria.
- Osorio Vargas, Jorge. Medellín. Agosto 1998. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja, CEPA Cruzar la orilla: Debates Emergentes sobre los profesionales de la acción social y educativa.
- Organización Panamericana de la Salud. Managua 2008. La Salud es un Derecho Humano.
- Programa Integral en Salud. 2004-2009. Documentos varios (133)³⁴
- Realidad Nacional – Reflexiones sobre la realidad de Waslala. Internet
- Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN). 1996. El Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte.
- Vicariato Apostólico de Bluefields, Parroquia La Inmaculada Waslala. Fuente Internet

³⁴ Ver cuadro detallado en Anexos.

XII.- ANEXOS

1.- Siglas Utilizadas

2.- Entrevistas

3.- Algunas Coordinaciones Interinstitucionales del PIS

4.- Documentos del PIS revisados en impresos y en versión electrónica. (Total 133)

5.- Mapa de Waslala y sus 88 Comunidades

6.- Fotos del Programa Integral en Salud

1.- Siglas Utilizadas

ACAWAS: Asociación Campesina de Waslala

AIN: Atención Integral a la Niñez

ADP: Asociación para el Desarrollo de los Pueblos

APROMUWAS: Asociación de la Promoción de las Mujeres de Waslala

BMM: Brigadas Médicas Móviles.

BUS: Brigadistas Únicos de Salud

CECALLI: (Familia en Náhuatl) Fundación de Promotores de Salud Comunitaria

CEE: Comunidad Económica Europea

CEPA: Centro de Educación Promocional Agraria.

CIES: Centro de Investigación y Estudios de la Salud

CODIAL: Comisión Diocesana de Asesoría Legal

CPN: Control Pre Natal

CPV: Consejería con Prueba Voluntaria

CRS: Catholic Relief Services

EDA: Enfermedad Diarreica Aguda.

FSLN: Frente Sandinista de Liberación Nacional.

INATEC: Instituto Nacional Tecnológico

INAWAS: Instituto Agropecuario de Waslala

INIDE: Instituto Nacional de Información de Desarrollo

IRA: Infección Respiratoria Aguda

IVU: Infección de Vías Urinarias

MECD: Ministerio de Educación Cultura y Deportes

MINED: Ministerio de Educación

MINSA: Ministerio de Salud

MLAL: Movimiento Laico para América Latina

MSH: Management Science for Health

ONGs: Organizaciones No Gubernamentales

OED: Cooperación Austriaca para el Desarrollo

PAININ: Programa de Atención Integral a la Niñez Nicaragüense

PIS: Programa Integral en Salud

PLC: Partido Liberal Constitucionalista

RAAN: Región Autónoma del Atlántico Norte

RPS: Revolución Popular Sandinista

SILAIS: Sistemas Locales de Atención Integral en Salud

Sida: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SODIS: Solar Disinfection (Desinfección Solar)

UNO: Unión Nacional de Opositores.

USAID: Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

VSM: Venta Social de Medicamentos

2.- Entrevistas

Ileana Castro Montenegro, 25 años, Promotora de Salud, originaria de Waslala, soltera, no tiene hijos/as, llegó hasta 5to. grado.

Desde que ganó Dña. Violeta me prohibieron el estudio porque padezco de epilepsia y estoy en tratamiento.

Trabajo con un grupo de mujeres discapacitadas, por mi condición de epiléptica.

Solidez de Managua apoya al grupo de Mujeres discapacitadas.

Yo no me doy cuenta cuando me van a dar los ataques.

Con la parroquia tengo 3 años de trabajar, en el programa de salud cada mes visito a las mujeres embarazadas para darles charlas, hablarle de la lactancia materna, se les acompaña al hospital para quitarles el miedo.

Hacemos censos poblacionales con sus croquis para saber cuántas embarazadas, niños/as, etc. existen. Se coordina el trabajo con el MINSA.

Hay mucha gente que no participa porque les da pena o no las dejan sus maridos y están marginadas.

El trabajo es voluntario no hay ayuda de ningún gobierno, las que tenemos problemas de salud, nos mandan a Matagalpa y no hay medicamentos, porque a

mi me lo da el MINSA cuando hay. (Epamin, carmadiasepin, fernovital)

También estoy con las “Venancias” y la casa de promoción de la mujer.

Me han ayudado a como defender mis derechos, ahora la gente me toma en cuenta.

Esto me ha ayudado a apartar de mi mente las ganas de matarme.

Sandra Mairena. 20 años, lideresa de Salud, originaria de “Boca de Piedra”, a dos horas de Waslala, soltera, sin hijos, mi mamá tuvo su primer hijo a los 21 años, estudio II año de secundaria por encuentro en Waslala.

Tengo 2 ½ años de estar en la pastoral de salud, soy líder de salud y coordinadora del reparto 1.

Doy charlas sobre limpieza e higiene, visito las casas, visito a los enfermos, programo vacunaciones con el MINSA de mi comunidad.

Yo me integré al trabajo en salud porque mi mamá era líder, pero está muy enferma y en la parroquia le dijeron que mandara a una de sus hijas, y a mi era a la que más le gustaba el trabajo de la pastoral.

Coordino el reparto No. 1 con todos los líderes y promotores.

