



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA DE NICARAGUA**



**INFORME FINAL DE TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRO EN  
EPIDEMIOLOGIA**

**IMPLEMENTACIÓN DE UNA RED DE BOTIQUINES COMUNITARIOS.  
SAN FRANCISCO DE KUKRARIVER. MUNICIPIO DE BLUEFIELDS RAAS.  
NICARAGUA 1998 - 2002.**

**AUTOR:** Nelson Orlando Guillén Machado, Md.

**TUTORA:** Alma Lila Pastora Zeuli, Msc.  
Docente Investigadora CIES.

Managua, Diciembre del 2003

**I N D I C E**

Dedicatoria ..... i  
Agradecimiento ..... ii  
Resumen ..... iii

**CONTENIDO**

**I. INTRODUCCIÓN ..... 3**

**II. ANTECEDENTES ..... 5**

**III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... 9**

**IV. OBJETIVOS ..... 10**

**V. MARCO DE REFERENCIA ..... 11**

**VI. DISEÑO METODOLOGICO ..... 42**

**VII. RESULTADOS ..... 50**

**VIII. REFLEXIÓN DE LA EXPERIENCIA ..... 69**

**IX. LECCIONES POR APRENDER ..... 82**

**X. CONCLUSIONES ..... 86**

**XI. CONSIDERACIONES FINALES ..... 87**

**XII. RECOMENDACIONES ..... 88**

**XIII. BIBLIOGRAFÍA ..... 89**

**ANEXOS**

**Mapa de Nicaragua**

**Fotos**

**Ejes de Reflexión**

**Lista de documentos recopilados con información complementaria**

**Matriz 1**

**Matriz 2**

**Matriz 3**

**Matriz 4**

**Matriz 5**

## DEDICATORIA

### **A Dios:**

Por haberme brindado fuerzas y entendimiento, para alcanzar los sueños anhelados a pesar de los obstáculos hasta el día de hoy, por la vida que me ha permitido, en la cual he aprendido a valorar y reconocer en los demás la misión noble y humana de esta profesión, que es servir con amor a los más pequeños.

Por tanto doy gracias a quien me ha guiado hasta el camino que condujo a mi esfuerzo y voluntad para alcanzar el triunfo.

### **A mis Padres:**

Por haberme dado todo su apoyo, el amor y sabios consejos en el sagrado deber de un estudiante, hasta culminar mis estudios, con la fe de verme llegar a la meta deseada. Especial reconocimiento a mi Madre, quien ha dado todo su empeño y apoyo incondicional.

### **A mi Esposa e Hijos:**

Por inspirarme cada día al esfuerzo y la constancia de seguir adelante, para alcanzar la meta.

A todos aquellos que se esfuerzan por mejorar las condiciones de salud de las comunidades pobres.

**Nelson Orlando Guillén Machado**

## **AGRADECIMIENTO**

### **A Acción Médica Cristiana:**

Por haberme dado la oportunidad de crecer profesionalmente y ser una escuela de aprendizaje y experiencias que han marcado mi vida a lo largo de estos años al lado de tantos hermanos de la comunidad. A ellos que son los más pequeños, pero entrañables amigos a quienes recuerdo con gratitud y cariño.

### **Al Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud:**

Por brindarnos toda su experiencia, dedicación, acompañamiento científico y humano de calidad, para el desarrollo y feliz culminación de esta Maestría.

### **A mis compañeros:**

Nicaragüenses y Hondureños que me han brindado su amistad, respeto y cariño lo cual he valorado de manera muy especial.

A todas aquellas personas que participaron de una u otra forma en el desarrollo de este trabajo y se interesaron.

A la colaboración y paciencia que tuvieron los docentes, quienes fueron comprensibles y facilitadores en este proceso largo y de momentos difíciles, pero que su apoyo incondicional nos motivó siempre a seguir adelante, en la realización de esta investigación.

## RESUMEN

La presente es una investigación de carácter cualitativo, utilizando la metodología: “Sistematización de Experiencias” en la implementación de una Red de Botiquines Comunitarios, en la zona de San Francisco KukraRiver, Bluefields RAAS durante el período 1998 – 2002.

La metodología “Sistematización de experiencias” permite hacer una reconstrucción histórica de la experiencia vivida, por los principales actores de la misma con una conciencia crítica, para extraer de ella las principales lecciones aprendidas y generar conocimiento, que se van validando a través de la práctica continua.

En la reconstrucción histórica se definieron los momentos significativos de la experiencia, se organizó cronológicamente la información disponible obtenida tanto de fuente primaria como secundaria a través de métodos e instrumentos cualitativos. Para esto fue necesario realizar talleres a nivel local, entrevistas a informantes claves y grupo focal.

En la descripción de la experiencia se utilizó una matriz de ordenamiento y clasificación de la información y conforme los aspectos contemplados en la misma se describen los principales resultados.

El momento de reflexión se hizo de acuerdo a los principales ejes de sistematización, para conocer el contexto, los elementos generadores de participación, las relaciones entre los actores sociales y sus reacciones, y las condiciones que ayudaron a la sostenibilidad.

Las principales conclusiones fueron:

1. El contexto en el cual se implementó la red de botiquines comunitarios se caracterizó por ser una etapa de profundos cambios en la reorganización del estado y la implementación de un marco jurídico estratégico de modernización del sector salud, para adaptar los servicios a las circunstancias, fortalecer la autogestión local y la descentralización.

2. La participación comunitaria se generó a partir del reconocimiento de un contexto de cambios y deterioro de la situación de salud en las zonas rurales por falta de acceso real a los medicamentos. La coherencia de esta situación con el planteamiento de nuevos enfoques y las relaciones de confianza y credibilidad entre AMC y la comunidad facilitaron un ambiente de reflexión y sensibilización, que motivaron a la participación. Así mismo las acciones de seguimiento personalizado a las comunidades fortalecieron el tejido social, la Confianza, el liderazgo y el servicio.
3. Las relaciones de los distintos actores sociales promovieron la integración, la coordinación y la cooperación entre las comunidades, en una actitud de apertura al cambio y facilitadores de los procesos.  
A pesar del contexto político polarizado los actores comunitarios e institucionales interactúan en un escenario de cooperación y coordinación.
4. La formación de los líderes de Salud como agentes voluntarios de la comunidad se desarrolló a través de un proceso participativo en el que también debe aprender a través de su acción directa, implicándose en ella y asumiendo sus propios aciertos, dudas y errores como fuente de aprendizaje. (El aprender haciendo)
5. Se identifica como uno de los principales logros del proyecto el rol del equipo técnico facilitador de los procesos en cada una de las etapas.
6. Se reconoce la capacidad demostrada por el equipo técnico facilitador y la red de líderes de Salud en la superación de dificultades tales como: inaccesibilidad a algunas comunidades en época de invierno, migración, nivel académico, condiciones de pobreza y ambientales.
7. Se identifica como una limitante el vacío jurídico de la Ley 292 al no reglamentar sobre Venta Social de Medicamentos, como una modalidad que tienen las ONGs para garantizar el acceso a medicamentos esenciales.
8. La implementación de los botiquines comunitarios ha sido una estrategia sostenible por su pertinencia, accesibilidad y fortalecimiento del capital social de las comunidades, a través de una Red de Agentes de Salud, el aseguramiento de los instrumentos de apoyo, el abastecimiento y seguimiento continuo, para el desarrollo de habilidades y promoción de valores como la honestidad, el servicio, la confianza, la comunicación y la actitud de aprendizaje.

## **I. INTRODUCCIÓN**

El acceso de la población a los medicamentos esenciales siempre ha sido un problema sentido, en los países pobres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que a nivel mundial un 30% de la población no tiene acceso regular a los medicamentos. En América Latina y Centro América la condición de subdesarrollo y de extrema pobreza, las políticas económicas de ajuste estructural, que plantean reducir el gasto público y la privatización en el país, repercuten negativamente en la cobertura y calidad de la atención en salud, en aquellos grupos de población más desfavorecidos; principalmente los que viven en zonas rurales muy alejadas.

En Nicaragua los precios de los medicamentos son los más altos de Centro América, lo cual contribuye a que los costos de la atención en salud sean elevados. El abastecimiento se encuentra principalmente orientado a garantizar lo mínimo y necesario, siendo más aguda esta situación en los puestos de bajo nivel de resolución y más aún en el sector rural.

En el nuevo contexto del CAFTA (Tratado de libre comercio de los países Centroamericanos con EUA) la posición de Estados Unidos, para patentar por 20 años medicamentos de marca producidos por industrias farmacéuticas poderosas y otros recursos de biodiversidad se convierte en una amenaza que dejaría en desventaja a los países de Centro América, en el tema de accesibilidad real a productos genéricos a un bajo costo. Esto tendría consecuencias negativas a la población en situaciones de interés nacional, como epidemias, terremotos y otros tipos de desastres.

La ley 292<sup>1</sup> reconoce la importancia de ONGs que proveen de medicamentos esenciales a la población por medio de alternativas comunitarias, sin embargo la ley es restrictiva en su aplicación, por la falta de reglamentación específica para este tipo de alternativas. Este vacío jurídico representa el principal tema de interés que los ONGs, el Minsa e instituciones relacionadas y los legisladores deben resolver para garantizar el acceso de los servicios de salud a la población de escasos recursos económicos.

---

<sup>1</sup> Ley 292: Ley de Medicamentos y Farmacia. La Gaceta Edición 103 de 1998.

Según datos de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud de 1998, el 8.5% de la población de Nicaragua no tiene acceso a servicios de salud. Esta situación se manifiesta de manera desigual en las distintas zonas del país; menos del 1% en la zona urbana y casi el 20% en el área rural.<sup>2</sup>

A nivel departamental las coberturas inferiores se registran en la Costa Atlántica y Región Central, con aproximadamente un 15% de pobladores sin acceso. Algunos factores que inciden en la falta de acceso son: distancias largas, transporte y costos, insatisfacción de los servicios de salud y desconocimiento. Aunque estos datos sean oficiales, por la experiencia de trabajo en las zonas rurales la proporción de personas sin acceso a los servicios de salud es mayor del 40%, para la zona del Atlántico.

Acción Médica Cristiana ha abastecido de medicinas esenciales a unidades de salud, brigadas médicas móviles y botiquines de agentes comunitarios, en comunidades de la Costa Atlántica de Nicaragua, incorporando estrategias de trabajo participativo, para el abordaje de los principales problemas de salud. En los años recientes la organización ha comprendido, que el suministro de medicamentos de forma gratuita no es sostenible debido a que los recursos de la cooperación internacional son cada vez más limitados y enfocados a otras áreas del desarrollo.

En este contexto se desarrolló a partir de 1998 - 2002, en la zona de KukraRiver municipio de Bluefields – RAAS una experiencia de farmacia comunitaria y que posteriormente cambió su concepto por el de Venta Social de Medicamentos y red de Botiquines comunitarios, como una estrategia para mejorar el acceso a los medicamentos esenciales, y como una respuesta de las comunidades a sus problemas de salud y el desarrollo, con enfoque de sostenibilidad.

La implementación de esta red de botiquines ha sido, desde entonces una experiencia muy importante para estas comunidades. Por tanto se plantea la necesidad de implementar la metodología: Sistematización de experiencia, para tener una comprensión más profunda y de aprendizaje del proceso vivido, a través de su reconstrucción histórica, la reflexión crítica e interpretación de los hechos relevantes. Así mismo registrar en la memoria institucional las lecciones aprendidas, que permitan retroalimentar los planes de trabajo frente a nuevos desafíos en el funcionamiento de este proyecto.

---

<sup>2</sup> INEC, Nicaragua. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998.

## **II. ANTECEDENTES**

### **Municipio de Bluefields, en la Región Autónoma del Atlántico Sur**

El municipio de Bluefields se localiza en la parte sureste de la RAAS, con una extensión de 4,638 Km<sup>2</sup> cuyos límites territoriales son los siguientes: al norte con el Municipio de Kukra Hill, al sur con los municipios de San Juan del Norte y el Castillo, el este con el Mar Caribe y al oeste con los Municipios de Nueva Guinea y el Rama.

Según la alcaldía, el territorio posee una población de 41,446 habitantes (el 13.52% de la población regional total) de los cuales el 91% viven en el casco urbano de la ciudad de Bluefields y el 9% restante lo hace en el área rural, la cual está constituida por pequeñas comunidades (28 aproximadamente) dispersas ubicadas a lo largo de ríos y pequeños caños.

En los últimos años, la ciudad de Bluefields ha experimentado un crecimiento poblacional relevante producto de diversos factores entre los que se destacan la migración desde los municipios rurales de la región y de otros departamentos colindantes con la RAAS. Este incremento de población en la ciudad se ha generado a partir del Huracán Joan y por la finalización del conflicto bélico en el país a partir de 1990, que motivó a muchas personas a emigrar o que fueron beneficiadas por el proceso de desmovilización de la Resistencia Nicaragüense por medio de la entrega de tierras (Polos de desarrollo) en esta región.

#### **A. Abastecimiento de Medicamentos:**

La mayoría de medicamentos destinados para el municipio son consumidos en el casco urbano, que a la vez es donde se concentra el mayor número de personal de salud y donde se encuentra, en este caso, la mayor cantidad de población del territorio.

Los planes de abastecimiento se hacen para 3 meses de acuerdo a necesidades de las diferentes unidades de salud, que en realidad no son atendidas satisfactoriamente.

En la práctica este abastecimiento dura aproximadamente un mes y la población tiene que buscar otras alternativas para obtenerlos, algunas de ellas basadas en la organización de redes de promotores comunitarios, unidades de servicios, donaciones, uso de plantas medicinales, entre otros.

El fenómeno migratorio, desde las zonas rurales hacia la ciudad motivado por la necesidad de acceso a los servicios básicos es una realidad, que incide en la accesibilidad a los medicamentos. El hecho de que las unidades de salud de las zonas rurales se encuentren desabastecidas, hace que la población no las visite y que se traslade grandes distancias para tratar de acceder a algún medicamento en el centro de salud urbano, éste muchas veces por la gran demanda y el poco abastecimiento, más el uso irracional no consigue aprovisionar al paciente el cual tiene que comprarlo en el sector privado.

### **KukraRiver<sup>3</sup>**

Kukra Rivers es un territorio ubicado al suroeste de la ciudad de Bluefields, a unos 40 kms sobre la carretera a Nueva Guinea y a unas 4 horas en panga sobre el río Kukra, es parte del municipio de Bluefields y tiene como centro de referencia a la comunidad de La Aurora San Francisco, en donde habitan unas 150 familias, apox. 1,300 habitantes. Alrededor de San Francisco existen unas 10 pequeñas comunidades internadas en la montaña con una población mayor a 5,000 personas.

La Aurora San Francisco se caracteriza por ser un polo de desarrollo, creado a partir de 1990 producto de la repatriación de Nicaragüenses procedentes de Costa Rica y que bajo la conducción del ACNUR<sup>4</sup>, el apoyo de la Iglesia Católica y el Gobierno de Nicaragua fue posible su inserción y reasentamiento en esta zona. Estos Nicaragüenses, por motivos de la guerra en la década de los 80, habían permanecido en Costa Rica como refugiados, por 10 años.

#### **A. Situación de Salud:**

La comunidad cuenta con un centro de salud de madera, en condiciones físicas de deterioro. Dicho centro presta servicios de atención primaria en salud dirigidos a la mujer y la niñez principalmente. La mayoría de la población hace uso de los servicios de salud del MINSA.

Los recursos humanos asignados a la unidad son: Médico, Enfermera, Tres auxiliares, un encargado de la farmacia, Afanadora y un panguero.

---

<sup>3</sup> Diagnóstico Comunitario. San Francisco 1998. CEDOC AMC.

<sup>4</sup> Agencia de las Naciones Unidas para la atención de refugiados

Principales indicadores de Salud:

- Mortalidad Infantil: 40 x 1000 n.v
- Principales causas de morbilidad: Diarrea Aguda, Enfermedad Respiratoria Aguda y Piodermitis
- Mortalidad Materna: 0
- Tasa de natalidad: 50.3 x 1000
- Tasa de fecundidad: 219 x 1000 MEF
- Prevalencia de desnutrición en menores de 5 años: 10%
- Cobertura de CCD: 100%, Cobertura de Planificación Familiar: 57%

B. Abastecimiento y Suministros:

El abastecimiento de medicamentos es poco y se realiza cada 3 meses.

Acción Médica Cristiana entrega un complemento de medicamentos para cubrir un 40% las necesidades del puesto de salud.

A nivel de las comunidades:

Existe una red de líderes de salud electos por la comunidad, quienes manejan un botiquín básico de medicamentos esenciales los cuales son entregados de manera gratuita junto con otros materiales educativos y equipos de apoyo, por Acción Médica Cristiana. Esta entrega se realiza cada 3 meses y es complementada con un plan de capacitación sobre las principales enfermedades de la zona.

Generalmente los líderes de salud poseen algunas cualidades como el espíritu de servicio, experiencia, conocimientos generales sobre la situación municipal, saben leer y escribir, entre otros. Entre sus funciones importantes está la atención en salud a la población, en la cual prescriben medicamentos para cubrir las enfermedades más comunes como Diarrea, Malaria, Infecciones parasitarias intestinales y de la piel, Dolores musculares y esqueléticos, Infección urinaria y Anemias.

La demanda de medicamentos por la población es alta, tanto a nivel de los líderes como de la unidad de salud del MINSA y en las pulperías. Sin embargo la cobertura desde la unidad de salud es baja, el aprovisionamiento de medicinas a la población dura apenas de 10 a 20 días. Por tanto existe una situación de inaccesibilidad económica del medicamento por la población de escasos recursos.

### **Algunos estudios realizados y/o experiencias de proyectos en la gestión del medicamento**

Se han realizado algunos estudios en el tema de los medicamentos, en zona rurales de la RAAN. Entre ellos se mencionan los siguientes:

1. Estudio sobre la Problemática de medicamentos, en el municipio de Siuna – RAAN, en Octubre de 1997 realizado por Médicos del Mundo se encontró lo siguiente:<sup>5</sup>

La políticas económicas de ajuste estructural han incidido negativamente a nivel institucional, con la disminución del presupuesto al Minsa y a nivel familiar, con el aumento del gasto familiar en medicamentos en relación al gasto familiar total.

Los hábitos de prescripción es de una manera irracional, siendo del 71% en los prescriptores no médicos. La formación y práctica de los dispensadores es adecuada y su buen desempeño está relacionado con la supervisión periódica y la capacitación.

En cuanto al abastecimiento el 66% de los expendios se aprovisionan fuera de Siuna. El 100% de expendios disponen de medicamentos de marca o comerciales, el 82.6% de genéricos y solo el 20.2% de plantas medicinales.