En el trabajo coordino con el MINSA, Libertad en salud que le revisan los dientes a los niños/as.

Los principales problemas de salud en la comunidad son las respiratorias.

Como logro, la gente se ha educado más en cuanto a higiene y limpieza.

Están más organizados para construir letrinas.

Hay un grupo organizado que se encarga de sacar a los enfermos hacia el P/S de Zinica a pie porque allí no entran vehículos (a una hora del P/S).

En mi comunidad hay jóvenes que consumen la marihuana, no la producen.

La policía ha llegado y los ha echado presos.

Hay una cantina, pero casi no beben, es más la marihuana.

El trabajo del programa me gusta y pienso seguir.

A pesar que en otras comunidades son más los adultos mayores los que participan, en mi comunidad hay muchos jóvenes en la pastoral de salud.

En mi comunidad es la religión católica la que predomina.

Nunca hemos tenido muerte materna.

Como experiencia bonita, nos han llevado a intercambio a la Dalia y nos han capacitado bastante.

Sótero Rodríguez, 31 años, casado 1 hija de 11 años, no pudieron tener más por problemas de ETS, (La Sra. La tuvo a los 27 años), promotor de salud, originario de "Vallas Central", hizo hasta 2do. Grado.

Tengo 8 años de estar en la pastoral de salud, en mi comunidad doy consultas a la gente que la busca, se gestionan las vacunas, también se está trabajando en la crianza de peces y un banco de granos.

Más que todo yo hice la gestión y se trabaja con una directiva.

También se hacen charlas de prevención de Enfermedades y Medio Ambiente. Participar en el programa me ha servido porque manejo algunos equipos para dar consulta, como el tensiómetro, estetoscopio, termómetro, también materiales para atender a niños/as en el programa de desarrollo de la niñez, en medida, talla y peso.

Los hombres casi no buscan ayuda en salud, es más las mujeres y niños/as.

La gente opina que el programa ha dado mucho para el desarrollo de la comunidad.

Otro trabajo que se realizó con 24 familias en la comunidad es el de SODI (purificación de agua con el Sol).

Se coordina trabajo con el delegado y auxiliar de alcalde, con la directora de salud comunitaria. No existe Puesto de Salud cerca, el MINSA sólo entra a hacer trabajos puntuales como: vacunación, CPN, lo que existe es una casa base de salud.

El puesto más cercano es el hospital de Waslala a 4 horas de camino a pie. Cuando se quiere sacar un enfermo, no se cuenta con medios de transporte.

En la comunidad no hemos tenido casos de muerte materna.

La ayuda que he recibido de la pastoral es la capacitación que me ha servido a nivel personal y para la comunidad.

La participación en mi pastoral de salud es mayoritariamente de hombres.

Los principales problemas de salud de mi comunidad es la anemia, diarreas, respiratorias, malaria y dengue también.

En mi comunidad se consume mucho la marihuana, hay una familia que la cultiva y estos la venden. (Jóvenes entre 15-25 años) estos no trabajan, hasta el momento no han causado daños físicos a la comunidad.

La pastoral siempre ha apoyado las necesidades solicitadas.

Jesús García, 34 años, casado 7 hijos/as de 14 a 1 año, por problemas de ETS, (La Sra. La tuvo a los 27 años), Líder de salud, originario de "Kurasma Los Olivos", inició estudiando en la alfabetización y concluí mi 6to. grado, pertenece a la iglesia evangélica.

Tengo 6 años de haber entrado a la pastoral de salud, entré por una necesidad que se dio en mi comunidad por un brote de cólera, el Dr. Silva del MINSA me buscó para que llevara el cloro a la comunidad y así entré a la pastoral de salud y por un muchacho que me recomendó que entrara.

Como líder hago promoción en salud, doy consultas tengo un botiquín, también trabajo en miniproyectos de cosechas e imparto mini talleres a la comunidad.

Como logro, la gente ha cambiado los hábitos de vivir, tales como clorar el agua, construcción de letrinas, cultivo de plantas naturales, la gente llega más a los Puestos de Salud. El P/S más cercano es el de "Kubalí Central" a 3½ horas (sólo se puede a pie) y el Centro de Salud de Waslala a 8 horas.

La mayor dificultad como líder es mi estado económico.

Trabajo en la agricultura, siembro maíz y frijoles para vender y consumir.

Estar en el PIS ha significado un gran cambio en mi vida, porque he adquirido muchísimos conocimientos de como educar a la gente en salud. Poder conocer los medicamentos y saber prevenir las enfermedades, también alcances técnicos; como preparar medicina natural.

En el trabajo yo coordino con el pastor, el auxiliar del alcalde, el promotor de medicina natural, con la partera y con el MINSA.

El P/S más cercano está a 3 horas a pie.

Entre los principales problemas de salud están las neumonías, problemas de la piel, la malaria, conjuntivitis, la gripe.

La gente es analfabeta en su mayoría y cuesta transmitir los conocimientos y que la gente cambie.

Hay muchos problemas en cuanto a las drogas, la gente compra la marihuana para consumirla, ellos la retiran de "Las nubes del Mancer" . 1lb. Cuesta como C\$500.00 córdobas. Trabajan para ganar y comprar ese vicio. Esto ya tiene como 8 años.

Las mujeres y los niños/as son los/as que más buscan ayuda en salud en la comunidad. Yo creo que es porque la mayoría de los hombres son jóvenes.

Los líderes de salud de la comunidad son menores de 20 años, sólo hay uno como de 70 años.

Aquí no han existido casos de mortalidad materna.

Pedro Antonio Rodríguez Gadea, 35 años, acompañado tiene 4 hijos/as (3 mujeres y 1 varón).

Antes de trabajar en el PIS era trabajador del MINSA en rayos X, el equipo se arruinó, y realizaba trabajo empírico de auxiliar de enfermería en actividades de vacunación, brigadas médicas móviles, también se desempeñaba como conductor dentro del MINSA y trabajé en farmacia.

En este período me buscaron de parte de la iglesia, el padre Nelson me buscó como conductor por un año, por lo que renuncié al MINSA.

Después de este año el PIS me contrata para llevar la parte estadística del programa, recibí capacitación y formación, un año después terminé la secundaria y actualmente estoy en III años de enfermería profesional.

Me siento contento por el apoyo de parte del PIS y su coordinación. También mi decisión de estudiar enfermería, es por las necesidades de la gente más sufrida sin acceso a los servicios de salud.

Trabaja el PIS desde 1998, inició su trabajo como conductor, luego trabajando en las estadísticas y el 2001 inicia la responsabilidad de capacitación a líderes.

Actualmente se trabaja con 88 líderes en 82 comunidades de Waslala, el trabajo se realiza por niveles 1, 2 y 3 .

1: Son los/as principiantes que están en las primeras capacitaciones y se aborda todo lo que es prevención en salud.

2: Son los que reciben más capacitaciones no solo en prevención, sino en la promoción en salud.

3: Son los/as que están capacitados en los tres niveles que incluyen la prevención, la promoción y la atención que brindan utilizando los botiquines, cabe señalar que los otros niveles no utilizan botiquines.

En los tres niveles se abordan contenidos básicos de organización.

El PIS en Waslala les capacita dos veces al año, también reciben minitalleres en sus comunidades, con la participación de las directivas comunitarias.

Se les brinda apoyo con la entrega de materiales tales como cuadernos, mochilas, lápices, capotes, botas, hamacas, toallas y gorras

Una vez capacitados realizan sus actividades de salud en sus respectivas comunidades; charlas, visitas a enfermos/as, referencias de pacientes al MINSA, actualización del Censo, el perfil comunitario, promocionan la construcción de letrinas. Otras actividades que realizan junto a la directiva comunitaria es el traslado de enfermos/as, visitas a la mujer embarazada, promoción del uso del agua SODIS, coordinación de actividades con otras pastorales de la iglesia ; La de Educación, ACAWAS de producción y otras instituciones con presencia como el MINSA, MECD y Alcaldía.

Se reúnen una vez al mes con sus directivas de salud comunitaria, formada el 50% de varones y 50% de mujeres como meta, en algunas comunidades no se ha logrado, hay comunidades donde la mayoría son hombres, antes sólo eran hombres, gradualmente desde hace unos dos años se ha venido incrementando la integración de las mujeres.

El seguimiento se hace con las visitas directas, existe una hoja de actividades que ellos llevan al PIS en Waslala mensual, bimensual o trimestral.

Otra forma que los/as líderes/as utilizan para hacer llegar la información de sus planes y actividades realizadas es dejándola en cualquiera de los 5 Puestos de Salud.

También el PIS aprovecha las convocatorias que el MINSA les hace para capacitarles en los Puestos de Salud, para contactarles y brindarles o solicitarle información de las actividades a los/as líderes.

Cuando por razones de dinero y/o transporte no pueden llegar al PIS, entonces el PIS se encarga de recogerlo por la información se retome en los informes trimestrales del PIS.

Existen las Asambleas semestrales 2 veces al año para evaluar las actividades realizadas y planificar el siguiente semestre. (Estas actividades se hacen en coordinación con el MINSA).

En el PIS se trabaja como equipo y de forma integral, los viajes a las comunidades se aprovechan independientes de su responsabilidad, para abarcar los otros contenidos. El cálculo de visitas por Técnico/a al año es de 40 comunidades.

Existen un total de 65 directivas comunitarias, faltando llegar al total de las comunidades de Waslala que son 86

Logros:

Las capacidades que han desarrollado los/as líderes/as para gestionar fuera de sus comunidad.

Por ejemplo ellos/as hacen gestiones con el MECD para conseguir maestros/as para las escuelas de sus comunidades, ya que existe un promedio de una escuela por comunidad, en menor cantidad hay 2 escuelas por comunidad.

También coordinan trabajos con la Alcaldía.

Existe un incremento en la cobertura y uso de las letrinas.

Se han construido casas bases de salud y se ejecutan microproyectos de agua potable, letrificación.

Las coordinaciones para desarrollar el trabajo de salud con el MINSA.

Los/as líderes pueden tomar muestras de gota gruesa para diagnosticar la malaria.

Dificultades:

- La falta de apoyo de otras pastorales.