En relación a la accesibilidad el 54% consigue los medicamentos en farmacias privadas, el 31% en pulperías, el 20.7% en Centros de Salud y de esto el 76.4 % de los medicamentos dispensados eran inyectables.

Con respecto a la Actitud y Disponibilidad financiera se encontró que el 68.7% tiene posibilidades de pago por el medicamento prescrito. El 93.9% afirma que si estaría dispuesto a pagar por medicamentos baratos, accesibles y de calidad.

2. Estudio realizado por Gutiérrez G. Sobre Percepción de la Mujer miskita en Alamikamba sobre su salud sexual y reproductiva y las implicancias en su atención, 1998 – 1999 RAAN. Se concluye que la pobre presencia del sistema oficial, el poco abastecimiento de medicamentos, la falta de confianza de la población en el personal exógeno, la inaccesibilidad geográfica y las tradiciones arraigadas, hacen que las cobertura oficial de los servicios del Minsa sea limitada y que la población busque otras alternativas.<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> Médicos del Mundo. Estudio de la problemática de Medicamentos en el Municipio de Siuna RAAN. Octubre 1997 CIES.

<sup>6</sup> Gutiérrez G. Percepción de las Mujeres Miskitas en Alamikamba sobre su salud sexual y reproductiva y las implicancias en su atención. Julio 2003. CIES - UNAM.

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1. ¿En qué contexto se desarrollaron las principales acciones de implementación de los Botiquines Comunitarios?
2. ¿Cuáles fueron los elementos generadores de la participación comunitaria y principales resultados, en la práctica de la experiencia ?
3. ¿Cómo fueron los tipos de relaciones y reacciones de los distintos actores sociales que participaron en la experiencia?
4. ¿Qué condiciones técnico metodológicas contribuyeron a la sostenibilidad de las acciones en el funcionamiento de los botiquines?
5. ¿Cuáles son las lecciones aprendidas, en la implementación de la red de botiquines comunitarios?

#### **IV. OBJETIVOS**

##### **OBJETIVO GENERAL**

Sistematizar la implementación de una red de botiquines comunitarios, en San Francisco KukraRiver. Bluefields - RAAS, 1998-2002.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Describir el contexto en que se desarrollaron las principales acciones
2. Identificar los elementos generadores de la participación comunitaria y principales resultados
3. Describir el tipo de relaciones y reacciones de los distintos actores sociales participantes
4. Identificar las condiciones técnico metodológicas que contribuyeron a la sostenibilidad de las acciones, en el funcionamiento de los botiquines
5. Determinar cuáles fueron las lecciones aprendidas

## **V. MARCO DE REFERENCIA**

### **1. Contexto**

#### **1.1 Nacional**

##### **A. Situación Socio-Política:**

La década de 1991-2001 fue para Nicaragua una época de profundos cambios políticos, sociales y económicos, se aplicaron dos planes de ajuste económico y estructural que redujeron la galopante inflación de los años 80. Esto significó una disminución de la inversión, para el área social, aumento del desempleo y pobreza.<sup>7</sup>

Tres características explican la situación de Nicaragua: la primera es que se trata de un país de posguerra. Pese a que el conflicto bélico se haya limitado básicamente a la década de los ochenta, el grado de destrucción alcanzado tiene impactos duraderos difíciles de resolver en el corto plazo. La segunda es que se trata de un país altamente endeudado.<sup>8</sup> La tercera es el daño causado por diferentes desastres siendo el Huracán Mitch el desastre más relevante, que dejó pérdidas importantes al país en términos de vidas y daños a la infraestructura y bienes.

Para inicios del trienio 98-2000 la situación política del país se caracterizó por la existencia de un marco institucional notablemente debilitado y desacreditado, una continua polarización que mantiene enfrentado a las fuerzas políticas más influyentes del país (Alianza liberal, en el poder y el Frente Sandinista en la oposición)

Otro indicador social que caracteriza la situación Nicaragüense es: Una tasa de analfabetismo que supera el 30% de la población mayor de 15 años.<sup>9</sup>

Un País pluricultural; Nicaragua está constituida por una diversidad de grupos étnicos que lo hacen un país multiétnico y pluricultural. La población se identifica como mayoritariamente mestiza pero existen grupos étnicos con un fuerte sentido de pertenencia a sus tierras comunales, a sus recursos

---

<sup>7</sup> AMC. Sistematización, Matagalpa 1997 – 2001.

<sup>8</sup> OPS. Perfil del Sistema de Servicios de Salud en Nicaragua. 1999.

<sup>9</sup> AMC. Plan Trienal 1998 – 2000.

naturales y a sus tradiciones y formas propias de organización social. Estas comunidades residen básicamente en las regiones de la Costa Caribe.

#### B. Situación demográfica:

En el último medio siglo la población de Nicaragua se ha quintuplicado pasando de 1,049,611 habitantes en 1950 a 5,710,670 habitantes en el año 2000, siendo el 49% hombres, y 51% mujeres. La tasa de crecimiento crece a un ritmo de 2.7% anual, cifra que representa una de las tasas más altas del continente americano.

En 1998 la población urbana representa el 56.4% y la rural el 43.6%. La esperanza de vida al nacer, en el periodo 1995-2000 fue de 68.4 años, siendo de 70.3 años para mujeres y de 66.6 años para hombres. La tasa de natalidad para el mismo periodo fue de 35,3 por mil y la tasa de fecundidad fue de 4.4 hijos por mujer, con diferencias ya que en la ciudad el promedio es de 3,1 hijos, y en el sector rural asciende a 5,4 hijos.

Según el Índice de Desarrollo Humano (IDH) Nicaragua está clasificada en el lugar 95 para el año 2001. El índice de desarrollo relativo al género es de 0.624, que corresponde a la posición 97 de IDG.<sup>10</sup>

Migraciones; Los flujos migratorios forman parte de la historia de los pueblos, que en busca de nuevas oportunidades se desplazan de un lugar a otro del territorio nacional o bien emigran del país. Debido a una mayor presión sobre la utilización de los suelos en el Pacífico y centro del país, la expansión de la frontera agrícola hacia la región del Atlántico ha cobrado mayor peso demográfico.

#### C. Situación Económica

Nicaragua es uno de los países más pobres de América y por lo tanto su situación socioeconómica es lamentable. La cantidad de población bajo la línea de extrema pobreza se ha triplicado en los últimos 6 años.

---

<sup>10</sup> PNUD. El desarrollo humano en Nicaragua, 2000.

La deuda externa de Nicaragua se calcula en aproximadamente 6,000 millones de dólares, para lo cual el estado ha asignado un promedio de US 250 millones anuales para el pago de dicha deuda, lo cual corresponde a la mitad de los ingresos anuales del país.

A nivel macroeconómico, las perspectivas para los años siguientes son positivas, se espera que crezca el PIB en un 5.5%, las importaciones en 12.5% y las exportaciones en un 6%. La inflación se estima entre 10-15%.<sup>11</sup>

#### D. Situación de Salud:

##### a. Derecho a los cuidados de salud y aseguramiento en salud.

Para la extensión de la cobertura en el subsector público se han implementado las siguientes iniciativas:

El MINSA a través del PMSS (Programas <sup>12</sup>APS y <sup>13</sup>FONMAT) compra de servicios a proveedores locales con un paquete básico de servicios definido y orientado a la población de niños menores de un año y mujeres embarazadas que viven en municipios de pobreza severa y alta ( incluye: vacunación, diagnóstico y tratamiento de diarreas e IRAS, vigilancia y control de crecimiento y desarrollo, captación de embarazos, control prenatal, puerperal y planificación familiar)

A través del Fondo Social Suplementario FSS, el MINSA logra contratar recursos calificados (médicos y enfermeras) y ubicarlos en zonas aisladas del país y de pobreza severa alta. c) A través de otros proyectos, los SILAIS coordinan salidas de brigadas médicas móviles para cubrir las necesidades en salud de poblaciones remotas que no tienen acceso a establecimientos sanitarios. e) Iniciativa de Red de Protección Social.

---

<sup>11</sup> Documento PTA 98-2000 AMC

<sup>12</sup> APS: Atención Primaria en Salud.

<sup>13</sup> FONMAT: Fondo para la Maternidad y la Infancia Seguras

b. **Financiamiento y Gasto.**

Durante el periodo 1991 – 1998, el gasto por tipos de servicios es la siguiente; la atención curativa representa la mayor ponderación aprox. 76%, en cambio los gastos en promoción y prevención ascienden a un 17% y los de administración, a un 7%.<sup>14</sup>

Los hogares gastan en salud, aproximadamente, entre un 2.5% y un 2.8% con respecto al PIB. En la estructura del gasto familiar, el gasto en salud representa entre un 3.4% y un 4.2%.

El gasto nacional en salud per cápita y su evolución histórica es la siguiente:

	1997	1998	1999
Dólares por Habitante:	47.7	47.5	48.8

La distribución del gasto público en salud por niveles de atención (primario y secundario), para 1999 fue de:

	Total	Con Fondo Fiscal
Nivel de atención Primario:	31%	21%
Nivel de atención Secundario:	61%	74%

A partir de 1998, el MINSA inició una consulta nacional sobre el programa de modernización del sector salud. Este programa surgió para adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales, enfrentar los cambios demográficos, contener los problemas epidemiológicos, incrementar la demanda y disminuir las presiones operacionales (mejorar la eficiencia de la gestión y la efectividad de las acciones de salud)

Entre los principales objetivos de la modernización figuran elevar la eficiencia y extender los servicios a los grupos más vulnerables priorizando las zonas rurales y las comunidades con mayor índice de pobreza. El nuevo modelo de atención está dirigido a reforzar la capacidad de autogestión local y a favorecer la descentralización.

<sup>14</sup> MINSA. Cuentas Nacionales de Salud, 1998.

c. Medicamentos y otros Productos Sanitarios.

El desarrollo del sector farmacéutico se basa en la Política Nacional de Medicamentos que se presentó para el periodo 1997-2001. Sus estrategias de implementación están fundamentadas en el desarrollo institucional; acceso a medicamentos esenciales; garantía de calidad y uso racional de medicamentos.

Reforma en salud y medicamentos en Nicaragua: <sup>15</sup>

El MINSA respondiendo a los cambios Políticos /Económicos /Sociales en el mundo y en Nicaragua, participa en las reformas del Estado, y formuló su Política Nacional de Salud. Los principios rectores de esta política aseveran la equidad en el acceso a los servicios, eficiencia en el uso de los recursos, solidaridad en la prestación de los mismos y responsabilidad de la sociedad.

La política de fortalecimiento institucional se relaciona con los medicamentos y enuncia lo siguiente: Diseñar una Política Nacional de Medicamentos que permita al MINSA institución rectora garantizar a la población medicamentos seguros, eficaces y de calidad; promover el desarrollo de la industria farmacéutica nacional; facilitar y reglamentar la promoción terapéutica con productos eficaces de medicina natural; reorganizar el sistema de suministro institucional y promover el uso racional de medicamentos, así como la educación sanitaria que modifique prácticas inadecuadas de automedicación.

Para llevar a la práctica estos propósitos, se elaboró una Política Nacional de Medicamentos. En ella se definen tres áreas críticas:

- Regulación farmacéutica obsoleta, que dificulta asegurar a la población medicamentos que sean seguros, eficaces y de calidad
- Acceso insuficiente de la población a medicamentos esenciales
- Uso irracional de los medicamentos

Para mejorar el acceso a los medicamentos de los usuarios del MINSA , se ha priorizado el fortalecimiento de la cadena de suministros, la cual se ha basado en la transferencia del poder a los

<sup>15</sup> OPS. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Nicaragua, 1999.

SILAIS y Municipios para seleccionar y programar sus necesidades de medicamentos, acompañando este proceso con capacitación y ordenamiento de farmacias y almacenes. También se ha mejorado el proceso de compra. Todo esto para aumentar el abastecimiento de insumos médicos, que es el principal problema que refieren las unidades de salud.

d. Cobertura

Antes del Huracán Mitch la cobertura del MINSA se estimaba en 62% de la población.<sup>16</sup>

Según datos de la encuesta Nicaragüense de demografía y salud, el 8.5% de la población de Nicaragua no tiene acceso a servicios de salud. Esta situación se manifiesta de manera desigual en las distintas zonas del país; menos del 1% en la zona urbana y casi el 20% en el área rural.

A nivel departamental las coberturas inferiores se registran en la Costa Atlántica y región central, con aproximadamente un 15% de pobladores sin acceso.

La cobertura del seguro social es del 17% de la Población Económica Activa (PEA), aproximadamente unos 300,000 asegurados, mientras el sector privado brinda cobertura al 7% de la población total.

Algunos factores que inciden en la falta de acceso: Distancia, transporte y costos, desconocimiento de la ubicación de las unidades de salud y molestias de los usuarios por la calidad de la atención.

e. Cambios en el perfil epidemiológico

Nicaragua es considerado un país en transición epidemiológica, esto significa que junto a enfermedades transmisibles e infecciosas, asociadas a las condiciones de vida y al medio ambiente son las responsables de la mayoría de las defunciones. Es por ello que el Dengue clásico y el hemorrágico, al igual la Malaria y otras afecciones transmitidas por vectores todavía se presentan en forma epidémica en el país.

Estas enfermedades son susceptibles de ser controladas mediante acciones de atención primaria; los grupos vulnerables se ven particularmente afectados por enfermedades como infección gastrointestinal y respiratorias.

---

<sup>16</sup> INEC. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998.

Pero también existe la tendencia al incremento de enfermedades crónicas y degenerativas.

f. Experiencia comunitaria en materia de Salud

La participación de la ciudadanía en la gestión pública es un derecho constitucional contemplado en los artículos 50 y 51, los cuales establecen que todos los ciudadanos tienen derecho de participar en igualdad de condiciones en los asuntos públicos y en la gestión estatal. El artículo 59 expresa que “corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma”

A nivel nacional la participación de la población en acciones de salud sigue vigente en la atención primaria. Esto representa una oportunidad para hallar soluciones sostenibles a las insuficiencias del sistema público de atención en salud.

Existen varias redes comunitarias que impulsan iniciativas locales y que se coordinan con las actividades de los gobiernos locales, a través de la figura de los Alcalditos que sirven de intermediarios ante las municipalidades y las agencias de cooperación gubernamentales y los ONGs. En este contexto se encuentra en elaboración un anteproyecto de Ley de Participación Ciudadana.

g. Accesibilidad a Medicamentos:

El nuevo Gobierno recibió un Ministerio de Salud técnicamente quebrado;<sup>17</sup>

Los requerimientos en material de reposición periódica de medicamentos es de 300,000,000 de córdobas, el 70% de la lista básica de medicamentos se encontró en cero y no se realizaron las 2 licitaciones para compra de medicamentos que el MINSa debió realizar para el año 2001.

El presupuesto para medicamentos y material de reposición periódica es menor debido a que el presupuesto en general disminuyó contando el MINSa para este año con 178,000,000 córdobas de los cuales al 25 de Julio del 2001 había recibido de Ministerio de Hacienda y Crédito Público 60

---

<sup>17</sup> AMC. Plan de Mercadeo Estratégico, 2000 - 2001.

millones, de los cuales ha logrado comprar 48,000,000 córdobas debido a que cumple requerimientos de ley que prolongan el proceso.

El MINSA cuenta en este momento solo con el 16% de las necesidades reales de medicamentos y material de reposición periódica lo que ha paralizado la accesibilidad a cirugías programadas y la disponibilidad de medicamentos en las unidades. Esto afectará los indicadores de salud a corto y mediano plazo lo que repercutirá en la salud de la población. Según datos del MINSA, en nuestro país solo el 45.3% de la población tiene acceso a medicamentos esenciales.<sup>18</sup>

La ley de medicamentos y farmacias (ley 292) aprobada en 1998, posteriormente se aprueba por la Asamblea Nacional el reglamento de la ley 292, publicado en la gaceta el 5 y 6 de febrero de 1999 limita el acceso a medicamentos esenciales, según la red COIME (Coordinadora interinstitucional de medicamentos esenciales) a la cual AMC pertenece.

## **1.2 Regional**

### **A. La Costa Atlántica de Nicaragua<sup>19</sup>**

La Costa Atlántica que ocupa casi la mitad del territorio nacional y con solamente un 4.4% de la población del país, está constituida por diferentes grupos raciales en el que se destaca la población mestiza desplazada de otros sectores del país ocupando el 51.3% de la población de la región, seguida de los Miskitos con 28.5% quienes habitan principalmente en la parte norte del caribe Nicaragüense. En esta área se encuentra el predominio del grupo Mayanna con 2.3% y los Creoles que ocupan el 15.5% localizados predominantemente en el sector sur en donde se encuentran otros grupos menores: los Garífonas con 1.7% y Ramas con el 0.7%.

#### **a. La situación económica**

La situación económica de la región no es más que una profundización de la crisis que vive el país. Tasa de desempleo mayor a 80% y más del 85% de la población con necesidades básicas insatisfechas lo reflejan. La producción no supera más allá de lo necesario para la sobrevivencia

---

<sup>18</sup> Comparecencia de la Ministro de Salud ante la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional, Julio del 2001.

<sup>19</sup> AMC. Plan Triannual 1998 – 2000.

familiar y la explotación de los recursos naturales solo son ganancia de pocos ligados al poder político nacional y de la región.

b. En el plano político

Se han realizado esfuerzos para la aplicación de la ley de Autonomía, a pesar de los brotes de división en las distintas fuerzas políticas de la región en la que prevalecen corrientes políticas del pacífico en vez de movimientos propios de la región.

c. La salud

es un reflejo de las condiciones sociopolíticas. La región históricamente ha presentado las tasas más altas de mortalidad materna e infantil, muy por encima del indicador nacional.

d. Características demográficas

La pirámide edad y sexo es de base ancha, que no difiere de manera importante al comportamiento en el país; el 52 % de la población es menor de 15 años y sólo un 8.3 % es mayor de 50 años.

La natalidad es de 53.8 por 1000 habitantes, considerada como alta según los parámetros internacionales. La Fecundidad es de 268.8 por 1000 MEF. El promedio de embarazos por mujer es 5.8, el promedio de partos por mujer es 5.3 partos.

e. Características sociales

El analfabetismo es más común en grupos de mayor edad; el 41% de las personas que tienen entre 35-49 años son analfabetas, y el 53.1% de las personas mayores de 50 años son también analfabetas. El analfabetismo materno es de 43%, un 4.5% de las madres solamente saben leer, y un 42.6% sólo tiene estudios primarios.

En cuanto a la Religión, la iglesia predominante es la católica, seguida de la morava y las iglesias evangélicas.

Idioma: Los idiomas que habla con facilidad la población son los siguientes; español 48%, miskito 32%, inglés 29%, rama 0.3%

Comunicación: El medio de difusión de las noticias más usado por la población es la transmisión de persona a persona 48%, es decir mensajeros y la radio 46%

Transporte: El principal medio de transporte utilizado es el cayuco 39%. Otros medios utilizados son los vehículos colectivos, panga, bestia, lancha y a pie.

f. La necesidad de un nuevo modelo de salud en la región Autónoma del Atlántico Norte<sup>20</sup>

Se ha venido abriendo en Nicaragua el “entendimiento de que el desarrollo de la salud, concebida como un bien social, forma parte y apoya el desarrollo local saludable y sostenible, como un compromiso asumido de manera firme y de consenso por las autoridades y la sociedad civil”.

Si a esto agregamos el hecho ya señalado por muchos autores, de que “en las comunidades de las regiones Autónomas existe una práctica médica que combina elementos de la medicina indígena con la medicina occidental y la medicina casera” y que “tradicionalmente, la medicina indígena ha constituido el principal recurso para la atención de salud en esas comunidades”, resulta evidente que para abordar temas como equidad, desarrollo sostenible, autonomía, participación comunitaria se requiere de un abordaje adecuado culturalmente a la región y sus habitantes.

## B. La Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS)

La Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS) es la parte de la Costa del Caribe Nicaragüense que se extiende desde el norte del Río Grande de Matagalpa hasta el límite del Río Indio en el sur, colindando en el este con el Mar Caribe, al oeste con el departamento de Chontales y al sur con el departamento de Río San Juan. Es un territorio que posee una superficie de 27,407 Kms<sup>2</sup> y una población aproximada de 306,422 habitantes integrada por seis grupos étnicos: los Mestizos, los Creoles o negros, Miskitos, Garífonas, Ramas y Sumos Ulwas. De este total de población, el

---

<sup>20</sup> Rojas S. Uso de Medicamentos por las Mujeres del Municipio de Siuna, RAAN Junio – Julio 1998. CIES UNAM.

50.32% son del sexo masculino (136,998 personas) y el 49.68% (135,254 personas) pertenecen al sexo femenino.

Desde 1982 la RAAS fue dividida en dos zonas geográficas integradas por once municipios: la zona oeste que comprende los municipios de Nueva Guinea, El Rama y Muelle de los Bueyes aún bajo la administración del departamento de Chontales. La zona este, integrada por los municipios de la Cruz de Río Grande, Bluefields y Corn Island, Laguna de Perlas, El tortuguero, Kukra Hill, Bocana de Paiwas y Desembocadura de Río Grande.

Solamente la RAAS posee el 12.39% del total del territorio nacional y el 6.2% de la población del país. La RAAS constituye el quinto territorio del país más poblado. Es muy probable que este incremento de población está dado por: la inclusión de municipios, el patrón de asentamiento de su población, fenómeno que se ha generado por los acontecimientos político – militares acaecidos durante la década pasada que motivaron a muchos pobladores buscar lugares más seguros y otros que fueron reasentados provenientes del exilio, y por el crecimiento natural de la población, calculada en un 3.5% anual por encima de la tasa nacional.

Otro aspecto es la acelerada y creciente urbanización de la región ( especialmente de municipios como Bluefields, El Rama, Nueva Guinea), han puesto en vigencia problemas estructurales de vieja data: aumento en el déficit de servicios sociales básicos, especialmente de salud y educación.

El ambiente eleccionario que se vive en la Costa Atlántica ha sido muy particular ya que tanto las campañas políticas para la elección del gobierno regional como para el gobierno municipal se celebran de manera consecutiva. Esto favorece un ambiente de tensión en la población, que sin duda se refleja a nivel de las comunidades creando inestabilidad social, política y económica.

El ambiente político, para 1998 se encuentra polarizado por los principales grupos políticos FSLN y PLC. El Gobierno regional del Atlántico Sur está dominado principalmente por concejales liberales, quienes mantienen una posición de confrontación y tensionamiento frente a las futuras elecciones municipales.

Así mismo se vive a nivel nacional una situación de huelga en el sector salud, que repercute a nivel de la región con despidos de Médicos y Enfermeras por apoyar dicha huelga. Esto genera incertidumbre y atraso en las acciones de salud.

## **2. MARCO INSTITUCIONAL**

### **2.1 Acción Médica Cristiana.<sup>21</sup>**

Acción Médica Cristiana es una Organización no Gubernamental Cristiana fundada en Octubre de 1984 por un grupo de profesionales recién egresados de la Universidad, en su mayoría médicos, y provenientes todos del Grupo Universitario llamado Hosanna (grupo de reflexión cristiana), fundan Acción Médica Cristiana como una Asociación civil sin fines de Lucro, con objetivos cristianos y humanitarios. Logra su personería jurídica el 14 de Febrero de 1989 expedida por la Asamblea Nacional en Decreto AN-310 del 5 de Abril de 1990 y publicado en la Gaceta No. 178 del 18 de Septiembre de 1990. AMC es considerada por su membresía el espacio practico de la fe individual y colectiva.

#### **A. Un poco de historia**

Históricamente, se pueden encontrar 6 etapas en el desarrollo de Acción Médica Cristiana, las cuales describiremos sintéticamente:

##### *a) Etapa 84-87*

Esta es la etapa de formación, con una gran influencia del movimiento estudiantil en la Universidad. Esta sustentada en el fortalecimiento de los valores de compañerismo y acciones de servicio, que le darán vida posterior a la organización. En el año 1987 se gestiona la primera solicitud económica ante organismos, siendo el Centro Inter eclesial de Estudios Teológicos y Sociales CIEETS, quien confirma un primer fondo a este grupo de jóvenes médicos y odontólogos para que inicien labores voluntarias en las Comunidades de la Costa Atlántica.

---

<sup>21</sup> AMC. Sistematización de proyecto: Niñez y Salud. Tuma La Dalia 1998.  
AMC. PTA 1998 – 2000.

*b) Etapa 88:*

Significó el año donde se dio el salto de ser una organización de perfil espontáneo -juvenil a ser una organización formal y legalmente constituida y con una propuesta definida para su actuación en la sociedad.

Se define la Costa Atlántica como área de acción, y se obtienen los primeros recursos humanos, tecnológicos y materiales para sustentar las tareas iniciadas.

*c) Etapa 89-91:*

AMC trabaja intensamente en la Costa Atlántica y Matagalpa bajo un clima de guerra y emergencia. Su perfil Cristiano le permite ser una institución mediadora.

Estando las comunidades literalmente enfermas, se incide sobre el control de las epidemias, y sobre los índices de mortalidad más comunes.

*d) Etapa 92-94:*

Se le da énfasis al desarrollo de un programa de Atención Integral en salud, bajo la estrategia de Atención Primaria, teniendo su diseño una gran similitud a los programas del Ministerio de Salud.

Se planteó ya el énfasis en tres elementos básicos: La mujer, Los niños(as) y el control de enfermedades transmisibles. Se obtuvieron importantes impactos en estos énfasis.

*e) Etapa 95-97:*

AMC, define que su énfasis principal será la Promoción de la Salud. Se siguen asumiendo esfuerzos de atención en los lugares en donde el MINSA aun no ha podido asumir, o en programas cuya efectividad se ha reducido notablemente por este traspaso.

Se plantea el Enfoque de Riesgo, para abordar a las Mujeres y los(as) niños(as). Hay fuerte incremento en el mejoramiento de la Infraestructura sanitaria de las comunidades. Se logran mantener los indicadores básicos de salud, en niveles aceptables por debajo del nivel nacional.

Se puede decir que se inicia un proceso de participación comunitaria, en el nivel de la cogestión. Los comités comunales empiezan a plantear sus prioridades. AMC hace un abordaje más serio de la organización y participación comunitaria, como proceso de empoderamiento comunitario.

*f) Etapa 98-2001:*

Etapa de promoción de la Salud y de Desarrollo con principal énfasis en un enfoque de Género y Desarrollo comunitario.

Se intensifica el trabajo con las organizaciones comunitarias de mujeres, comités comunales (empoderamiento). Se persigue el fortalecimiento de las redes sociales como una estrategia de sostenibilidad de las acciones de salud.

Se plantea una etapa de salida de la mayoría de las comunidades para el trienio 2001-2003.

Para el presente trienal la MISIÓN de AMC se modificada, aunque no sustancialmente, pero si se adecuó al nivel de expansión de la organización y de los sujetos blancos de su intervención:

AMC es una organización Cristiana que implementa acciones de salud comunitaria y desarrollo en comunidades pobres de Nicaragua, con énfasis en la mujer, la niñez y la adolescencia.

**B. El Programa de Salud Comunitaria**

El programa de atención en salud brindado por AMC (PAISCA) surgió en respuesta a situaciones muy coyunturales del país, para luego convertirse en una práctica alternativa de atención en salud a los servicios que brindaba el Ministerio de Salud

y a su vez en una práctica comunitaria de salud que buscaba la coordinación con las instancias institucionales. Un resumen del desarrollo del programa podemos configurarlo de la siguiente forma:

Una primera etapa (1989-1991) del programa estuvo dirigida a atender la emergencia en que se encontraban las comunidades producto de la guerra, huracán y otros desastres naturales. La estructura de sus actividades fue básicamente asistencial con algunas actividades de educación sanitaria y otras de promoción de la salud.

La Segunda etapa (1992-1994) se caracterizó por un proceso de reorientación del programa hacia un enfoque comunitario, en el que se hizo énfasis en la capacitación de agentes de las comunidades y ejecutar proyectos de desarrollo comunal. Se priorizó la atención materno infantil y las actividades de promoción de la salud.

En una tercera etapa (1995-1997) El programa se concebía como un conjunto de acciones a ser desarrolladas al interior de las comunidades, en función de sus problemas y necesidades de atención en salud. Estas acciones estaban dirigidas a promover la organización y participación comunitaria. Se prioriza al binomio madre/niño y en especial a los grupos de población de mayor riesgo, por lo que el enfoque de riesgo era la modalidad central.

El programa (1998-2000) marca otra etapa en la que se inserta el enfoque de Género y Generacional, al incluir tres ejes transversales:

- ◆ Mujer y Salud
- ◆ Derechos del niño y salud
- ◆ Salud y Desarrollo Comunitario

Su prioridad sigue siendo La mujer y la niñez como sujetos de desarrollo y protagonismo dentro y fuera de las comunidades, para este periodo se habla de la creación y fortalecimiento de redes sociales en salud e incidencia de parte de las comunidades. Se busca un modelo auto gestor basado en el contexto sociocultural de las comunidades.

En este período se inserta al programa un proyecto en barrios marginales del pacífico.

El proceso de planificación involucra a las comunidades con las que se trabaja.

En el presente trienio (2001-2004) el peso asistencial es totalmente invertido en comparación con el primer trienal, se pueden decir que estas acciones se dan en un 20%. Se le da énfasis al Desarrollo Comunitario y empoderamiento para la auto transformación de la comunidad y contribuir a su bienestar y la salud.

El presente programa incorpora como sujetos de su intervención: La mujer, niñez y adolescencia.

## 2.2 Enfoque del trabajo comunitario

### A. El Modelo de Salud Comunitaria

Se llama salud comunitaria a las intervenciones de salud pública a nivel comunitario, planificados en base a los problemas y necesidades específicas de la comunidad, y en relación con el contexto de

las mismas. La participación real de las comunidades en la gestión de la salud es imprescindible en las intervenciones.

La salud comunitaria, por tanto constituye un conjunto de acciones integradas realizadas por la articulación de distintos actores (Estado, comunidad e instituciones de la sociedad civil). Las acciones integran la prevención de enfermedades, promoción de la salud y asistencia en salud.

La salud comunitaria es un modelo para la implementación de la atención primaria en salud, pero con un enfoque desde la comunidad y para la comunidad, para superar los modelos de atención primaria que enfocan en los servicios de salud.

El equipo de salud comunitaria es un equipo multidisciplinario integrado por médicos, enfermeras, educadoras, organizadores comunitarios, comunicadoras, promotores de salud, higienistas, agentes comunitarios, psicólogas, etc.

A manera de síntesis podemos decir que las características de la salud comunitaria son:

- Enfoque en la comunidad: La salud comunitaria tiene un enfoque colectivo, los problemas de salud no se restringen al plano de lo individual. Tampoco es ajena al contexto político, económico, social y sobre todo, cultural de las comunidades.
- Abordaje multisectorial. Se requiere la coordinación de actores sociales de diferentes sectores para intervenir sobre los determinantes de la salud, ya que la mayoría de problemas de salud son multicausales.
- Modelos integrados. Integración de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y asistencia en el abordaje de los problemas de salud de la comunidad.
- Equipos multidisciplinarios. La salud comunitaria utiliza métodos de disciplinas como la psicología social, la antropología, la epidemiología, pedagogía y otras.

- Participación de la comunidad en el proceso de decisión. Es el elemento central. La salud comunitaria es producto del esfuerzo colaborativo entre el sector público, el sector privado y la comunidad.

## B. Participación Comunitaria en Salud <sup>22</sup>

La participación comunitaria es el proceso mediante el cual la comunidad toma parte en las decisiones que le afectan y asume de forma conciente acciones en función de necesidades identificadas por ella misma o en conjunto con otros actores sociales.

a. Para caracterizar la participación comunitaria es necesario identificar:

- Los actores de la participación, sus intereses y la forma en que se organizan
- Los espacios en que se da la participación
- Las motivaciones para participar que puede ser la resolución de un problema particular o involucrarse en una actividad de la vida comunitaria

b. Formas en que la comunidad puede participar:

- En la planificación
- En la ejecución
- En la evaluación

c. Factores condicionantes

- Factores del contexto político, económico y socio cultural
- Factores Institucionales: personal de salud, tecnología, organización de los servicios, respeto a la idiosincrasia, etc.
- Factores de los participantes: conciencia, educación, experiencia, valores, dispersión geográfica y migración

---

<sup>22</sup> Espinoza J. y Moraga M. Participación Comunitaria en Salud en un Contexto multicultural. Laguna De Perlas RAAS 1998.

### C. Desarrollo comunitario y empowerment.

Desarrollo comunitario es la capacidad de autotransformación de la comunidad para un mayor bienestar integral, que incluye la salud, por supuesto. El desarrollo comunitario puede verse desde dos perspectivas: como un abordaje o como una expresión programática.

Cuando el desarrollo comunitario se ve como un abordaje lo que interesa es la forma de hacer las cosas, es decir, que se promueva esa capacidad de autotransformación, independientemente si el programa es de salud, infraestructura, educación o agrícola.

En el proceso del desarrollo comunitario, los actores sociales de una comunidad confluyen en función de sus necesidades e intereses, con el fin de buscar soluciones a los mismos. El aspecto fundamental es la transformación de una situación inicial identificada como problemática.

El modelo de desarrollo comunitario propuesto por AMC está basado en el desarrollo de las personas de la comunidad:

- El eje central del desarrollo comunitario son las personas de la comunidad. En este caso el proceso de desarrollo tiene como resultado ampliar las oportunidades de la población, ya sea para lograr el crecimiento económico o para la movilización social.
- El desarrollo está enfocado en el colectivo y no en el individuo. Fomenta la solidaridad y reciprocidad en la comunidad y no el individualismo. Construir comunidad es el proceso de acercar actores sociales, de construir redes y fortalecer el tejido social de la comunidad.
- Las organizaciones forman redes informales o formales, para aunar esfuerzos, compartir recursos e información. Estas redes parten de una visión compartida y principios.
- Las variables socio-culturales son incorporadas en el trabajo comunitario, el sistema de valores y creencias es respetado. Cuando un valor o creencia es considerado negativo producto de la reflexión comunitaria, es la misma comunidad quien lo sustituye por otro valor positivo.

Una comunidad “empoderada”, es aquella en la que las personas y las organizaciones, aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos para resolver sus propias necesidades. A través de esta participación, los individuos y las organizaciones dentro de una comunidad “empoderada”, se proveen amplio apoyo entre unos y otros, manejan los conflictos dentro de la comunidad, y ganan influencia y control sobre la calidad de vida de la comunidad.

Obviamente, el “empoderamiento” es un proceso de mediano y largo plazo, que a veces no se consigue por la visión de corto plazo del personal de salud, la presión de la comunidad para obtener resultados inmediatos, o bien, la corta vida y el enfoque de los proyectos.

#### D. Equidad y Género

El enfoque se define como un proceso educativo participativo que busca la concertación de género asegurando el reconocimiento de las capacidades de mujeres, hombres, niñez y jóvenes de acuerdo a sus condiciones específicas, el derecho a la vida, la organización y la participación de forma democrática haciendo prevalecer valores y dones como personas hechas a imagen y semejanza de Dios.

Pretende la identificación y el acceso de las personas en igualdad de condiciones, oportunidades para desarrollar las capacidades básicas, tomando en cuenta la desigualdad de género, involucra clase, edad, religión y etnia.

El empoderamiento de las mujeres se traduce en mayor poder y control sobre sus propias vidas y recursos, desarrolla la confianza de sí mismas, toma en cuenta a los hombres en los procesos de cambios dando a conocer los beneficios para la comunidad y para los hombres.

#### E. Redes para el cambio<sup>23</sup>

La organización de redes es básicamente el establecimiento de vínculos entre las personas sobre la base de objetivos comunes.

---

<sup>23</sup> AMC. Guía para el funcionamiento operativo de la red de VSM. Mayo 2002.

a. Tipo de red:

- Las organizaciones a nivel de la base están formadas por líderes de salud nombrados por la comunidad quienes son los que llevan el servicio de salud a la misma.
- Una red de base funciona en la comunidad interconectadas con otras redes

b. Contexto en que se crean redes:

La base fundamental al proponerse la creación de redes es la voluntad y el compromiso con visión común a favor de los más necesitados, para atender una necesidad sentida por todos y que están convencidos de que al establecer una relación de este tipo puede ayudar a resolver dicha necesidad sobre todo la de medicamentos.

### **3. MARCO JURÍDICO – NORMATIVO Y VENTA SOCIAL DE MEDICAMENTOS**

#### **3.1 Derecho a los cuidados de salud y aseguramiento en salud.**

El derecho básico a la salud está consignado en la Constitución Política de la República, en la Ley creadora del Sistema Nacional Único de salud, en el código sanitario, en la Política Nacional de Salud, en numerosas disposiciones y acuerdos Ministeriales, en los compromisos internacionales suscritos.

El MINSA es el principal oferente y rector de servicios de salud en el país, según la ley 290, en los decretos 71/98 y 70/2001.<sup>24</sup>

La Política Nacional de Salud 1997-2002. Entre los compromisos:<sup>25</sup>

- Atención prioritaria a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia
- Énfasis en la importancia del desarrollo institucional para mejorar la capacidad gerencial a nivel local, regional y central; lograr una mayor eficacia, eficiencia y equidad de los servicios.