- Algunas diferencias y/o falta de apoyo de los pastores evangélicos con los/as líderes de salud comunitaria.
- La falta de apoyo de la comunidad hacia los/as líderes/as en algunas comunidades.
- Asumir el compromiso de ser líder se percibe como algo difícil.
- Existe poca participación de las mujeres, de 88 líderes/as, 10 son mujeres.
- Existen comunidades en Siuna, Mulukukú y Bocay que buscan apoyo en el PIS de Waslala.
- El problema de accesibilidad a las comunidades que son muy distantes y en invierno se ponen malos los caminos.

Waslala, 7 de junio del 2005

Entrevista conjunta a los copárrocos de la Iglesia “La Inmaculada” de Waslala.

.Nelson Libano 50 años (25 de sacerdocio) y **Vanderlei Festner** 30 años (6 de sacerdocio), ambos originarios de Sta. Catlina, sur de Brasil.

Nelson llegó a Nicaragua en 1990 (Bocana de Paiwas, Muelle de los Bueyes, Waspam y Waslala) y Vanderlei en el 2004 (Waslala)

Vienen de la Diócesis CHA PECO la cual tiene hermandad con el vicariato de Bluefields.

Nelson: entre las dificultades encontradas para mi es el choque cultural; costumbres formas de vida, la pobreza, la dependencia y la falta de atención del gobierno, el abandono y la falta de comunicación, que al día de hoy es totalmente diferente, ya existen algunos caminos hacia comunidades que antes era sólo a pie.

Nosotros hemos gestionado el teléfono y damos servicios al público. Con la comisión de comunicación de la Unión Europea se logró tener Internet en Waslala, la que invirtió en Waslala prácticamente por el respaldo de la parroquia.

Se tiene programado la venta de servicio domiciliario de Internet.

Como satisfacción tengo a la gente que es muy amable, dispuesta a trabajar y hay muchos/as líderes/as

Nelson: La fe y la esperanza de la gente, uno viviendo con los pobres aprende y va enriqueciendo. Con los pobres he aprendido a enfrentar la muerte con más naturalidad. La respuesta de la gente por una vida mejor; en la producción, la educación, conservación del suelo, salud comunitaria y la disposición de servir. El respeto que tiene la gente pobre entre ellos/as mismos/as, de defenderse y protegerse.

Grupos de la contra revolución y evangélicos se tomaron la parroquia en octubre de 1990, porque la parroquia se identificaba como sandinista y a los extranjeros como comunistas.

En este contexto se fortalece la solidaridad y los Alemanes apoyaron el Programa de Educación.

Había una muchacha N.A Marcia Costello que apoyaba el trabajo de salud (ya estaba Bernarda como líder).

La cooperación y financiamiento garantiza una cierta tranquilidad, aunque se lucha por la autosostenibilidad, pero la pobreza es tan grande que la ayuda da cierta seguridad en la planificación y ejecución de actividades, ahora con más participación de las mujeres.

La influencia de la parroquia en el PIS antes del 97 era fundamental ya que las únicas instancias que entraban en la montaña, era el gusano barrenador y el trabajo de la parroquia con líderes de salud. La parroquia tiene un papel de garantes ante las gestiones del PIS

- En relación a los contenidos que se trabaja a través de las diferentes pastorales, se les preguntó si no habían tenido problemas con la jerarquía de la iglesia católica:

R/ Se ayuda mucho la organización de la comunidad, este es un criterio de selección. No, porque partimos de la Vida y de la realidad y para Jesús y la iglesia este es el centro, además estamos lejos del obispo y el Papa.

Existe coordinación en el trabajo con el MINSA, PAINIM, concejo municipal de desarrollo, casa materna de Matagalpa.

En el trabajo de salud coordinado con el MINSA está bien implementado el sistema de referencia y contrarreferencia.

Logros: La atención de la gente en la montaña donde no llega el MINSA, con la formación de parteras y líderes/as comunitarios.

La disminución de la mortalidad materna, mortalidad infantil, prevención en salud, agua de consumo humano con la técnica SODIS y sistemas de agua potable.

De este trabajo esta surgiendo la pastoral de agua.

Desafío: Buscar la sostenibilidad, ante los problemas de migración por la pobreza.

La Cooperación austriaca (OED), ahora Horizont 3000, le dio un impulso, influyendo en el trabajo más sistemático, la presencia de la solidaridad es clave en Waslala y sobre todo con programas no asistencialistas, con contenidos que influyan en las muertes prevenibles como la parasitosis.

Se está generando en la gente la búsqueda de soluciones.

Waslala está llena de farmacias, pero el PIS lleva los botiquines a la montaña.

El agua es un desafío, se ha invertido en programas de agua con SODIS (desinfección solar del agua para consumo humano) y sistemas de agua potable.

Está surgiendo la pastoral del agua.

Padre Carlos Alberto Pinto da Silva

Mi primera experiencia en Waslala fue en el año 1988, cuando visite Nicaragua en enero. Tuve la oportunidad de llegar hasta Waslala en camión.

Después regresé para trabajar como cura en enero de 1992.

Nuestra vivencia pastoral siempre estuvo envuelta con la perspectiva de la teología de la liberación. Ella contempla la unión entre la vida y la fe de la gente.