<sup>24</sup> OPS. Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Nicaragua, 1999.

<sup>25</sup> PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano en Nicaragua, 2000.

### 3.2 Rectoría y separación de Funciones:

El documento de Políticas de Salud vigente (1997-2002) establece la separación de funciones para la regulación, el financiamiento y la provisión de servicios. En 1998 se oficializa a través de un Decreto Ejecutivo (71-98) la Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo (Ley 290).

Como parte del Reglamento a esta Ley, el MINSA revisa su Organigrama y define importantes cambios, como son la agrupación de las áreas normativas de I y II nivel de atención bajo una sola dirección titulada Dirección General de Servicios de Salud. Asimismo, se crea la Dirección General de Acreditación y Regulación de Medicamentos, Profesionales y Alimentos. Este organismo es el encargado de las funciones de regulación.

También realizan funciones de regulación en el sector salud: la Asamblea Nacional (AN), Ministerio de Gobernación (MINGOB), Ministerio de Defensa (MIDDEF), Ministerio de Fomento Industria y Comercio (MIFIC), entre otros.

### 3.3 La ley de medicamentos y farmacia.

Durante el mes de Abril de 1998, la Asamblea Nacional aprobó la Ley 292: Ley de Medicamentos y Farmacia, publicado en la gaceta el 5 y 6 de febrero de 1999 y cuyo objetivo es proteger la salud de los consumidores, garantizándoles la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos eficaces, seguros y de calidad. Según la red COIME<sup>26</sup>, esta ley limita el acceso a medicamentos esenciales.<sup>27</sup>

En el Capítulo 1 que se refiere a los establecimientos farmacéuticos reconocidos por ley, en el Arto. 59, en el inciso c se le da el carácter de farmacia a todos los servicios de distribución que efectúan diferentes entidades y organismos, como proyectos sociales sin fines de lucro, pero tal y como cita al final del párrafo "lo que será objeto de regulación según el reglamento específico".

El Arto. 54 del Decreto 6-99 cita textualmente:

“ Con el objetivo de aumentar la cobertura de medicamentos básicos de calidad y bajo precio a la población, se autoriza la apertura y funcionamiento de servicios de distribución de medicamentos de

<sup>26</sup> Coordinadora Interinstitucional de Medicamentos Esenciales

<sup>27</sup> Farma Mundi. Marco legal de las Ventas Sociales de Medicamentos (VSM), 2001.

proyectos sociales sin fines de lucro, ubicadas en zonas urbanas precarias donde no existan servicio y en zonas rurales, autorizadas por la jefatura departamental de farmacia del SILAIS correspondiente, en coordinación con la Dirección de Normación de Insumos y Farmacias.<sup>28</sup>

#### A. Posición de la COIME<sup>29</sup>

La COIME es un espacio que aglutina en una sola red nacional a los organismos nacionales e internacionales cuyas actividades se centran en uno o más aspectos del uso de los medicamentos: Abastecimiento, Uso Racional y Aspectos Legales cuyo objetivo es el fortalecimiento mutuo de los proyectos de medicamentos esenciales a nivel nacional.

La ley reconoce la importancia de Organizaciones de la sociedad civil que proveen de medicamentos esenciales a la población por medio de ventas sociales de medicamentos, fármacos populares o comunitarios, sin embargo la ley establece en su artículo 59, apartado c, donde otorga el carácter de farmacia a todos los servicios de distribución que efectúan diferentes entidades y organismos, como proyectos sociales sin fines de lucro, pero tal y como cita al final del párrafo “ serán objeto de regulación específica”

Esta ley clasifica a las ventas sociales de medicamentos bajo el numeral de farmacias privadas y obliga a contratar regente, situación que no podría garantizar la red COIME ni el Ministerio de Salud.

De manera que se identifica la necesidad de estos proyectos sociales, pero al mismo tiempo limitan su desarrollo al ubicarlos en la misma categoría que las farmacias privadas (con fines de lucro) y al no contar aún con un reglamento específico para la red de Venta Social de Medicamentos.

Estos proyectos no pueden ser incluidos en la categoría de farmacia ya que por su carácter social sin fines de lucro no les permite una recuperación de costos suficientes como para cumplir con algunos de los requisitos de una farmacia, como por ejemplo contratar a un regente farmacéutico.

Es así, que en las discusiones de la COIME, se plantea el concepto de Venta Social de Medicamentos y sostiene que:

---

<sup>28</sup> La Gaceta. Edición 103, Junio 1998.

<sup>29</sup> Farma Mundi. Marco legal de VSM, 2001.

A partir del Arto. 54 del Reglamento de la Ley 292 se desprende lo siguiente:

- Autoriza el funcionamiento de las Ventas Sociales de Medicamentos de los Proyectos Sociales sin Fines de Lucro cuyo objetivo es la venta de medicamentos básicos de calidad y a bajo precio de conformidad con la lista autorizada por el MINSA.
- En dicho enunciado se reconoce la existencia de VSM, establece otra categoría para las Ventas Sociales de Medicamentos excluyéndolas de categorías como Farmacia y Puesto de Venta de Medicamentos.
- Hace falta una reglamentación precisa de los proyectos sociales, sin embargo al designarles otra categoría a estos proyectos no se les puede exigir una reglamentación como Farmacia comercial o puesto de Venta de Medicamentos.

Debido a que el artículo aun es muy escueto e inespecífico, desde el año 2000 se presentaron acciones oficiales tendientes a obstaculizar el funcionamiento de estos proyectos sociales sin fines de lucro (exigencia de regencia, amenazas de cierre y multas) por lo cual la COIME elaboró una propuesta de reglamento para la futura regulación de la ley.

Entre las primeras medidas adoptadas por la COIME fue identificar con un término adecuado a las Farmacias Comunitarias o Populares que sea contemplado en la Reglamentación, por lo que la denominación “**Venta Social de Medicamento**” (VSM), como en Guatemala, es un término que se ajusta al perfil de trabajo de estos proyectos.

Esta red COIME está haciendo acciones a nivel de las autoridades de salud y de la Asamblea Nacional, para incidir en la reglamentación de la ley 292 y se incluya la conceptualización de ventas sociales de medicamentos. Estas acciones serán apoyadas desde ONG's internacionales de cooperación.

### 3.4 Definición de ventas sociales de medicamentos<sup>30</sup>

Las VSM son proyectos sociales creados para mejorar el acceso de la población a los medicamentos esenciales a bajo costo. En ellas existe una especial preocupación por el uso racional de medicamentos, incluyendo ofertas de productos de calidad, prescripciones racionales, despacho adecuado y uso apropiado.

El objetivo principal de las VSM es hacer accesible los medicamentos esenciales a las comunidades necesitadas al precio más económico posible.

### 3.5 Se entiende por Accesibilidad real lo siguiente:

- **Accesibilidad en el tiempo:** Una lista básica de medicamentos, según necesidades reales de la comunidad, en un horario de funcionamiento fijo y amplio
- **Accesibilidad en la calidad:** Ofrecer siempre medicamentos genéricos de calidad, que cumplen con todas las normas que exige el Minsa, desde la compra hasta su dispensación
- **Accesibilidad en el costo:** Tener los medicamentos a un precio muy favorable y acorde con la situación económica de la comunidad, con el precio necesario y suficiente para que los fondos generados sean reinvertidos en la VSM a la vez que asegura su mantenimiento y continuidad, teniendo como norma no subsidiar jamás los medicamentos.

En resumen se destacan 5 pilares importantes que caracterizan a las VSM:

1. Acceso a los medicamentos esenciales
2. Acceso a los medicamentos de calidad
3. Acceso a los medicamentos de bajo costo
4. Acceso a los medicamentos en lugares aislados
5. Acceso a información oportuna para el uso racional de los medicamentos

---

<sup>30</sup> Farma Mundi. Generalidades de las VSM, definición y situación actual. Taller a dispensadoras. Septiembre 2003.

### 3.6 Red de venta social de medicamentos:<sup>31</sup>

Es un sistema organizado de la comunidad que establece vínculos de forma articulada, con los líderes de salud, facilitando el acceso a medicamentos esenciales y otros productos populares a la población de escasos recursos económicos, a través de la implementación del Botiquín Comunitario de Medicamentos.

#### A. Objetivos de la red:

Promover, facilitar y fortalecer la participación de la comunidad en la búsqueda de mejorar la accesibilidad a medicamentos esenciales y otros productos populares, tratando de ser un fondo revolvente permanente y sostenible.

## 4. SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS<sup>32</sup>

Entre los centros de educación popular y las instituciones de promoción de América Latina es cada vez más frecuente encontrar una gran preocupación en torno a la necesidad y a la vez dificultad que significa sistematizar las experiencias. Sin embargo constituyen una oportunidad para mejorar la calidad de las intervenciones sociales y de manera particular, las de salud comunitaria.

La sistematización se distingue de la investigación por su objeto. El punto de partida de la investigación es un problema de conocimiento, enfoca en problemas de la realidad, pero también puede enfocar en las intervenciones de salud. En la sistematización las preguntas parten y son respondidas por la misma práctica.

La sistematización necesita de la investigación para construir teoría. El análisis de una práctica concreta necesita de la teoría acumulada para contrastar los hallazgos y convertirse en nueva teoría.

---

<sup>31</sup> AMC. Guía para el funcionamiento operativo de la red de VSM. Mayo 2001.

<sup>32</sup> CANTERA. La Sistematización: Concepción y Método. Curso Metodológico. Noviembre 1996.

Espinoza J. y Martínez M. Sistematización de Experiencias, en: Salud Comunitaria, Conceptos, Métodos y Herramientas. CIES.

Oscar J. Para Sistematizar experiencias; una propuesta teórica y práctica. Tercera edición, San José 1994. Alforja

Solís A. Sistematización de la implementación del modelo para el inventario de las experiencias innovadoras en Salud. CIES 1998.

En el trabajo sobre la práctica en el proceso del conocimiento, el Doctor Alejandro Serrano Caldera, aborda el aspecto del valor de la praxis en el proceso cognoscitivo, y plantea que el conocimiento es el proceso en virtud del cual se establece la relación entre el sujeto y el objeto, operándose a través de ella la transformación de ambos.

#### 4.1 Primera aproximación: **La experiencia**

Partamos de la siguiente consideración básica: cuando hablamos de sistematización estamos hablando de un ejercicio que está referido, necesariamente, a experiencias prácticas concretas. Se trata de la experiencia acumulada en el desarrollo de un proyecto comunitario.

Estas experiencias son procesos sociales dinámicos; en permanente cambio y movimiento. Son también procesos sociales complejos, en los que se interrelacionan, de forma contradictoria, un conjunto de factores objetivos y subjetivos:

- Las condiciones del contexto en que se desenvuelven
- Situaciones particulares a las que enfrentarse
- Acciones intencionadas que buscan lograr determinados fines
- Percepciones, interpretaciones e intenciones de los distintos sujetos que intervienen
- Resultados esperados o inesperados que van surgiendo
- Relaciones y reacciones entre las personas que participan

Estamos hablando de experiencias vitales cargadas de una enorme riqueza acumulada de elementos que, en cada caso, representan procesos inéditos e irrepetibles. De allí que sea tan apasionante, como exigente, la tarea de comprenderlas, extraer sus enseñanzas y comunicarlas. Es el saber acumulado que adquieren las personas a medida que aumentan sus años de trabajo.

Este punto de partida es el que nos permite aproximarnos a la sistematización desde lo que la misma riqueza de las experiencias demanda que se haga; apropiarse de la experiencia vivida y dar cuenta de ella, compartiendo con otros lo aprendido.

Proyecto. Es la mejor o más adecuada alternativa de enfrentar el problema.

La Práctica: Son las acciones mediante las cuales se espera lograr un producto deseable, para cambiar una situación dada.

#### 4.2 Segunda aproximación: **El concepto de Sistematización**

Algunos autores enfatizan unos elementos más que otros, de acuerdo con los objetivos u objeto de sistematización que se planteen.

a. Por ejemplo, hay quienes ponen el acento en la **reconstrucción ordenada** de la experiencia:

“Con este concepto se alude a un proceso de reflexión que pretende ordenar u organizar lo que ha sido la marcha, los procesos, los resultados de un proyecto, buscando en tal dinámica las dimensiones que pueden explicar el curso que asumió el trabajo realizado. Como la experiencia involucra a diversos actores la sistematización intenta dilucidar también el sentido o el significado que el proceso ha tenido para los actores participantes en ella.

b. Mientras que otros autores acentúan su carácter de **proceso productor de conocimientos**:

“Entendemos la sistematización como un proceso permanente acumulativo, de creación de conocimientos a partir de nuestra experiencia de intervención en una realidad social, como un primer nivel de teorización sobre la práctica. En este sentido, la sistematización representa una articulación entre teoría y práctica.

Por un lado apunta a mejorar la practica, la intervención desde lo que ella misma nos enseña; de otra parte, aspira a enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico actualmente existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta realmente útil para entender y transformar nuestra realidad”

c. Otros van a poner énfasis en que sistematizar implica **conceptuar la práctica**, para darle coherencia a todos sus elementos:

“Uno de los propósitos principales de la sistematización es la conceptualización de la práctica, para poner en orden todos los elementos que intervienen en ella; no un orden cualquiera, sino aquel que organice el quehacer, que le dé cuerpo, que lo articule en un todo, en el que cada una de sus partes ubique su razón de ser, sus potencialidades y sus limitaciones, en la búsqueda de coherencia entre lo que se pretende y lo que se hace.”

d. Otros resaltan el hecho de que la sistematización es un **proceso participativo**:

“En la Educación Popular, la sistematización es una especie particular de creación participativa de conocimientos teórico – prácticos, desde y para la acción de transformación, entendida como la construcción de la capacidad protagónica del pueblo”

Sin embargo a pesar de los distintos elementos que aportan estos abordajes, hace falta precisar más lo que es propio del tipo de reflexión o conceptualización que realiza la sistematización, para diferenciarla de otro tipo de reflexión que se realizan a partir de la práctica y tienen igualmente intención de teorizar sobre ella para transformarla.

Parece que lo más característico y propio de la reflexión sistematizadora sería el que ella busca penetrar en el interior de la dinámica de las experiencias, algo así como meterse “por dentro” de esos procesos sociales vivos y complejos, circulando por entre sus elementos, palpando las relaciones entre ellos, recorriendo sus diferentes etapas, localizando sus contradicciones, tensiones, marchas y contramarchas, llegando así a entender estos procesos desde su propia lógica, extrayendo de allí enseñanzas que puedan aportar al enriquecimiento tanto de la práctica como de la teoría.

Sintetizando esta característica esencial y propia, se podría afirmar que;

La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí, y por qué lo han hecho de ese modo.

#### 4.3 Condiciones que facilitan una sistematización

##### A. El Proyecto

Para poder sistematizar es necesario que la intervención sea planificada y no producto del azar. No es posible sistematizar actividades dispersas que no logran constituir un programa o proyecto

##### B. El registro de la experiencia

Es indispensable contar con un registro de la experiencia. Existen dos tipos de registros, uno formal (materiales escritos, documento de proyecto, informes, documentos metodológicos, evaluaciones) y otro que intenta recuperar los aspectos cualitativos y dinámicos de la experiencia. En este último proceso, son útiles los diarios de campo.

##### C. Los equipos de trabajo

Para sistematizar es necesario incluir estas actividades dentro del plan de trabajo del equipo, preferiblemente desde el inicio del proyecto. Es importante que el equipo maneje los mismos criterios de sistematización, trabajar en un proceso sistemático de reflexión y consenso.

##### D. La Institución

La condición básica en este nivel, es que la sistematización sea una prioridad para la política de la institución. Debe estar articulada al conjunto de la estrategia institucional.

Esto implica lo siguiente:

- a. La búsqueda de coherencia para el trabajo del equipo
- b. La definición de un sistema integrado de funcionamiento
- c. Impulsar un proceso acumulativo en las instituciones

#### 4.4 Utilidades de la Sistematización

- A. Tener una comprensión más profunda de las experiencias que realizamos, con el fin de mejorar la práctica
- B. Compartir con otros prácticas similares, las enseñanzas surgidas de la experiencia
- C. Aportar a la reflexión teórica conocimientos surgidos de prácticas concretas

#### 4.5 Metodología de Sistematización

##### A. Conceptualización

La metodología de sistematización se orienta al desarrollo de un proceso metodológico, cuyo resultado es la descripción ordenada de un conjunto de hechos o de conocimientos, alrededor de una acción transformadora del ser humano.

Cuando el objetivo se orienta al ordenamiento de experiencias concretas, alrededor de la modificación de un determinado problema mediante la acción comunitaria, corresponde a lo que se denomina una metodología de Sistematización de Experiencias.

Esta metodología de Sistematización de Experiencias puede formar parte de la metodología de Investigación Cualitativa, cuando se orienta a la comprensión de la vida cotidiana de una comunidad, en que los resultados de la sistematización de dichas experiencias, alrededor de un problema concreto facilita la posterior interpretación de las mismas.

En la investigación tradicional se toma como punto de partida los datos obtenidos, a través de la aplicación de un conjunto de técnicas cuantitativas, para cuyo ordenamiento el investigador se apoya en la metodología estadística. Este proceso de ordenamiento de los datos facilita su interpretación, a partir del propio marco de referencia de los investigadores, predominando un proceso deductivo.

En la investigación cualitativa incorpora un conjunto de experiencias alrededor de una acción transformadora, la aplicación de la metodología estadística resulta insuficiente, siendo más adecuado para su ordenamiento la aplicación de la metodología de Sistematización.

La metodología de Sistematización puede estar orientada a la reconstrucción de las experiencias en el marco de un proyecto comunitario específico. Debido a este hecho la Sistematización de experiencias siempre tendrá un carácter Ex–post, es decir, las experiencias anteceden a la sistematización. El conocimiento obtenido mediante un proceso de sistematización tendrá un carácter particular, y no pretende generalizar sus conclusiones, por lo tanto, cuando en la sistematización se hace énfasis en la descripción de las experiencias culturales, que se manifiestan en la modificación de problemas específicos, se privilegia la aplicación de métodos etnográficos, que faciliten metodológicamente el proceso de sistematización de dichas experiencias.

B. Al menos todo ejercicio de sistematización debería contener lo siguiente:

- a. El punto de partida
  - b. Las preguntas iniciales
  - c. Recuperación del proceso vivido
  - d. La reflexión de fondo
  - e. Los puntos de llegada
- 
- a. El punto de partida
    - Haber participado en la experiencia
    - Tener registros de las experiencias
  - b. Las preguntas iniciales
    - Para qué queremos sistematizar ? (Definir Objetivos)
    - Que experiencia queremos sistematizar ? (Delimitar el Objeto a sistematizar)
    - Qué aspectos centrales de esas experiencias nos interesa sistematizar ? (Precisar un eje de sistematización)
  - c. Recuperación del proceso vivido
    - Reconstruir la Historia
    - Ordenar, clasificar y describir la experiencia
  - d. La reflexión crítica ¿Por qué paso lo que pasó?
    - Analizar, sintetizar e interpretar críticamente el proceso

- e. Los puntos de llegada.
- Conclusiones y lecciones aprendidas
- Divulgación

## **VI. PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS PARA LA SISTEMATIZACIÓN**

El presente estudio es el de una investigación cualitativa, utilizando la metodología: “Sistematización de Experiencias”, en la implementación de una red de botiquines comunitarios, en la zona de San Francisco KukraRiver RAAS, en el periodo comprendido entre 1998 y 2002.

La Metodología sistematización de experiencias se clasifica dentro de las investigaciones cualitativas cuya propuesta teórico práctica se propone hacer una reconstrucción histórica de la experiencia, para extraer de ella los principales resultados y lecciones aprendidas, de esta manera generar conocimientos, que se van validando a través de la práctica continua.

### **1. EL PUNTO DE PARTIDA: Teoría del Proyecto – La Experiencia**

**PROYECTO:** Creación de una red de farmacias y botiquines comunitarios en las áreas rurales de la región autónoma del Atlántico, Chinandega, Matagalpa y Managua.

**EXPERIENCIA:** Implementación de una Red de botiquines comunitarios, en San Francisco KukraRiver Municipio de Bluefields, RAAS 1998 – 2002.

### **2. RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA**

#### **2.1 Fuentes de Información**

- A. **Información Primaria:** Se recogió a través de entrevistas a informantes claves entre los que se destacan: Agentes de salud, Equipo de AMC, Líderes comunitarios y Personal de salud. Así mismo se realizaron grupos focales con equipo de AMC, directivas comunitarias y líderes de salud.
- B. **La Información Secundaria:** Se obtuvo mediante revisión documental de documentos como informes, memorias, evaluaciones, investigaciones, planes, etc.

**Matriz de obtención de información**

<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>	<b>Técnica</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Fuente</b>	<b>Procedimientos</b>
1. Conocer las condiciones del contexto en que se desarrollaron las principales acciones	Cualitativo	Revisión documental		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informes</li> <li>• Documentos</li> <li>• Textos</li> <li>• Diagnóstico</li> </ul>	Revisión in situ de toda la documentación relacionada. Para esto fue necesario viajar al sitio o lugar
IDEM	Cualitativo	Entrevista	Guía de preguntas	Líder comunitario	Se aplicó técnica de la entrevista. Esto se hizo en su propio ambiente y comodidad, para crear confianza. Esto es para complementar la información
2. Identificar los elementos generadores: participación comunitaria y principales resultados	Cualitativo	Grupo focal Entrevista	Guía de preguntas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo AMC</li> <li>• Líderes comunitarios</li> <li>• Líderes de salud</li> </ul>	Se aplicó técnica de grupo focal y la entrevista
IDEM	Cualitativo	Revisión documental	Matriz de ordenamiento de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorias</li> <li>• Informes</li> <li>• Evaluación</li> <li>• Documentos</li> <li>• Planes</li> <li>• Textos</li> </ul>	
<b>Objetivo</b>	<b>Método</b>	<b>Técnica</b>	<b>Instrumento</b>	<b>Fuente</b>	<b>Procedimientos</b>
3. Describir relaciones y reacciones de los distintos actores soc. participantes	Cualitativo	Grupo focal	Guía de preguntas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo AMC</li> <li>• Líderes comunitarios</li> <li>• Líderes de salud</li> </ul>	Se aplicó técnica de grupo focal.

IDEM	Cualitativo	Revisión documental	Matriz de selección y ordenamiento de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorias</li> <li>• Informes</li> <li>• Evaluación</li> <li>• Documentos</li> <li>• Planes</li> <li>• Textos</li> <li>• Etc</li> </ul>	
4. Identificar las condiciones técnicas metodológicas que contribuyeron a la sostenibilidad de las acciones, en el funcionamiento de los botiquines	Cualitativo	Entrevista	Preguntas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de AMC</li> <li>• Líderes de salud</li> </ul>	Se aplicó técnica de la entrevista
IDEM	Cualitativo	Revisión documental	Matriz de selección y ordenamiento de información	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memorias</li> <li>• Informes</li> <li>• Evaluación</li> <li>• Documentos</li> <li>• Planes</li> <li>• Textos</li> <li>• Etc</li> </ul>	Lectura de documentos y Matriz
5. Determinar cuáles fueron las lecciones aprendidas	Cualitativo	Inducción Grupo focal Reflexión Revisión documental	Guía de preguntas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de salud</li> <li>• Agentes de salud</li> <li>• Personal de salud</li> <li>• Líder Comunitario</li> <li>• Documentos</li> </ul>	Se presentaron resultados y puntos críticos, para el análisis crítico

**PARA CADA OBJETIVO SE DETALLAN SUS DIMENSIONES Y DESCRIPTORES**

**OBJETIVO No. 1 CONOCER LAS CONDICIONES DEL CONTEXTO EN QUE SE DESARROLLARON LAS PRINCIPALES ACCIONES**

**COMPONENTE: CONOCIMIENTO**

**DIMENSIÓN: CONDICIONES DEL CONTEXTO**

**DESCRIPTORES:**

1. Conocer las condiciones del contexto

- Político
- Sociocultural
- Económico
- Situación de Salud
- Jurídico – Normativo: La ley de Medicamentos y Farmacia

2. Principales acciones implementadas

- Etapas claves
- Intencionalidad
- Criterios de reflexión
- Actividades
- Logros y dificultades

**OBJETIVO No. 2 IDENTIFICAR LOS ELEMENTOS GENERADORES DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y PRINCIPALES RESULTADOS**

**COMPONENTE: IDENTIFICACIÓN**

**DIMENSIÓN: ELEMENTOS GENERADORES DE PARTICIPACIÓN**

**PRINCIPALES RESULTADOS ENCONTRADOS**

**DESCRIPTORES:**

3. Elementos generadores de participación

- Factores del contexto
- Factores institucionales
- Factores de los participantes

4. Principales resultados

- Conciencia de la situación de salud
- Participación comunitaria
- Gestión – Negociación y manejo de conflictos
- Fortalecimiento del capital social
- Sostenibilidad y rentabilidad
- Accesibilidad a medicamentos

**OBJETIVO No. 3 DESCRIBIR RELACIONES Y REACCIONES DE LOS DISTINTOS ACTORES SOCIALES PARTICIPANTES.**

**COMPONENTE: DESCRIBIR**

**DIMENSIÓN: RELACIONAMIENTO DE LOS ACTORES SOCIALES**

**DESCRIPTORES:**

5. Tipo de actores sociales

- Políticos
- Comunitarios
- Institucionales

6. Relaciones de los actores sociales

- Cooperación
- Coordinación

- Integración
- Compromiso
- Algunos factores restrictivos

7. Reacciones de los actores sociales

- Abiertos al cambio
- Resistencia al cambio
- Condicionan su participación
- Apatía
- Integración
- Facilitadores de los procesos
- Intereses económicos o políticos

**OBJETIVO No. 4 IDENTIFICAR LAS CONDICIONES TÉCNICO METODOLÓGICAS QUE CONTRIBUYERON A LA SOSTENIBILIDAD DE LAS ACCIONES, EN EL FUNCIONAMIENTO DE LOS BOTIQUINES**

**COMPONENTE: IDENTIFICACIÓN**

**DIMENSIÓN: CONDICIONES TÉCNICO METODOLÓGICAS DE LA SOSTENIBILIDAD**

**DESCRIPTORES:**

8. Condiciones técnico metodológicas

- Intencionalidad
- Metodologías e instrumentos
- Habilidades
- Seguimiento

9. Sostenibilidad de las acciones

- Capacitación y seguimiento
- Gestión

- Administración
- Participación comunitaria
- Transferencia de tecnología

## 2.2 Reconstrucción histórica

- A. Definir los momentos significativos de la experiencia
- B. Organizar cronológicamente la información disponible
- C. Complementar la información

Se realizaron dos talleres con equipo del proyecto a nivel local, para reconstruir de manera conjunta el proceso de la experiencia, determinando las etapas más importantes o consideradas claves en la ejecución de las acciones. se Identificaron todas las acciones realizadas durante el proceso y luego se ubicaron en el tiempo de acuerdo a las etapas determinadas por el equipo. Al final se visualizó en Papelógrafos la ruta de tránsito de la experiencia, tanto en etapas de tiempo y actividades. El siguiente paso fue identificar ideas centrales sobre las cuales reconstruir la experiencia. Este momento se complementó con la revisión documental y la información obtenida de entrevistas.

## 2.3 Ordenamiento y Clasificación de la información

Identificadas las etapas del proceso se procedió a ordenar y clasificar la información utilizando una matriz de ordenamiento. Además fue necesario siempre complementar la información con información tanto de fuente primaria como secundaria, para aclarar algunos vacíos.

## 2.4 Descripción de la Experiencia

Esta parte tiene que ver con los resultados: Los principales resultados de la experiencia se describen cualitativamente, según la lógica del proceso vivido y de acuerdo a objetivos del estudio, utilizando el programa electrónico Word.

## **VII. RESULTADOS**

1. En esta primera etapa de la experiencia, que consistió en **SENSIBILIZACIÓN E INFORMACIÓN (1998-1999)** el manejo del contexto permitió desarrollar una adecuada estrategia de sensibilización e información en la población. Al estar claros de la situación y los principales problemas, sus causas y como estos afectan el entorno local, desde el punto de vista de la salud y el acceso a servicios básicos, esto induce a un proceso de reflexión y análisis, para enfrentar dichos problemas.

La introducción de nuevos enfoques de Acción Médica Cristiana, entre ellos: Empoderamiento comunitario, Sostenibilidad, Autogestión, Derechos de la Niñez y Género<sup>33</sup> es parte de este proceso de reflexión con los agentes comunitarios y las comunidades orientando las acciones y temas alrededor de estos enfoques.

Las actividades principales fueron: Campaña de comunicación social, Reuniones, Un estudio sobre Uso, Información y Necesidades de Medicamentos, Asambleas en las comunidades y Exposición de medicamentos.

Los principales objetivos de estas actividades apuntaron a crear conciencia comunitaria y opinión alrededor de los principales problemas de salud, motivar la participación de los comunitarios, en la búsqueda e implementación de alternativas autogestionarias y sostenibles. En este momento ya se experimenta la modalidad de botiquines comunitarios y era necesario retomar esta experiencia y divulgarla como un buen punto de partida.

Los actores sociales involucrados fueron los Comités de Salud, Líderes de Salud, Personal local del MINSA, AMC y otros representativos de las comunidades, por ejemplo el Pastor o Delegado Católico, Maestros, Ancianos, etc.

La Metodología utilizada fue orientada a la investigación - reflexión e inducción participativa, el marketing social y el seguimiento comunitario. Se difundieron mensajes educativos sobre Salud, Medicamentos y Participación Comunitaria. El estudio sobre uso, información y necesidades de medicamentos permitió entrevistar a diferentes actores de la comunidad, destacar las ventajas del

---

<sup>33</sup> AMC. Plan Triannual 1998-2000.

proyecto y afirmar los criterios de viabilidad. Así mismo reflexionar sobre la situación actual del contexto regional, municipal y local, en su relación con las condiciones de salud, accesibilidad a servicios y medicamentos. Se explica sobre la estrategia de AMC y enfoques de trabajo del nuevo plan trienal 98 – 2000, la disposición institucional de construir procesos participativos con las comunidades, para desarrollar acciones que sean sostenibles en la salud y el desarrollo local.

Los temas a desarrollar fueron: La falta de Medicamentos, Situación de Salud, La Participación Comunitaria, Autogestión Comunitaria y Sostenibilidad.

**Se encontraron los siguientes RESULTADOS:**

Una cosa era clara para los diferentes actores: La falta de medicamentos es un problema para las comunidades ya que no cubre con las expectativas de una población en aumento. Esta situación es producto de las limitaciones de recursos económicos para sostener desde el MINSA y desde Acción Médica Cristiana un plan de abastecimiento regular. Esta situación de inaccesibilidad a medicamentos ha afectado los niveles de salud de la población, principalmente de la niñez y la mujer. Por tanto es necesario discutir el problema y encontrar soluciones compartidas que sean sostenibles.

Los Comités y líderes de salud están informados sobre objetivos y enfoques del Plan Trienal 98-2000 de AMC.

Se reconoce el botiquín comunitario en manos de los líderes como la alternativa más positiva, que esta modalidad tiene años de existir en las comunidades y por tanto hay interés de continuar con ellos y recibir capacitación

La duda e incertidumbre generaron desánimo y preocupación al inicio, pero en la medida en que se compartió la visión y se fue construyendo de manera participativa los procesos estas se vinieron transformando en mayor confianza.

Un líder comunitario de La Aurora San Francisco propone la idea de una Farmacia Comunitaria bajo una política de crédito blando. Así mismo se da la finalización del estudio sobre Uso, Información y Necesidad de Medicamentos el cual concluye, que hay una aceptación de la idea de

una Farmacia Comunitaria y que esta debe estar ubicada en la Aurora San Francisco como la comunidad sede, por su concentración poblacional, presencia del MINSA y AMC.

Los principales actores están convencidos de los beneficios del proyecto y existe disposición de las comunidades para colaborar.

**Factores Claves de éxito:**

Algunos aspectos que fueron claves para esta primera etapa fueron:

El conocimiento e interpretación del Plan Trienal 98-2000 de Acción Médica Cristiana y su relación con el contexto nacional, regional y local. El equipo ubica el escenario, lo analiza, conecta los nuevos enfoques y estrategias del PTA 98-2000 y hace una adaptación estratégica, para introducir cambios hacia el desarrollo y la Sostenibilidad de las acciones. Esto fue vital para el discurso y la facilitación de procesos de Empoderamiento en comunidades con cierto nivel de avance en su liderazgo.

La metodología de inducción de la reflexión, análisis participativo, la introspección y Marketing social facilitaron un ambiente de opinión y actitud propositiva con respecto al problema fundamental del abastecimiento de medicamentos.

La sinceridad y transparencia institucional, en el acompañamiento personalizado de los procesos. Un equipo con visión estratégica: Conoce el plan y las estrategias, compromiso con la misión y visión, conoce su entorno y lo interpreta, le da sentido lógico a su intervención, comparte liderazgo, muy cercano a la gente, motivado, flexible y dinámico.

Desde el punto de vista de las actividades centrales las Asambleas Comunitarias, las Reuniones y el Estudio sobre Uso, Información y Necesidades de Medicamentos fueron vitales, por su cobertura, representatividad lograda y sobre todo el ambiente de confianza con las comunidades.

El hecho de que esta primera etapa fue integrada como parte del plan anual del proyecto garantizaron su financiamiento. Esto logra que esta primera etapa sea coherente con el planteamiento del nuevo PTA 98-2000.

### **Contradicciones:**

Algunas contradicciones de esta primera etapa:

No manejar conceptos, contenido y metodologías de un proyecto nuevo como era el de Farmacia Comunitaria es una limitante, para orientar los enfoques. Al principio se conocían algunas experiencias de organismos que trabajaban con Farmacias Comunitarias en la región del Pacífico y algunos proyectos de AMC, con botiquines y fondos revolventes, en Matagalpa y Alamikamba, pero a nivel general e incipiente sin resultados concretos de Sostenibilidad.

El riesgo de las ideas nuevas, para cambiar lo viejo tradicional puede generar conflictos de principios y de aceptación. En este sentido la duda e incertidumbre generaron desánimo y preocupación de algunos líderes al inicio.

Algunos hechos relevantes del contexto como el Huracán Mitch, la huelga en el sector salud, polarización política, pobreza y desempleo influyeron en lo ideológico y en la distribución de los recursos hacia las zonas de mayores daños. El sentimiento de pobreza y abandono no es compatible con el discurso de compra de cualquier bien o servicio, principalmente en salud.

2. En la segunda etapa de la experiencia, que consistió en **NEGOCIACIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA (1999-2000)** fue un proceso permanente de apoyo y movilización de los actores sociales hacia acciones concretas, que permitieron el fortalecimiento del tejido social, el avance de los botiquines comunitarios como estrategia auto sostenible y el establecimiento de un marco de negociación con resultados positivos en la implementación del proyecto. Tres hechos muy importantes en esta etapa fueron: La definición de acuerdos claros, la firma de un convenio con líderes de la comunidad sede del proyecto y el seguimiento posterior a los acuerdos.

Las actividades principales fueron: Encuentros, Asambleas y Reuniones, para la negociación con las comunidades, convenio y ejecución de un plan participativo, coordinaciones, asignación de recurso humano voluntario y construcción del local de la Farmacia Comunitaria.

Los principales objetivos de estas actividades: Consensuar con los comunitarios sobre la implementación de un plan participativo de gestión, abastecimiento y construcción, promover los enfoques e incidir ante El MINSA, para el reconocimiento de la necesidad de la propuesta y obtener un aval de apoyo.

Los actores sociales involucrados fueron los Comités de Salud, líderes de Salud, MINSA, AMC, Organizaciones comunitarias y la comunidad a través de grupos representativos.

La Metodología utilizada fue la Planificación participativa, el acompañamiento y el intercambio, para desarrollar lazos entre los diferentes actores sociales y comunidades. Este proceso se caracterizó por una amplia consulta con las comunidades como parte de la planificación participativa, se hicieron preguntas inductivas, se generaron lluvias de ideas, discusiones grupales, plenarios, identificación-registro y seguimiento técnico a los aspectos de mayor interés.

La información sirvió como insumo para compartir y retroalimentar los espacios de negociación y el consenso, con los principales líderes y organizaciones representativas. El Marketing social se mantuvo alrededor de la motivación a la participación de la población y principalmente de aquellos actores influyentes como el Presidente de Juntas Directivas, Religiosos, Maestros y MINSA.

Los temas a desarrollar fueron: Botiquines comunitarios y Situación de Salud, Construcción del local de Farmacia Comunitaria, Participación Comunitaria y red de líderes de Salud.

**Se encontraron los siguientes RESULTADOS:**

La firma de un convenio y lista de acuerdos con los líderes de la comunidad de San Francisco y de otras directivas comunitarias, en el que se establece la importancia del proyecto, su naturaleza y el funcionamiento operativo de los botiquines.

la construcción en un 90% del local para la Farmacia Comunitaria en terreno propio donado por la comunidad de San Francisco, el aporte de algunas comunidades con recurso madera y mano de obra voluntaria, más el aporte institucional y de organismos donantes.