Propone una iglesia encarnada en la vida del pueblo y en la búsqueda del Reino de Dios y su justicia. El trabajo pastoral era hecho por un equipo de coordinación y un equipo técnico. La coordinación tenía personas ligadas a la iglesia, como los curas, las hermanas y laicos con alguna formación teológica.

El equipo técnico era formado también por cooperantes extranjeros, algunos sin vivencia religiosa, pero con espíritu humanitario y otros que trabajaban por sus ideales revolucionarias y políticas.

Cuando llegue a Waslala, la contra había secuestrado y asesinado al doctor Martín, el hospital estaba cerrado y semidestruido.

La población necesitaba de atención médica. Decidimos contratar un doctor de Managua. Este vivía en la casa cural porque tenía miedo de estar en otra parte, había un médico que era seminarista y que después se fue, cuando tomo dinero de la parroquia.

Cual era nuestra idea sobre la salud? En la primera gira que hicimos bautizamos a 1500 niños. En la otra vuelta casi la mitad se había muerto por enfermedades ligadas a diarrea, respiración y otros cuidados. Decidimos que era necesario primero vacunar los niños y después bautizarlos. La gente pensaba en bautizar para que los niños fueran al cielo y no se preocupaban en evitar la muerte de los mismos.

El equipo diseñó los proyectos para formar los agentes de salud y arreglar las vacunas. Fue organizada una Casa Base de Salud con algunos programas. Estaba la cuestión de la contra.

Como el sector de salud y de educación del gobierno sandinista tenía muchos cubanos y rusos, ahora los hospitales, médicos, maestros y escuelas los tenían como objetivos militares.

Por eso la parroquia decidió asumir esos sectores de trabajo. Así la escuela, el medico no era del gobierno, era de la iglesia, y por lo tanto no se les miraba como comunistas.

Otros proyectos vinieron después, como la agricultura, el crédito, maquinas, agua potable. Nuestra visión era incidir integralmente en las personas como seres humanos.

La estrategia de acción fue empezar por la producción, aumentar y mejorar la producción, entendiendo que la gente con comida, mejor nutrida, tendrían más salud.

Después tendrían condiciones para estudiar y tomar nueva conciencia para la producción y para su salud y su educación.

Algunos elementos eran transversales: como la promoción de la mujer, la defensa de la naturaleza, el espíritu cristiano de liberación, la propuesta de nueva sociedad revolucionaria.

Algunos proponían la salud en primero lugar, pero venció quienes propusieron la producción, porque cómo tener salud sin tener que comer. También porque muchas cosas venían de fuera y las practicas agrícolas estaban destruyendo la tierra.

El proyecto contemplaba la participación de la gente. La parroquia estaba organizada en Comunidades Eclesiales de Base. Cada una con su concejo y diferentes servicios. Eso facilitó mucho los trabajos porque necesitábamos de gente voluntaria.

Gente que pudiera llegar efectivamente hasta las comunidades más alejadas. Así fue montado el equipo de formadores y capacitadores. También tenían la asesoría de cooperantes externos que venían a ayudar con espíritu voluntario y mucha entrega. Varios se quedaron a vivir en Waslala, otros venían con cierta frecuencia.

La cooperación internacional fue decisiva para desarrollar todos los proyectos incluyendo el de salud.

La iglesia, porque tenía la posibilidad de entrar en la montaña y un cierto nivel de comunicación con la contra, acabó siendo la intermediaria para que el gobierno pudiera implementar algunas de sus actividades.

En el caso de salud con Austria, hasta el nivel de la cooperación multilateral. Como el gobierno no tenía condiciones de actuar, entonces la iglesia lo hacía. Dentro de la doctrina social de la Iglesia, eso se llama principio de subsidiariedad. Después teníamos el plano de pastoral que era hecho cada año en la asamblea parroquial. Asambleas de los repartos y de las comunidades. A partir de ahí teníamos los elementos para hacer el plan técnico de cada área, con sus prioridades, calendario, actividades, presupuestos, etc.

Una asamblea era de programación y otra de evaluación. Cada área también hacía sus asambleas y reuniones. En general el equipo parroquial se reunía una vez al mes.

Una preocupación nuestra, era de no hacer competencia o sustituir al Ministerio de Salud. Queríamos facilitar sus actividades, luchamos mucho por la reforma del hospital, por la ambulancia, en ayudar a los promotores del MINSA, también en muchos casos donde había corrupción, porque los recursos que entregábamos como donación al MINSA, algunas veces terminaban en manos privadas. Casos donde, por ejemplo, la ambulancia no estaba para la gente, pero cargaba chanchos de una finca a otra. Sin contar medicinas que recibíamos de afuera, equipos y hasta comida.

Otro desafío del proyecto de salud fue trabajar con la gente que era más sandinista y los de la contra. Principalmente aquellos que fueron paramilitares con entrenamiento médico por la contra.

Partimos del principio que la salud no tiene partido y que el proyecto de salud era basado sobre la fe y el testimonio de Jesús, que curaba a las personas de sus enfermedades. Sin embargo, siempre había esa sospecha que la parroquia era sandinista.

Nunca hicimos conscientemente discriminación de las personas que estaban en el proyecto. Algunos del equipo eran declaradamente antisandinistas.