Así mismo, se definen las comunidades beneficiarias y se entregan los primeros botiquines de medicamentos a los líderes de salud, durante un tiempo de 3 a 4 meses, para trabajar la transición hacia los botiquines con fondo revolvente. La idea fue que el líder de salud acumulara experiencia y al mismo tiempo preparar a las comunidades en la implementación del proyecto, cuando se recibieran los primeros botiquines como parte de un fondo semilla entregado por el organismo donante.

En este contexto el equipo técnico de AMC asigna al Dr. Roberto Shelly (Médico Voluntario por 3 años del Comité Central Menonita) <sup>34</sup> como encargado del proceso de diseño de un plan de capacitación y seguimiento a la red de líderes de salud a desarrollarse en el año 2001-2002.

Se realizan coordinaciones positivas con el MINSA, para encaminar proceso de reconocimiento y aval del proyecto: Se presentó la propuesta del proyecto Farmacia Comunitaria, a través de documento de referencia y convenio con las comunidades más carta de solicitud enviada a la dirección de Farmacias del SILAIS en Bluefields. Dicha solicitud presentaba la necesidad de que como Institución rectora de la salud apoyara esta iniciativa concediendo un aval.

La población está informada e interesada por el proyecto, demanda de los productos ofertados por los botiquines comunitarios y Farmacia Comunitaria, asumiendo costos.

Algunas comunidades garantizan recursos locales en un 20%, para la construcción del local para Farmacia Comunitaria y apoyan al líder de salud para su integración en la red. El aporte significativo de todas las comunidades es hacer posible a través de la negociación la viabilidad social del proyecto.

A nivel nacional la Asamblea Nacional aprueba el reglamento de la ley 292, en donde se limita el acceso a medicamentos esenciales al establecer la categoría de Farmacia a todos los servicios y distribución de medicamentos esenciales, que efectúan los diferentes organismos, como proyectos sociales sin fines de lucro los cuales serán objeto de regulación específica.

La red COIME está haciendo acciones para incidir en la reglamentación de dicha ley, para que se incluya la conceptualización de Ventas Sociales de Medicamentos.

---

<sup>34</sup> CCM: Organismo religioso de cooperación internacional que colabora con recursos humanos voluntarios.

AMC se encuentra desarrollando el segundo año del Plan 98-2000 y a nivel del proyecto local el énfasis es: Profundizar las acciones en Salud, para el Empoderamiento de la comunidad. Se espera que las alternativas autogestionarias de la comunidad se inicien, para dar respuesta a los problemas de salud. Así mismo el proceso de fortalecer las capacidades de las organizaciones y agentes comunitarios, para promover la salud de la mujer y la niñez.

**Factores claves de éxito:**

Los aspectos que fueron claves para esta segunda etapa fueron:

El involucramiento de las directivas comunitarias, quienes participaron como sujetos de consulta, retroalimentación de información a sus comunidades, firma de convenio y acuerdos alrededor de los principales temas de preocupación del proyecto.

La negociación y retroalimentación de información a los dirigentes comunitarios despejó dudas, afirmó la confianza y facilitó el logro de resultados.

El proceso de transición que se hizo con los líderes de salud ayudó al entrenamiento, promovió su integración como grupo y generó un deseo de aprendizaje.

El trabajo de equipo y las buenas relaciones con las comunidades permitieron la apertura en la negociación y participación de los actores

Desde el punto de vista de las actividades centrales: Las Asambleas consultivas y las reuniones en el proceso de negociación y consenso.

Desde el punto de vista económico y gerencial esta segunda etapa estuvo incorporada al plan operativo del proyecto de AMC, acorde a los enfoques y con la asignación de recursos financieros, materiales y humanos. Nunca se vio al margen de la dinámica del trabajo.

**Contradicciones:**

Algunas comunidades se comprometieron con madera, pero no estaban en condiciones para la extracción, procesamiento y traslado. Otras que colaboraron no se les dio la debida orientación y seguimiento, para garantizar la calidad del aporte. Al final aunque hubo mucha disposición de las comunidades, para colaborar no se logró lo esperado en términos de cantidad y calidad de lo requerido para el proyecto de construcción.

Por consiguiente, el aporte de mano de obra voluntaria y demás procesos se vieron afectados. Esto causó atrasos en la construcción y tensión en el equipo.

El marco legal existente es restrictivo para la implementación del proyecto. El MINSA solo reconoce, para las zonas rurales la figura de Puesto de Medicamentos, con un mínimo de productos para su dispensación, básicamente de uso popular. Se orienta cumplir con los requisitos para aplicar a esta categoría. Por tanto se inician nuevas negociaciones y mayores desconfianzas ante la ausencia de términos claros en la naturaleza y funcionamiento operativo de la propuesta. Esto hace de la negociación un proceso lento y limitado en la toma de decisiones, por parte de los dirigentes regionales del Ministerio de Salud. Por lo menos están concientes de las limitaciones en el abastecimiento, pero cualquier permiso para este tipo de proyectos debe ser un asunto que depende del nivel central, según el Minsa regional.

A nivel nacional este tema tampoco está resuelto, la Ley 292 y su reglamentación no reconocen el concepto de Venta Social de Medicamentos.

Esto incide en la implementación de los botiquines comunitarios, en términos de su abastecimiento y funcionamiento legítimo de acuerdo a las leyes del País. Aunque a nivel de las comunidades su legitimidad está basada en el respaldo y aceptación social. Por tanto su existencia y funcionamiento es de hecho y no de derecho. La figura de Farmacia Comunitaria entonces es sustituida por el de Venta Social de Medicamentos y bajo este concepto se empiezan a generar nuevas dudas e incertidumbres.

No se conocen otras experiencias de farmacias comunitarias, que retroalimenten esta experiencia. Por tanto es una experiencia que se va construyendo desde la experiencia de la salud comunitaria y no por su propio contenido.

Se hizo un abastecimiento de medicamentos y equipos en tiempo y forma no acordes al proceso de desarrollo del proyecto. No se había iniciado la construcción y ya se tenía un primer envío de medicamentos en concepto de fondo semilla, para la venta. Este envío fue parte de una compra con fondos regulares del proyecto y lógicamente causó estrés en el equipo puesto que aún no existían las condiciones y por tanto se procedió a guardar en bodega, se utilizó para la promoción y venta informal. Algunos de estos productos se perdieron por daños al empaque, derrames y pérdida de calidad en su contenido.

La ausencia de normas y mecanismos de funcionamiento de la red de botiquines y su articulación con la farmacia comunitaria no permitieron un avance firme en la propuesta. Esto demandó de mayor esfuerzo, para ir creando lo propio en base a la experiencia misma. Sin embargo la dispersión de información y la improvisación fueron un peligro para cometer errores innecesarios como crear nuevos acuerdos, contradecir y/o cambiar disposiciones.

La ausencia de un perfil de funciones para el líder de salud genera incertidumbre y peligro en la integralidad de su trabajo y de todo el proyecto. Hasta ahora el perfil del líder se orienta hacia la Promoción de la salud y el desarrollo comunitario. Sin embargo la nueva modalidad de los botiquines de medicamentos como fondo revolvente ubica al líder en una posición de retomar lo asistencial y olvidarse de lo integral, el peligro de verlo como una oportunidad de negocio y obtener mayor poder. Que la comunidad por su lado le dé mayor significado al medicamento, fijándolo como indicador absoluto y que solo través del mismo reconozca al líder de salud y su liderazgo.

No se maneja la ley 292. No se conocen de los esfuerzos de la COIME con respecto a la conceptualización de Venta Social de Medicamentos. Esto sin duda es una limitante para la negociación con el Minsa.

3. Para esta Tercera Etapa que consistió en **CAPACITACIÓN A LÍDERES DE SALUD (2000-2001)** inició como parte de un proceso de fortalecimiento de las capacidades locales. Sin embargo esta etapa no inició de manera formal con un plan de capacitación diseñado previamente con su propia metodología debido a los atrasos durante la etapa anterior, en la que fue necesario invertir mayores esfuerzos. De manera que aunque se vino trabajando desde el año 2000 con algunas

sesiones puntuales de capacitación y seguimiento fue hasta el año 2001 que se empezó con un plan de capacitación dirigido específicamente a los líderes de salud. En este sentido es importante mencionar que para este año es un periodo de cierre del plan Triannual 98-2000 y la transición hacia un nuevo plan 2001-2003 de Acción Médica Cristiana.

Así mismo, mencionar que durante el desarrollo de esta etapa se cuenta con el apoyo de un Organismo de Cooperación Española llamado Farmacéuticos Mundi, para la culminación de la construcción del local de lo que ya se ha denominado como Venta Social de Medicamentos (VSM). Se garantiza el equipamiento y acompañamiento de los demás procesos de implementación del proyecto de una forma institucionalizada, hasta la entrega del fondo semilla en medicamentos, el inicio de capacitaciones regionales a las dispensadoras y la realización de supervisiones.

Las actividades principales fueron: La asignación de personal voluntario del Comité Central Menonita, para dirigir el proceso de capacitación y seguimiento. En este caso el Dr. Roberto Shelly es el Médico asignado. La selección de un recurso humano como dispensadora y la programación de 5 talleres de 16 horas cada uno dirigido a 8 líderes de salud. Complementario a esto se programaron un total de 40 visitas de seguimiento que simultáneamente al proceso sistemático de capacitación se acompaña con la entrega gradual de botiquines semillas. Se hace una valoración de la transición iniciada en la etapa anterior, se elaboran materiales de apoyo y se finaliza la construcción del local de VSM, con su debido abastecimiento, equipamiento y funcionamiento del proyecto como una red de abastecimiento a través de un sistema que inicia desde Managua con la implementación de un Almacén central. Este Almacén compra medicamentos a un bajo costo, realiza envío de fondo semilla de medicinas esenciales valorado en \$4,500.00 a la VSM local y de esta a la red de botiquines comunitarios.

Los principales Objetivos se centran en mejorar la capacidad de resolución de los líderes de salud, en el manejo y prevención de las enfermedades más comunes, la promoción de la salud y servir como agentes de cambio de sus comunidades. Así mismo orientar el manejo del botiquín comunitario y su articulación con la VSM, fortalecer el tejido social y promover los valores de unidad, responsabilidad y la autogestión.

Los actores sociales participantes fueron los Líderes de Salud, MINSA, AMC y las Organizaciones comunitarias.

La Metodología del proceso de capacitación consistió en aprender – haciendo a través de la animación socio cultural, trabajos grupales, intercambio de experiencias, exposiciones e implementación del botiquín comunitario como la acción concreta para el aprendizaje in situ.

Se facilitó el auto estudio y la consulta permanente a través de la elaboración de un manual sencillo sobre los temas de capacitación.

Esta metodología se acompañó con el seguimiento personalizado a los temas de capacitación y a la aplicación de conocimientos por los líderes (Tutoría del aprendizaje).

Conforme los avances de la capacitación se hacía la entrega de los botiquines.

Los temas a desarrollar fueron:

- Enfermedades respiratorias
- Diarrea
- Malaria
- Enfermedades de la Piel
- El buen uso de los medicamentos
- Dolores
- Oído, Nariz y Garganta
- Los Parásitos
- Las inyecciones
- La Nutrición
- Plantas Medicinales
- Curaciones de heridas
- Guía de medicamentos
- Salud de la Mujer
- Salud Mental
- Liderazgo
- Participación y Organización
- Manejo del Botiquín
- La red de botiquines comunitarios y VSM

**Se encontraron los siguientes RESULTADOS:**

Se realizaron 5 talleres de capacitación y 2 encuentros para el intercambio de experiencias, completando un total de 60 horas de capacitación. En este proceso se mantuvo el 90% de participación y permanencia de los líderes de salud ampliándose el número de comunidades. La elaboración de un material educativo de apoyo para el aprendizaje continuo de los líderes afirma sus conocimientos y experiencias, en la atención a la población.

Los líderes demuestran capacidad, para manejar el botiquín racionalmente: llevan un control del inventario, orientan a la población y se verifica una relación adecuada entre síntomas, diagnóstico y tratamiento. Esto ha permitido la detección temprana de errores en el manejo del botiquín disminuyendo el riesgo de pérdidas.

16 líderes con botiquines entre 164 y 600 córdobas incrementando estos montos conforme se dan los avances de la capacitación y capacidades adquiridas por ellos.

El local de VSM es construido, equipado y abastecido para iniciar su funcionamiento como una red local de abastecimiento de medicamentos de manera auto sostenible.

La población está demandando de los productos ofertados a través de los botiquines y la VSM.

Se ha generado el intercambio de conocimientos, experiencias y compañerismo en las comunidades lo cual afirma los valores de unidad y solidaridad.

A nivel del contexto nacional el año 2001 se caracteriza por conflictos y tensiones entre el gobierno y la sociedad civil, el gobierno y la empresa privada, el gobierno y la cooperación internacional. El pacto entre el FSLN y el PLC concentró el poder en estos dos partidos políticos, presionando a la desaparición de otros partidos legalmente constituidos.

Las reformas a la constitución, la reestructuración y subordinación de los otros poderes del estado y la distribución de las cuotas de poder en las estructuras del estado fueron característicos del periodo del gobierno de Arnoldo Alemán que terminó en Diciembre del 2001, quien se garantizó inmunidad

parlamentaria junto con otros funcionarios de su gobierno, asumió la presidencia por la vía del pacto y no por la elección popular.

Las migraciones es como una válvula de escape: Solo en Costa Rica hay 700 mil nicaragüenses.

A nivel Institucional de AMC se implementa el tercer año del PTA 98-2000, periodo de transición y nuevo PTA 2001-2003 cuyo énfasis es: La Comunidad ha alcanzado la capacidad de Auto - Transformación para enfrentar los problemas de salud, género y desarrollo.

**Factores claves de éxito:**

El proceso mismo de capacitación, como una propuesta concreta de participación y aprendizaje, superación y pertenencia. La elaboración del plan de capacitación y la asignación de recursos específicos permitieron una adecuada preparación logística y metodológica integrada al plan operativo del proyecto.

El seguimiento continuo y atención personalizada para revisar con el líder los siguientes aspectos:

- Inventario de medicamentos, papelería y materiales de apoyo
- Verificar manejo de enfermedades: relación síntomas, diagnóstico y tratamiento
- Material educativo
- Fondos revolventes
- Situación de salud de la comunidad
- Información
- Problemas y dificultades
- Plan e Informes

El tipo de metodología participativa y la conexión simultanea con la entrega de botiquines y luego el reabastecimiento con medicamentos y material de apoyo hacen crecer una relación de confianza y motivación. Los encuentros para el intercambio de experiencias fueron espacios creativos y con alto sentido de pertenencia.

La Pertinencia de la capacitación: En la teoría y la práctica.

**Contradicciones:**

El proceso de capacitación formal inició desfasado en tiempo y requiriendo de recursos específicos para ello. En algún momento el equipo técnico sintió sobrepasada su capacidad por sobre carga de trabajo, esto debido a los inconvenientes de la etapa anterior y las exigencias del proceso actual. Con la asignación de recursos voluntarios se logró superar y avanzar, sin embargo es un punto para la reflexión: Cómo influye, en el rendimiento y calidad técnica del equipo las responsabilidades agregadas, que muchas veces llegan como proyectos o actividades muy particulares no planificadas, sin la debida información y se superponen en un ambiente de tensión, sin estimar o medir implicancias. Esta es una contradicción técnica y política, que debe ser asumida con criterio de reflexión y realismo si se quiere el éxito de las intervenciones y la alta competitividad de los recursos humanos.

Los procesos comunitarios se dan en un ambiente muy cambiante, existen variables como el desempleo y la pobreza que están fuera del alcance de cualquier proyecto, razón por la cual algunos comunitarios emigran hacia otros territorios, en busca de mejores perspectivas económicas. Esta situación se manifiesta como un problema potencial latente para la permanencia de los recursos humanos capacitados. Por tanto, abordar este aspecto para evitar la alta rotación de los líderes de salud y la inestabilidad del proceso de consolidación de la experiencia, es una tarea compleja.

Existe la percepción de que el medicamento es lo que le da mayor significado y credibilidad al trabajo del líder ya que con ello desarrolla un servicio concreto y reconocido por la gente. El liderazgo es visto en función del manejo de recursos. En la etapa anterior se mencionó este aspecto con preocupación y aparece ahora como un hecho inevitable.

Las condiciones geográficas y climáticas de la zona dificultan el acceso, en el cumplimiento de esta parte vital como es el seguimiento a la capacitación. Cada acción en este sentido se convirtió en una verdadera aventura y expresión de amor por la gente.

Desde AMC central aún no existe un seguimiento a los proyectos para la estrategia y metodologías de las VSM.

4. En esta última Etapa que consistió en **AUTOSOSTENIBILIDAD (2001-2002)** de las acciones y la red de botiquines comunitarios se dio como una consecuencia de ese proceso en donde se establecieron las bases, para la participación comunitaria y la capacitación a los líderes de salud. Para este momento hay que mencionar que la construcción, equipamiento y funcionamiento de la Venta Social de Medicamento y la red de botiquines han iniciado con el apoyo técnico y financiero. Ahora la experiencia pasa por su primera prueba de fuego como es posicionarlo y sostenerlo en la vida misma de las comunidades con la visión de desarrollarlo.

La capacitación a los diferentes líderes de Salud y su proceso de integración como parte de una red significaba un buen punto de partida, en el sentido de ver y palpar un resultado establecido que estaba allí, en medio de la gente y que las comunidades eran protagonistas de ese esfuerzo que representa mucha esperanza y motivación. Sin duda esto animó y comprometió al equipo, para dedicarle el tiempo y los recursos necesarios que contribuyeron a la implantación y Sostenibilidad.

Las actividades principales fueron: Seguimiento a la red de Botiquines, capacitación y seguimiento a Dispensadora de VSM, Gerencia administrativa y financiera a nivel local para el seguimiento a la inversión y sus principales indicadores, supervisión integral, marketing social, coordinación interinstitucional y abastecimiento periódico.

Los actores sociales involucrados fueron: Los líderes de salud, dispensadora, equipo de AMC, MINSA, la Comunidad.

La metodología consistió en el acompañamiento participativo a la red de líderes de salud, para apoyarles en el manejo de los registros, en el uso de los medicamentos, la atención a la población y afianzar conocimientos a través de la revisión de su experiencia. En este sentido se estructuró un sistema de registro por cada líder para monitorear y dar seguimiento técnico, económico y de salud al funcionamiento de toda la red local.

Así mismo la elección en base a criterios claros, el seguimiento y supervisión continua a la dispensadora de VSM, en su desempeño administrativo, económico, registros, atención a la población y gestión de los medicamentos.

La evaluación continua de los avances como método para mejorar y corregir debilidades, identificar oportunidades en la dinámica de la demanda y conocer los aspectos de interés o necesidades.

La elaboración de materiales de apoyo, para orientar los roles del supervisor y la dispensadora.

Los temas a desarrollar fueron: Aspectos básicos para la administración del capital semilla, Registros diarios y mensual, Registros de atención a la población, Inventario, Uso y Gestión de los medicamentos para su conservación adecuada, dispensación y promoción del uso racional, evaluación de Sostenibilidad, Repaso de dosificación y tratamientos de medicamentos, La Morbilidad frecuente, El desempeño y la coordinación con MINSA.

**Se encontraron los siguientes RESULTADOS:**

En el mes de Julio del 2001 la VSM y red de botiquines comunitarios reciben su capital semilla en medicamentos valorado en \$3,378.55 y \$630.00 respectivamente. Sin embargo como se mencionó en la etapa anterior ya se venía trabajando en el proyecto desde hace 5 meses, como parte de una estrategia de transición, siendo los márgenes de utilidad entre 500 – 1000 córdobas. Las ventas de la VSM por mes eran entre 5,000 – 6,800 córdobas. No obstante era imposible sostener un salario para la dispensadora y fue hasta el tercer mes de funcionamiento que esto fue posible. De manera que cuando llegó oficialmente el capital semilla de medicamentos a la VSM ya se tenía una experiencia previa cuyos resultados eran alentadores.

En Agosto del 2001 se analizó la situación del proyecto concluyendo que era necesario aumentar las ventas en un 42% mediante un mayor número de productos, mayor apoyo del MINSA y más propaganda. Esto significó en términos prácticos la identificación de la demanda, la necesidad de coordinación con el prescriptor del Minsa, adaptar la papelería existente y adoptar una política local coherente sobre la distribución de medicamentos donados o comprados por AMC y enviados al terreno. Esto último para no afectar el desarrollo de la red local de VSM y botiquines ya que la distribución gratuita de medicamentos perjudica en la Sostenibilidad y promoción del uso racional.

En Abril del 2002 se elabora un perfil del supervisor y de la dispensadora de VSM a nivel local. En el mismo se definen acciones concretas y responsabilidades específicas, permitiendo un mejor desempeño de estos recursos.

Para Mayo del 2002 la situación del proyecto es la siguiente: La VSM ha funcionado por 12 meses con un horario fijo logrando ingresos suficientes para cubrir salario de la dispensadora más gastos operativos, con balance positivo.

La red de botiquines ha funcionado por 23 meses en las comunidades con una lista básica de medicamentos esenciales accesibles a la población en calidad y costos. Las ventas generadas por estos apoyan la Sostenibilidad de la VSM y su tendencia es hacia el crecimiento

La dispensadora ha demostrado capacidad de administrar la VSM y de orientar a la población sobre el uso racional de medicamentos.

Así mismo se tiene mayor claridad en los procedimientos para el funcionamiento de la red local y su vinculación con el Almacén Central de Managua, a través de un documento que especifica la organización de la red, lista de precios, porcentaje de ganancias, etc.

Con las ventas acumuladas se ha logrado un balance económico favorable y la apertura de una cuenta de ahorro en el Banco.

Los líderes han adquirido mayor experiencia y confianza de parte de la población, en el manejo de los botiquines. Esto permite una relación más estrecha con los comunitarios y el equipo de AMC-MINSA. El líder de salud implementa la visita domiciliar y la atención dominical como las principales actividades que han tenido éxito.

Se firma el convenio marco de cooperación entre Acción Médica Cristiana y el MINSA, para los años 2002-2004. En el mismo el Minsa se compromete a facilitar procesos encaminados a mejorar el abastecimiento de medicinas esenciales, para las comunidades considerando experiencias válidas, seguras, apropiables y sin fines de lucro. Por su parte AMC se compromete a colaborar con el Minsa en la búsqueda y consolidación de formas comunitarias para garantizar la cobertura de medicamentos esenciales en la población con los criterios de accesibilidad, Sostenibilidad, seguridad y racionalidad en su uso.

#### **Factores claves de éxito:**

Algunos factores de éxito, en lo particular:

A nivel del Líder de Salud: Se pueden mencionar algunas características o cualidades que ayudaron a un buen desempeño del trabajo, mayor relación y confianza con la población, entre estas las

siguientes; Honestidad y voluntad de servir, actitud de aprendizaje, mejor nivel de alfabetización, las visitas domiciliarias, compromiso, el intercambio de experiencias con otros líderes y el ser parte de un grupo donde puede crecer y desarrollarse en el área de su trabajo le da un sentido de pertenencia y logro.

A nivel de la comunidad: La confianza en el líder, su elección y reconocimiento le dan legitimidad al trabajo en salud. La comunidad asume un compromiso y actitud de apoyo al proyecto, el cual se expresa en el pago por la medicina, facilitación de espacios públicos en donde el líder de salud desarrolla su trabajo de comunicación y atención con el botiquín, apoyo a la capacitación y organización participativa.

A nivel del equipo de AMC: El apoyo con la elaboración de materiales y capacitaciones, buena coordinación entre el equipo local y AMC central, para asegurar el abastecimiento, la integración del proyecto a los planes locales, la asignación de recursos específicos, atender las recomendaciones de las supervisiones, atención a los procesos comerciales y manejo de medicamentos y seguimiento continuo a la red.

A nivel del MINSA: Existe un reconocimiento a apoyo a los agentes de salud de la zona, se reconoce la importancia de la VSM y la red de botiquines y una actitud de colaboración del prescriptor Médico.

A nivel de la Dispensadora: Destacamos su capacitación y materiales de apoyo para la consulta y auto estudio continuo, conciencia de su trabajo, aceptación por la comunidad y confianza de la misma al conocer que es un recurso capacitado. Las relaciones de coordinación y buenas relaciones humanas con los líderes de salud. Su asimilación, responsabilidad y ánimo.

En la relación AMC y líderes de salud: Lo más positivo fueron los talleres de capacitación, el abastecimiento y la confianza en el trabajo del líder.

El trabajo de seguimiento personal y continuo facilitó una buena relación entre AMC y los líderes, en los aspectos de aprendizaje, integración, motivación y manejo adecuado del botiquín. Este ha sido uno de los aspectos vitales que han contribuido a la Sostenibilidad de la red local.

**Contradicciones:**

Las principales contradicciones en esta etapa consistieron en el elemento económico al principio ya que era imposible sostener un salario para la dispensadora y la evaluación realizada decía que era necesario incrementar las ventas en un 42%. Esto creaba alguna tensión porque si bien es cierto el recurso comunitario está dispuesto a servir a la población de manera voluntaria y de acuerdo a capacidades de la VSM, también se debía considerar el concepto del incentivo como un elemento de justicia y motivación. En otros lugares donde existían Ventas Sociales de Medicamentos este mismo problema causó la descapitalización de cierto porcentaje del fondo semilla de dichas VSM, generando pérdidas y afectación a toda la red a nivel nacional.

El segundo aspecto tenía que ver con la política sobre el manejo y distribución de medicamentos que entraban al proyecto en concepto de donación o comprados por AMC central y enviados a nivel local. Esto representaba una enorme presión y responsabilidad ética, porque por un lado era importante contribuir al abastecimiento de las Brigadas Médicas Móviles y unidades de Salud, según compromisos del proyecto y por otra parte era estratégico no afectar la Sostenibilidad de la VSM y red de botiquines comunitarios, mediante la competencia desleal de dichos abastecimientos.

## **VIII. Reflexión de la Experiencia**

### **1. La situación del Contexto:**

La situación de Nicaragua para el periodo 1991 – 2001 significó una época de profundos cambios políticos, sociales y económicos.

Ante esta realidad se aplicaron dos planes de ajuste económico y estructural que aunque redujeron la inflación significó una disminución de la inversión para el área social, aumento de desempleo y pobreza. La cantidad de población bajo la línea de extrema pobreza se ha triplicado en los últimos 6 años.

Por otro lado la situación política se caracterizó por la existencia de un marco institucional notablemente debilitado y desacreditado, una continua polarización que mantiene enfrentado a las fuerzas políticas más influyentes del país.

Desde el punto de vista demográfico la tasa de crecimiento para Nicaragua es del 2.7% anual, cifra que representa una de las tasas más altas del Continente Americano. La tasa de fecundidad en la zona rural es de 5.4 hijos por mujer. Para el año 2000 la población de Nicaragua ha alcanzado los 5,710,670 habitantes, siendo el 49% hombres y 51% mujeres.

En relación a la situación de salud:

A pesar del incremento para los gastos de atención primaria, con respecto a los años anteriores, esto no ha permitido mejorar la situación de salud de la población, principalmente en las regiones del Atlántico.

Esta situación nos presenta un país con un escenario político, económico y social frágil sometido a la necesidad de hacer ajustes a su economía y replantear la gestión pública acorde a las nuevas circunstancias del entorno: Desempleo, Pobreza, Polarización política, Instituciones debilitadas y desacreditadas, menor presupuesto para inversión pública, crecimiento de la población lo que

significa mayor demanda de los servicios básicos entre otros y el deterioro de los indicadores de salud en las zonas rurales.

#### Reformas del Estado y reorganización de la Gestión Pública:

El MINSA a partir de 1998 inicia el proceso de modernización del sector salud cuyo objetivo propuesto es elevar la eficiencia y extender los servicios a los grupos más vulnerables priorizando las zonas rurales y las comunidades con mayor índice de pobreza. En este sentido el modelo de atención está dirigido a fortalecer la autogestión local y a favorecer la descentralización.

En el marco de la ley 290 (Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo) el MINSA revisa su organigrama y define importantes cambios, entre ellos se crea la Dirección General de Acreditación y Regulación de Medicamentos, Profesionales y Alimentos. Esto para separar y definir funciones de regulación.

El MINSA participa en las reformas del estado y formula su Política Nacional de Salud. Los principios rectores de esa política aseveran la equidad en el acceso a los servicios, eficiencia en el uso de los recursos, solidaridad en la prestación de los mismos y responsabilidad de la sociedad.

Así mismo la política de fortalecimiento institucional se relaciona con los medicamentos y enuncia lo siguiente: Diseñar una Política Nacional de Medicamentos que permita al MINSA garantizar a la población medicamentos seguros, eficaces y de calidad; promover el desarrollo de la industria farmacéutica nacional; facilitar y reglamentar la promoción terapéutica con productos eficaces de medicina natural; reorganizar el sistema de suministro institucional y promover el uso racional de medicamentos, así como la educación sanitaria que modifique prácticas inadecuadas de automedicación.

Otro aspecto importante es la aprobación por la Asamblea Nacional de la Ley 292: Ley de Medicamentos y Farmacia, publicado en la Gaceta el 5 y 6 de Febrero de 1999. El objetivo es garantizar a los consumidores, garantizándoles la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos esenciales.

En este sentido los cambios a nivel de la macroeconomía establece un nuevo orden para hacer la gestión pública, con un enfoque de racionalidad y adaptándola a las circunstancias. Sin embargo lo que llama la atención es que se menciona que el modelo de atención está dirigido a fortalecer la autogestión local y a favorecer la descentralización, como parte de un proceso de modernización que procura eficiencia y extender los servicios hacia los grupos más vulnerables de las zonas rurales y las comunidades con mayor índice de pobreza. Esto plantea una intención positiva en términos de cobertura y beneficio lo que pareciera un compromiso concreto en la implementación y apoyo de estrategias comunitarias de salud. Sin embargo al revisar lo que hasta ahora ha sido esta intención es posible darse cuenta de que el proceso de modernización ha sido un tanto con mayor énfasis en los niveles de atención secundaria sin verdaderos impactos en la atención primaria y en la salud comunitaria.

Esta realidad nos ubica en un contexto en donde las alternativas de autogestión local toman mayor interés y deseos de articulación con los sistemas oficiales de salud. Además es importante recordar que ante una reorganización de la gestión pública el sistema de salud implementa estrategias de contratación de servicios para garantizar un paquete básico de atención y recurso médico en zonas aisladas, mientras estos fondos estén disponibles lo que hace que estas formas de aumentar cobertura no sean sostenidas por mucho tiempo.

#### Marco Jurídico y la gestión del Medicamento:

En el Arto. 54 del decreto 6-99 se reconoce la importancia de organizaciones de la sociedad civil que proveen de medicamentos esenciales a la población por medio de ventas sociales de medicamentos puestos populares o comunitarios, sin embargo la ley establece en su artículo 59 apartado “c” el carácter de farmacia a todos los servicios de distribución que efectúan diferentes entidades y organismos, como proyectos sociales sin fines de lucro los cuales serán objetos de regulación específica. Esta ley clasifica a las ventas sociales de medicamentos bajo el numeral de farmacias privadas y obliga a contratar regente.

De manera que se identifica la necesidad de estos proyectos sociales, pero al mismo tiempo limitan su desarrollo al ubicarlos en la misma categoría que las farmacias privadas. Estos proyectos no pueden ser incluidos en la categoría de farmacias ya que por su carácter social sin fines de lucro no

les permite una recuperación de costos suficientes como para cumplir con algunos de los requisitos de una farmacia, como por ejemplo contratar a un regente.

De acuerdo a este contexto de reorganización institucional y cambios importantes como parte del proceso de reformas al estado y por otro lado la aprobación de la ley 292: Ley de Medicamentos y Farmacia, se plantea lo siguiente:

Siendo el medicamento un rubro tan sensible en la población y que está destinado solamente a lo mínimo y necesario no es posible cubrir con la demanda por lo que la implementación de otras alternativas que garanticen accesibilidad real de los mismos deben ser incorporadas como estrategia de sostenibilidad a largo plazo. Es por ello que se plantea el concepto de VSM a partir del Arto. 54 del reglamento de la ley 292 en donde se reconoce su existencia y establece otra categoría para las VSM excluyéndolas de categorías como Farmacia y Puesto de venta de medicamentos. Así mismo se plantea la necesidad de una reglamentación precisa para este tipo de proyectos sociales.

De manera que el contexto se muestra desfavorable desde el marco jurídico normativo y desde la política económica implementada, aunque por otro lado en la propuesta de modernización del sector salud se promueva un modelo de salud con énfasis en lo local hacia los sectores pobres de las zonas rurales. Esta contradicción se convierte en una debilidad del sistema por no ser coherente la propuesta estratégica con el marco jurídico existente.

#### Accesibilidad a Medicamentos:

Es un problema de requerimientos, disponibilidad y capacidad de ejecución; El aumento de la demanda por crecimiento de la población y el uso irracional de medicamentos son posibles razones, para aumentar los requerimientos en una unidad de salud. Estos requerimientos son cubiertos desde los centros de abastecimiento, en aproximadamente un 30 - 40%. Así mismo la disponibilidad de recursos no permite cubrir las demandas de la población, pero también los mecanismos y requisitos de ley se vuelven dilatorios al momento de ejecutar fondos destinados para compra de medicamentos lo cual se corre el riesgo de postergar un sistema fluido de abastecimiento.

Para el año 2001 el presupuesto para medicamentos y material de reposición periódica es menor debido a que el presupuesto en general disminuyó contando el MINSA con 178 millones de córdobas de los cuales al 25 de Julio del 2001 había recibido de Ministerio de Hacienda y Crédito Público 60 millones, de los cuales ha logrado comprar 48 millones debido a que cumple requerimientos de ley que prolongan el proceso.

El MINSA cuenta solo con el 16% de las necesidades reales de medicamentos y material de reposición periódica lo que ha paralizado la accesibilidad a cirugías programadas y la disponibilidad de medicamentos en las unidades. Según datos del MINSA, en nuestro país solo el 45% de la población tiene acceso a medicamentos esenciales. El nuevo Gobierno recibe un Ministerio de Salud técnicamente quebrado, el 70% de la lista básica se encontró en cero.

A nivel del Municipio de Bluefields se experimenta un crecimiento poblacional relevante producto de la migración. Este fenómeno es originado por la finalización del conflicto bélico y la consecuente desmovilización y / o repatriación de Nicaragüenses desde otras zonas para asentarse en estos nuevos territorios bajo la modalidad de polos de desarrollo.

En cuanto al abastecimiento de medicamentos la mayoría de estos son consumidos en el casco urbano, que a la vez es donde se concentra el mayor número de personal de salud y donde se encuentra, en este caso, la mayor cantidad de población del territorio.

Los planes de abastecimiento a las zonas rurales es cada tres meses, que en realidad no se atiende de manera satisfactoria, sino que obedece a disponibilidad de insumos. En la práctica este abastecimiento dura aproximadamente un mes y la población tiene que buscar otras alternativas.

El fenómeno migratorio desde las zonas rurales hacia la ciudad motivado por la necesidad de acceso a los servicios básicos es una realidad, que incide en la accesibilidad a medicamentos. El hecho de que las unidades de salud de las zonas rurales se encuentren desabastecidas hace que la población no las visite y que se trasladen grandes distancias para acceder a algún medicamento en el centro de salud urbano, éste muchas veces por la gran demanda y el poco abastecimiento, más el uso irracional no consigue aprovisionar al paciente el cual tiene que comprarlo en el sector privado.

Se podría decir que el abastecimiento de medicamentos está orientado a lo mínimo y necesario lo cual hace que sea un rubro de necesidad y expresado como uno de los principales problemas a nivel de la comunidad.

A nivel comunitario el sistema de abastecimiento depende mucho del rubro medicamento, como un activo necesario. Sin embargo esta estrategia no es sostenible debido a que los recursos de la cooperación internacional son cada vez más limitados y enfocados a otras áreas del desarrollo. Así mismo el contexto político, económico y social, las políticas nacionales de la gestión pública y la reorganización de las instituciones para enfrentar los retos actuales de cambios en la economía para construir viabilidad y sostenibilidad a los países pobres implican grandes sacrificios en las áreas sociales, que aunque se destinen aún más recursos no es suficiente para resolver las carencias a corto y mediano plazo.

Estos desafíos plantean la necesidad de fortalecer la comunidad y sus organizaciones para abordar los problemas de salud con un enfoque de sostenibilidad.

En resumen es posible caracterizar el contexto en que se desarrollaron las principales acciones del proyecto. Un contexto de profundos cambios y de reorganización del estado, la implementación de un marco jurídico, Político y estratégico de modernización del sector salud, para adaptar los servicios a las circunstancias del entorno. En este sentido el ambiente es propicio para el abordaje de nuevos enfoques y estrategias autogestionarias que promuevan el acceso a medicamentos y el desarrollo de un modelo de salud basado en la comunidad. Sin embargo las restricciones a las iniciativas sociales en la gestión del medicamento es todavía un reto en el plano de lo jurídico.