También había espíritu ecuménico, el proyecto no era exclusivamente religioso católico., tampoco tenía intención proselitista. Algunos líderes evangélicos eran mejores que los católicos. Pero, la mentalidad fundamentalista de varias sectas de la zona impedía un mejor trabajo.

Muchas consideraban las enfermedades como voluntad de Dios, y que solamente Dios podía curar a las personas con el poder de sus manos.

A la gente le bastaba tener fe, si se curaba era milagro, si moría era porque no tenía mucha fe. Un fatalismo y fanatismo terrible.

Con el dengue esta concepción fue un gran problema reflejado en las velas de los muertos. Fue precisa la muerte de un pastor en una comunidad, para cambiar esta idea de la gente.

Con el tiempo fuimos incluyendo otros temas en la parte de salud. Como la medicina natural, otras formas de salud, la prevención con las letrinas y el agua potable, alimentación más saludable, promoción de la mujer.

Ahora viene el bonito trabajo de las parteras. Cuando nacía una niña ellas cobraban menos que cuando era un niño. Otra idea que había era de que salud se relacionaba con medicina y médico. Otra, que cuando tenemos salud no necesitamos de medicinas o de médicos. La gente quería botiquines y algunos creían que las medicinas eran como comida. No debíamos de preocuparnos por la salud, sólo cuando estábamos enfermos. Porque ahí ya no podríamos hacer nada, solo reclamar.

La salud también no era un elemento aislado en la vida social. Tenía que ser encarado dentro de todo un contexto. Me gustaban siempre las consignas que teníamos para nuestros trabajos y para motivar las personas. La mejor tal vez era “Entre pobres y campesinos, buscamos el camino”. Eso resume mucho de lo que hacíamos en Waslala.

Me siento muy feliz de haber participado de esa lucha del pueblo, del sueño de tantas personas y también porque estoy seguro de que hemos salvado la vida de muchísimas personas.

A todos los brigadistas mi respeto y consideración. Hicimos como Jesús Cristo, mirando al pueblo con compasión y misericordia, intentamos hacer ese mundo mejor y garantizar el gran don de Dios, que es la salud para todas las personas.

Abaetetuba, 20 de Noviembre de 2005

Brasil.

3.- Algunas Coordinaciones Interinstitucionales del PIS

Actores Locales

APROMUWAS: Establecer un proceso de comunicación, para mejorar la organización y reducir conflictos a nivel Comunitario y mejorar las relaciones ínter pastorales.

EDUCACIÓN: Capacitar a los maestros de las diferentes centros escolar con temas de la promoción en salud a través de (huertos escolares, labores manuales). Promoviendo así la salud Integral a la niñez.

ACAWAS: Coordinar acciones conjuntas, para la capacitación integrada a los agentes comunitarios y así mejorar los niveles de capacidad técnica de los A. C. En agricultura y la bio-diversificación de los productos alimenticios.

EVANGELIZACION:
Fortalecer la confianza a través de la comunicación y colaboración en actividades.

CODIAL Coordinar acciones de capacitación, sobre el código de la niñez, al Equipo y agentes comunitarios y la defensa de los derechos humanos en cuanto a salud se refiere.

PASTORALES SOCIALES:
Promover grupos culturales con los jóvenes con mensajes alusivos a la salud de las mujeres, niños y adolescentes.

MECD- MINED	Fortalecer la comunicación y coordinación, para la capacitación a los maestros/as de los diferentes centros escolares.
ADDAC	Como ACAWAS (Diversificación cultivo) formar relación recíproca.
CASA MATERNA	Coordinación, Colaboración y Comunicación.
ALCALDÍA WASLALA	Establecer relaciones con la Alcaldía, para mejorar la coordinación a nivel Comunitario.

Actores Externos y de Cooperación

OED ahora Horizont 3000	Relaciones de Cooperación y colaboración procurando más acercamiento.
CARITAS NACIONAL	Trabajar 3 años en base a sus políticas de cooperación y mantener actualizada la Información acerca de las mismas (Fase Reconstrucción a Fase Desarrollo) Fortalecer coordinación y cooperación para alcanzar más flexibilidad
PROSALUD MSH CARE	Fortalecer la organización y canalizar recursos para la Comunidad Cooperación para intercambio

FONMAT Fortalecer el Equipo técnico Organizar el financiamiento y comunicación, Fortalecer la Red Comunitaria en Waslala y mejorarla en Rancho Grande

PRRAC UE Fortalecer Red Comunitaria

USAID Trabajar en el ámbito materno infantil

Asociación Italia –

Nicaragua Con fondos

de la Provincia

de Trento, Italia

Para el reforzamiento del Trabajo comunitario en Salud

4.- Documentos del PIS revisados en impresos y en versión electrónica. (Total 133)

No	Título o contenido (impreso)	Año
	Informes	
1	Informe de Proyecto	I semestre 1994
2	Informe de Proyecto PIS	Diciembre 1994
3	Informe Técnico Primer corte – Sitio Centinela PIS	Octubre 1995
4	Informe de Mortalidad Neonatal	1996
5	Informe Trimestral PIS	Enero-Marzo 1997
6	Informe Trimestral del PIS	Octubre-Diciembre 1997
7	Informe Técnico PIS	Julio 97 – junio 98
8	Informe de Proyecto de Salud	Junio 1999
	Planes	
1	Plan y Evaluación de Taller a Parteras	Feb – Marzo 1994
2	Plan de Actividades PIS/esquema P/ Evaluarlo	Diciembre 1995
3	Protocolo de actividades a realizarse en las comunidades.	Enero-Diciembre 1995
4	Plan de Trabajo PIS	Marzo 1996
5	Plan Anual PIS	1996
6	Plan Operativo	1996
7	Plan de disminución Muerte Materna	Agosto 1998
8	Plan de Trabajo Materno Infantil	Mayo ¿?
9	POA Anual Materno Infantil	Julio 98 –junio 99
10	Diseño Metodológico taller a parteras	Febrero 1999
11	“ “ a parteras – nivel 2	Marzo 1999
	Boletines, Fichas, Material de Capacitación y Otros.	
1	El Camino, Boletín Informativo del PIS	Sep 1999
2	El Camino, “ “ “	Diciembre 1999
3	El Camino; “ “ “	Marzo 2000
4	Material de Capacitación: Organización, Desarrollo	¿?

	y Directivas Comunitario. PIS	
5	2 fichas de supervisión a parteras	Feb 95 – Marzo 97
6	Formato de fallecidos x grupo etéreo EDA y ERA reportados en un año	Julio 97 – junio 98
7	Formato de Ev. Individual a líderes	¿?
8	Reglamento Interno PIS	¿?
9	Propuesta de publicación síntesis de la experiencia del Programa Integral de Salud PIS	1980-2000
10	Misión, Visión, Presentación	¿?
11	Documento PIS – Parroquia La Inmaculada	¿?
12	Propuesta de proyecto – PIS	Junio 1999
13	Informe de avance de apoyo técnico - PIS	Marzo 2000
14	Informe técnico, 7mo. Trimestre, 4ta. Fase PIS P/ OED.	Marzo 2001
15	Plan de promoción comunitaria en Waslala y Rancho Grande. (FONMAT)	Marzo 2001.
16	Informe Técnico Anual, 4ta. Fase PIS	Jul 2000- Oct 2002
17	SODIS una buena elección No. 5	Diciembre 2002
18	Ficha sobre tecnología SODIS para entrevista a Jefes de Familia en 8 comunidades de Waslala	¿?
19	Convenio MINSA – PIS Waslala	Enero 1996
20	Convenio Fundación CECALLI – PIS	Noviembre 1996
21	Hoja de seguimiento a la mujer embarazada en el parto y puerperio	¿?
22	Reporte de fallecidos	
23	Hoja de elaboración de plan de vida	
24	Tríptico sobre el PIS- Waslala	
25	6 fotos de trabajos representativos de capacitaciones.	¿?
26	Cantos Misioneros	2003
	EVALUACIONES	

1	Consolidado de Ev. Individual a Líderes Nivel I y II	Agosto 1993
2	Evaluación de actividades del área de capacitación de parteras.	1995
	INFORMES VERSIÓN ELECTRONICA	Año – Disco #2
1	Reunión Medicina Natural	Septiembre 1999
2	Memoria Asamblea de Salud	Junio 2000
3	Manual administrativo PIS	Septiembre 2000
4	Breve Descripción del PIS/Sostenibilidad	Noviembre 2000
5	Comentarios PIS	Feb. 2001 – Disco #1
6	Taller a equipo técnico s/género	¿?
7	Informe Técnico Evaluativo- Acción Integral a la niñez.	Sep. 2001
8	ITE-Sobre supervisión y organización comunitaria	Septiembre 2001
9	ITE – sobre taller Importancia de ser joven	Septiembre 2001
10	ITE-sobre taller de género, violencia intrafamiliar, ley 230.	Mayo 2001
11	ITE- Taller a ministros y principiantes sobre hechos de los apóstoles.	Junio 2001
12	ITE- Sobre celebración del día de los niños.	Junio 2001
13	Memoria Asamblea General	Junio 2001
14	X Asamblea de promotores de salud	Febrero 2002
15	ITE-sobre atención integral a la niñez con participación comunitaria	Mayo 2002
16	ITE- Asamblea evaluativo	Junio 2002
17	ITE-Sobre estructuras sociales y Dx comunitario	Septiembre 2002
18	ITE- sobre taller generando proyectos: profundización, evaluación y diseño con género.	Septiembre 2002
19	Esquema vacío sobre estos Informes (visita escolar)	
20	Fotos comunitarias	2001/2002
21	PIS Logros/Desafíos	L 2002/D 2003

22	Intento de Cuentos...	¿?
23	Emblema PIS	¿?
24	Emblema SODIS	¿?
25	Lista de comunidades con huertos nutricionales	Feb 2003
26	Resumen Informativo del proceso de Desarrollo de la pastoral de Salud.	¿?
27	Proyecto PIS	Junio 1999 - Disco # 3
28	Proyecto presentado a horizonte 3000	Marzo 2001 - #3
29	Proyecto presentado a Caritas	Mayo 2000 - #3
30	Propuesta para SODIS	Junio 2003 - #3
31	Cronograma de Trabajo SODIS	2002 - #3
32	Organigrama parroquia Inmaculada de Waslala y Organigrama del PIS	¿?
33	Propuesta de Mejoramiento del agua de consumo en 8 comunidades	Feb. 2002 - #3
34	Informe Técnico Primer Trimestre, 4ta. Fase PIS – P/OED	Oct. 1999 – Disco #5
35	I.T. 2do. Trimestre, 4ta. Fase PIS – P/OED	Enero 2000 - #5
36	I.T. 3er. Trimestre, 4ta. Fase P/OED	Abril 2000 - #5
37	I.T. 4to. Trimestre. Cuarta Fase	Julio 2000
38	I.T. 5to. Trimestre, 4ta. Fase. P/OED	Octubre 2000 - #5
39	I.T. 6to. Trimestre, 4ta. Fase P/OED	Diciembre 2000 - #5
40	I.T. 3er. Trimestre, 3ra. Fase P/OED	Abril 1999 - #5
41	I.T. 7mo. Trimestre, 4ta.fase, PIS	Marzo 2001 – Disco #4
42	I.T 8vo. Trimestre, 4ta. Fase. PIS	Junio 2001 - #4
43	I.T. 9no. Trimestre, 4ta. Fase.	Sept 2001 - #4
44	Informe 1er. Trimestre, 5ta. Fase	Diciembre 2001 - #4
45	I.T. 2do. Trimestre, 5ta. Fase	Enero-Marzo 2002 - #4
46	I.T. 3er. Trimestre, 5ta. Fase	Junio 2002 - #4
47	I.T. 4to. Trimestre, 5ta. Fase. PIS	Octubre 2002 - #4
48	Informe Técnico, 5to. Trimestre, 5ta. Fase.	Diciembre 2002 - #4

49	Informe Técnico, 6to. Trimestre, 5ta. Fase PIS	Marzo 2003 - #4
50	Inf. Téc. 7mo. Trimestre 5ta. Fase PIS-Waslala	Abril-junio 2003
51	Inf. Téc 8vo. Trimestre. 5ta. Fase PIS-Waslala	Julio-Sept. 2003
52	Inf. Téc. 9no. Trimestre 5ta. Fase PIS-Waslala	Oct-dic 2003.
53	Informe evaluativo 5ta. Fase PIS Waslala	Enero 2002-dic. 2003
54	Inf. tec. Proyecto piloto: Mejoramiento de las aguas de consumo humano en 8 com. rurales	Marzo-dic. 2002
55	Informe Narrativo Anual SODIS	Diciembre 2003
56	Coordinaciones PIS	
57	Historia del PIS	
58	Síntesis PIS	
59	Informe Técnico 1er. Trimestre 5ta. Fase	Enero-marzo 2004
60	Informe Anual 2008: Proyecto S-08-212 Programa de Atención en VIH/Sida Para La Población De La Costa Caribe Nicaragüense.	Diciembre 2008
61	Informe Final PROYECTO No. S – 05 – 401 “Fortalecimiento del Modelo de Salud Autónomo en la Región Autónoma de del Atlántico Norte y Atención al VIH-Sida en las dos Regiones del Atlántico (R.A.A.N Y R.A.A.S)” Componente Waslala, RAAN	2005-2008
62	Proyecto PNUD/NIC 10-00048552 “Respuesta acelerada al VIH/Sida en Nicaragua” Reducción de la Vulnerabilidad y la Transmisión Vertical del VIH/SIDA en la Mujer Embarazada del Municipio de Waslala, RAAN.	Enero 2007-Noviembre 2008
63	Informe Semestral Enero a Junio 2009 Proyecto S-08-212: Programa de Atención en VIH/Sida	Enero-junio 2009

	para La Población de La Costa Caribe Nicaragüense	
	Sub-área Materno-Infantil Excel	Año
1	Microproyectos x comunidad	
2	Movilidad	95-2003
3	Mortalidad Infantil	95-2003
4	Mortalidad Materna	95-2003
	ESTUDIOS Y TRABAJOS	Año
1	Plan de capacitación – agentes comunitarios	
2	Análisis Estructural	2000
3	Caracterización de las organizaciones comunitarias de Yaro.	2000
4	Caracterización organizativa Yaró	
5	La coyuntura Nac. Y de Waslala	2002
6	Estudio de percepción-org. Comunitaria	2000
7	Un Dx comunitario en Sn. Martín Las Vallas	2000
8	Estudio de Percepción (fortaleciendo la org. Comunitaria en las comunidades rurales de Waslala.	2000
9	Informe-Investigación Cualitativa de las actividades del PIS	2003
10	Evaluación Cualitativa 5ta. Fase PIS	2002-2003
11	Análisis de la familia, Sn. Martín Las Vallas	2000
12	Buscando Unidad: Un análisis organizativo Sn. Martín Las Vallas	2000
13	Proyecto Educativo-Promoción y uso de la Medicina Natural	2000
14	Gerencia- Estrategias y Redes	2000
15	Historia de Vida	Nov. 2002
16	Mapa Waslala	

17	Muerte Materna Waslala (monografía)	1999
18	Evaluación del proyecto mejoramiento del agua en 8 comunidades	Oct. 2002
19	Mortalidad Materna Estrategia de reducción.	2000-2001