## **2. Elementos generadores de la Participación Comunitaria**

La participación comunitaria es el proceso mediante el cual la comunidad toma parte en las decisiones que le afectan y asume de forma conciente acciones en función de necesidades identificadas por ella misma o en conjunto con otros actores sociales.

Para caracterizar la participación comunitaria es necesario identificar:

- Los actores de la participación, sus intereses y la forma en que se organizan
- Los espacios en que se da la participación
- Las motivaciones para participar que puede ser la resolución de un problema particular o involucrarse en una actividad de la vida comunitaria

La participación comunitaria ha sido un proceso, un reto y aprendizaje, que permitió el fortalecimiento del tejido social al ayudar, estimular, acompañar y facilitar la cooperación, el consenso y acuerdos de colaboración. La credibilidad de AMC ayudó a un ambiente de confianza.

Es importante partir de las condiciones dadas por el contexto y la forma en como este fue abordado desde la reflexión y sensibilización, para generar cambios en el quehacer de las acciones y trascender de enfoques muy asistencialistas y dependientes a enfoques de participación, autogestión local y empoderamiento. Para el equipo los criterios expresados en el nuevo plan trienal 98-2000, la época de profundos cambios y la apropiación conceptual de los enfoques, aunque no se tuvieran las metodologías e instrumentos, fue importante para facilitar esa transición.

La factibilidad de trabajar estos nuevos enfoques en comunidades pobres y lograr que existiera algún nivel de empoderamiento se convirtió en una preocupación por el asunto de los valores y el testimonio cristiano. Sin embargo la autoestima es un elemento que no puede ser superado desde enfoques paternalistas y de dependencia, lo que se necesitaba era trascender hacia una verdadera autoestima comunitaria, que pasara por reconocer su entorno y saberlo interpretar, reflexionar y asumir compromisos concretos de participación para transformar la situación problema. Además el contexto era claro, se debía asumir otra forma de trabajo comunitario, para garantizar sostenibilidad, de lo contrario los proyectos mueren.

En este caso se conjugaron una serie de elementos favorables para generar la participación de las comunidades.

Factores condicionantes más importantes:

Factores del contexto político, económico y socio cultural propicios para el cambio.

Factores Institucionales: El nuevo plan trienal de AMC y su mística de trabajo en comunidades, los nuevos enfoques y la estrategia de salida de comunidades facilitan el trabajo orientado del equipo técnico.

Factores de los participantes: El tener conciencia de las circunstancias del entorno, experiencia de AMC a lo largo de 12 años, valores de liderazgo y servicio, dispersión geográfica y crecimiento poblacional, deterioro de la salud y debilidad de organización son motivos de reforzar la participación frente a los nuevos cambios.

En el proceso de la experiencia 3 aspectos fueron fundamentales: 1. La definición de acuerdos claros a través de la delimitación de acciones o firma de convenios, 2. El seguimiento o acompañamiento a las comunidades, y 3. El manejo de la incertidumbre o conflictos.

Algunas dificultades o contradicciones más relevantes se dieron como parte de la realidad del contexto, por ejemplo la restricción del marco jurídico siempre fue un factor limitante para negociar a nivel de las autoridades del MINSA en Bluefields, argumentando que escapaba del ámbito municipal una decisión de legalizar este tipo de proyectos. De manera que el aspecto de la descentralización y la política de modernización del sector salud no se visualiza en el plano de lo municipal y local. No obstante este vacío jurídico fue superado por el ambiente de buenas relaciones de coordinación y colaboración mutua lo que permitió una aceptación del proyecto de medicamentos para complementar el déficit del abastecimiento a las unidades de salud.

El otro aspecto es la ausencia de normas y mecanismos de funcionamiento de la red de botiquines y su articulación con la farmacia comunitaria o VSM lo cual demandó de mayor esfuerzo, para ir creando la propia experiencia. Sin embargo la dispersión de información y la improvisación fueron un peligro para la superposición de acuerdos y disposiciones. La ausencia de un perfil de líder de salud también constituyó una debilidad para la participación, pero que se encausó solamente a través de un continuo seguimiento a estos recursos, en la medida que las condiciones geográficas y climáticas de la zona lo permitieran. Otro aspecto es la alta rotación de líderes por razones de tipo económico lo cual dificulta el proceso de consolidación de conocimientos y experiencias. Se podría decir que existió un alto nivel de compromiso de las comunidades para participar en medio de tantas limitaciones.

Las comunidades demandaban de mayor espacio de participación, para ser parte de la capacitación y poder participar de la red de botiquines sobrepasando así la capacidad del equipo. Al asignar un recurso humano específico se logró estabilizar la demanda y concentrarla alrededor de un plan de capacitación.

### **3. Relaciones y Reacciones de los distintos Actores Sociales Participantes**

El Desarrollo comunitario es la capacidad de autotransformación de la comunidad para un mayor bienestar integral, que incluye la salud, por supuesto.

En el proceso del desarrollo comunitario, los actores sociales de una comunidad confluyen en función de sus necesidades e intereses, con el fin de buscar soluciones a los mismos. El aspecto fundamental es la transformación de una situación inicial identificada como problemática.

El modelo de desarrollo comunitario propuesto por AMC está basado en el desarrollo de las personas de la comunidad:

- El eje central del desarrollo comunitario son las personas de la comunidad. En este caso el proceso de desarrollo tiene como resultado ampliar las oportunidades de la población, ya sea para lograr el crecimiento económico o para la movilización social.
- El desarrollo está enfocado en el colectivo y no en el individuo. Fomenta la solidaridad y reciprocidad en la comunidad y no el individualismo. Construir comunidad es el proceso de acercar actores sociales, de construir redes y fortalecer el tejido social de la comunidad.
- Las organizaciones forman redes informales o formales, para aunar esfuerzos, compartir recursos e información. Estas redes parten de una visión compartida y principios
- Las variables socio-culturales son incorporadas en el trabajo comunitario, el sistema de valores y creencias es respetado. Cuando un valor o creencia es considerado negativo producto de la reflexión comunitaria, es la misma comunidad quien lo sustituye por otro valor positivo.

Para que la comunidad alcance su desarrollo necesita de la participación de la misma gente, en un proceso en el cual se van identificando las capacidades existentes y se van apropiando de las herramientas necesarias para determinar su propio destino.

Una comunidad “empoderada”, es aquella en la que las personas y las organizaciones, aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos para resolver sus propias necesidades. A través de esta participación, los individuos y las organizaciones dentro de una comunidad “empoderada”, se proveen amplio apoyo entre unos y otros, manejan los conflictos dentro de la comunidad, y ganan influencia y control sobre la calidad de vida de la comunidad.

El empoderamiento es una construcción de múltiple nivel en que se necesita intervenir en el plano individual, organizacional y comunitario.

Los tipos de actores participantes son:

1. Comités de Salud
2. Líderes de Salud
3. Dispensadora de VSM
4. MINSA
5. Acción Médica Cristiana
6. Grupos comunitarios organizados
7. Organismos de Apoyo

Se valora una relación de ámbitos compartidos entre los diferentes actores para el análisis del entorno y la identificación de los principales problemas comunitarios. Las fuertes relaciones históricas de AMC y las organizaciones permiten un ambiente de confianza y transparencia para abordar los cambios y construir nuevas alternativas a partir de criterios y objetivos comunes.

Existe un alto nivel de liderazgo y se reconoce el territorio como el conjunto de comunidades con vida organizativa propia, interactuando y articulando sus valores, creencias e intereses.

A pesar del contexto político polarizado los actores comunitarios e institucionales interactúan en un escenario de cooperación y coordinación. Se integran a todos los espacios de reflexión y decisiones asumiendo compromisos para que su comunidad logre los beneficios del proyecto. Algunas acciones importantes de los actores comunitarios fueron la participación en el proceso de consulta, planificación participativa y Asambleas Comunitarias. Como era de esperarse las primeras reacciones fueron de incertidumbres y dudas, algunos con resistencia al cambio. Sin embargo se reconocen los problemas de inaccesibilidad a medicamentos, que es un problema serio y hasta ahora el botiquín comunitario en manos de los líderes ha sido la alternativa más positiva.

Es importante recordar el nivel de madurez alcanzado por la comunidad después de 12 años de acompañamiento por AMC. Esto ha permitido a lo largo del tiempo construir relaciones estables de confianza y credibilidad a pesar de los cambios en su evolución histórica. Los diferentes actores ha asimilado los cambios como parte de la realidad y se integran a la dinámica social con esperanza y visión de desarrollo.

#### **4. Condiciones que contribuyeron a la Sostenibilidad:**

Los proyectos cuando se integran como parte del proceso lógico de construcción del desarrollo son más comprendidos y justificados, por tanto apropiados desde la realidad social y más sostenibles.

Esto implica que el proyecto responde a una demanda muy sentida por la población, como es el problema de los medicamentos, entendiendo las causas y los efectos en su dimensión más amplia del desarrollo. Por ello los actores confluyen para transformar la situación inicial con propiedad y se constituyen en elementos generadores de cambios para integrar y articular el tejido social precisamente para asegurar que los resultados sean más duraderos y compartidos en el ambiente de la colectividad, que exista accesibilidad real a medicamentos y por consiguiente mejorar la situación de salud de las comunidades pobres.

De manera que la sostenibilidad empieza por esto: Solo si existe claridad de una determinada situación o problema que es sentido por todos como tal y definimos criterios compartidos en relación a qué posición se debe asumir frente a una determinada realidad es posible generar cambios más sostenibles.

Para generar estos cambios es necesario contar con los instrumentos, habilidades y tecnología necesaria acorde a las realidades de los propios actores. Sin embargo esto es fortalecido desde lo técnico con un fuerte sistema de acompañamiento y seguimiento, que garantice una adecuada transición hacia nuevos paradigmas, apropiación de enfoques y aplicación de instrumentos o metodologías de trabajo comunitario y poco a poco entonces el desarrollo de habilidades.

Aún esto es insuficiente si en la dinámica social no se incorporan dos elementos antes mencionados:

- Las organizaciones forman redes informales o formales, para aunar esfuerzos, compartir recursos e información. Estas redes parten de una visión compartida y principios
- Las variables socio-culturales son incorporadas en el trabajo comunitario, el sistema de valores y creencias es respetado. Cuando un valor o creencia es considerado negativo producto de la reflexión comunitaria, es la misma comunidad quien lo sustituye por otro valor positivo.

La fase de sostenibilidad entonces es un proceso que empieza desde el inicio, en cómo se establecen las bases para la participación comunitaria y el fortalecimiento del capital social. Para el período 2001-2003 hay que mencionar que el proyecto de los Botiquines comunitarios es parte de un proyecto de red de Ventas Sociales de Medicamentos financiado por organismos de cooperación internacional.

El proyecto ha iniciado con la modalidad de fondos revolventes después de un proceso de transición, el objetivo es posicionarlo y sostenerlo en la vida misma de las comunidades con la visión de desarrollo. Así mismo la capacitación a los diferentes líderes y su integración como una red marca un punto de partida y resultado de las primeras acciones en donde las comunidades son protagonistas de ese esfuerzo.

Algunas reflexiones que han garantizado la sostenibilidad:

- Entender que lo que ha sucedido ha sido el resultado de un proceso lógico de acciones articuladas y coherentes con el entorno y la dinámica institucional.

## **IX. PRINCIPALES LECCIONES POR APRENDER**

**Las principales lecciones por aprender son las siguientes:**

1. Para la introducción de nuevos enfoques y cambios en la manera de hacer las cosas es importante que las personas a iniciar estos cambios y enfoques estén lo más claro posible con respecto a los mismos. Fue necesario conocer e interpretar todo el PTA 98 – 2000 y ubicarlo en el contexto histórico, tanto de la zona o territorio como de la evolución de la institución AMC, en su relación con las condiciones de salud y desarrollo de las comunidades.
2. El contacto personal con las comunidades permitió una retroalimentación de información, difusión de los mensajes, cultivar la confianza y el ánimo a la integración, a la reflexión y actitud propositiva en la gente. Es importante mencionar que los comunitarios sienten mucha alegría, celebran y recobran ánimo cuando se les visita, se comparte con ellos en una relación horizontal, nos identificamos con su situación y juntos facilitamos mejor los procesos de discusión, reflexión y acción.
3. En el proceso de sensibilización fue muy importante que los comunitarios tuvieran conciencia de los principales problemas de salud y su relación con el contexto. Reconocer el problema de salud como propio y tener conciencia de la responsabilidad social para resolverlo, es un buen punto de partida, para el cambio que queremos lograr en la comunidad.
4. El nivel de liderazgo y conciencia crítica en las comunidades debe ser abordado con tacto y en el marco de principios claros, con conocimiento y certeza de la realidad, para facilitar procesos encaminados al logro de resultados.
5. De repente es peligroso centrarse solamente en el aspecto negativo como es la falta de medicamentos y generar a partir de aquí conciencia comunitaria. Esto también pudiera tener un efecto de rebote como apatía, desánimo y molestia, la gente puede sentir que se le manipula y tener desconfianza alrededor de los proyectos. Este es un aspecto que muchas veces se deja a la iniciativa local de los equipos técnicos, pero no siempre se obtienen verdaderos resultados si no se cuenta con la experiencia y criterios suficientes, para hacer una adecuada concientización.

También es importante destacar los beneficios y oportunidades, que tiene un proyecto o enfoque, como elementos de motivación a la participación.

6. Se puede afirmar que en esta primera etapa de Sensibilización e Información se caracterizó por ser un proceso dinámico de mucho acompañamiento y convivencia entre los comunitarios en una relación horizontal, utilizando metodologías participativas de información compartida, la reflexión y la introspección. El equipo técnico y el manejo del plan, en su relación contextual permitieron orientar estratégicamente las acciones hacia logros de compromiso y participación.
7. Es normal, que la incertidumbre y la desconfianza se manifiesten en la comunidad con respecto a un nuevo proyecto, si no se comparte con información y términos claros los aspectos básicos y de funcionamiento del mismo. Siempre existen preocupaciones, dudas o inconformidades que se deben detectar a tiempo, para su abordaje. El atender esta realidad desde la perspectiva comunitaria, mediante la negociación, ayuda a despejar muchas dudas alrededor de la propuesta.
8. Cuentas claras desde el inicio conservan amistades. Esto significó el apoyo comunitario para asignar recursos: terreno, mano de obra y materiales para la construcción del local de farmacia comunitaria.
9. Los procesos de autogestión comunitaria en cuanto a factibilidad y viabilidad de aportes comunitarios es un aspecto de mucho cuidado, para buscar mecanismos y alternativas acordes a su realidad, apoyarles en esos detalles que muchas veces no prevemos y son la causa de fracasos de los proyectos. Es necesario acompañarles con visión y sentido de propósito de acuerdo a un plan.
10. Contar con los recursos locales es parte de la tecnología apropiada y Sostenibilidad de los proyectos, sin embargo este proceso que tiene algunas ventajas como es la integración y participación de la gente, para aprovechar de manera racional y objetiva sus recursos puede resultar una pesada carga y mal uso de los mismos si no les apoyamos muy de cerca. Es más, podemos rebasar con las capacidades locales si en la negociación demandamos un aporte que la gente no está en condiciones de cumplir si no lo complementamos con apoyo técnico y logístico. Es importante tomar en cuenta con cuidado los elementos de la realidad comunitaria, su disposición – disponibilidad y sobre todo nuestra responsabilidad social de facilitar procesos de

desarrollo personal y Empoderamiento. Debemos evitar imponer cargas que no es posible cumplir y solo generan conflictos.

11. Es peligroso seguir construyendo procesos comunitarios a la inercia, sin contar con las metodologías, normas o criterios específicos y el conocimiento básico del marco jurídico que sustenta las acciones. Lamentablemente muchas cosas se anticipan, esto es así y se debe estar preparados para canalizar el proceso de participación comunitaria y evitar que se desvíe hacia intereses equivocados. El no tener un perfil de funciones de los líderes y una metodología para la implementación de botiquines comunitarios es una debilidad técnica institucional que a nivel local podría tener consecuencias negativas.
12. Si se quiere fortalecer capacidades locales, es indispensable orientar y acompañar el proceso de capacitación dentro de una lógica y sistematicidad acorde a la realidad de la gente.
13. Todo proceso hacia la consolidación y Sostenibilidad debe pasar por el desarrollo de las capacidades y su aplicación práctica, la accesibilidad y disponibilidad de la información para el autoaprendizaje y los espacios concretos para la supervisión y evaluación.
14. Entender que el aprendizaje y el desarrollo de habilidades es un proceso paulatino, que no necesariamente deben responder a la lógica temporal de un proyecto. La perspectiva comunitaria de los procesos, el tiempo, el valor, la cultura, la distancia y demás elementos de la realidad tienen una dimensión diferente a lo concebido técnicamente. Si perdemos esta perspectiva de la realidad el proceso se tensa lo cual no es conveniente para el ambiente de armonía de los involucrados.
15. En el camino hacia la Sostenibilidad se descubre la importancia, que tiene la sistematicidad de las estrategias y acciones implementadas. Se debe evitar el activismo y la improvisación de los procesos, hay que hacer un ejercicio al menos básico de intención de los mismos, para construir resultados y Sostenibilidad.
16. La capacidad instalada en infraestructura, red social y dispensadora son condiciones óptimas de Sostenibilidad que deben estar en concordancia con la calidad técnica, seguimiento, supervisión y capacitación brindada por el equipo de facilitadores.

17. Es necesario que por ahora AMC acompañe el proyecto de red de botiquines comunitarios, para asegurar la inversión económica, su integración al sistema de salud comunitario y fortalecerlo gerencial y administrativamente, con enfoque de mayor participación a todos los niveles.

## **X. CONCLUSIONES**

1. El contexto en el cual se implementó la red de botiquines comunitarios se caracterizó por ser una etapa de profundos cambios en la reorganización del estado y la implementación de un marco jurídico estratégico de modernización del sector salud, para adaptar los servicios a las circunstancias, fortalecer la autogestión local y la descentralización. En este sentido fue importante reconocer estas condiciones favorables y aprovechar las oportunidades, para el abordaje de nuevos enfoques y la implementación de alternativas autosostenibles, que contribuyan a mejorar la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos eficaces, seguros y de calidad.
2. La participación comunitaria se generó a partir del reconocimiento de un contexto de cambios y deterioro de la situación de salud, por falta de acceso real a los medicamentos. La coherencia de esta situación con el planteamiento de nuevos enfoques y las relaciones de confianza y credibilidad entre AMC y la comunidad facilitaron un ambiente de reflexión, sensibilización y responsabilidad que motivaron a la participación. Así mismo las metodologías participativas y las acciones de seguimiento personalizado fortalecieron el tejido social, la Confianza, el liderazgo y el servicio.
3. Las relaciones de los distintos actores sociales promovieron la integración, la coordinación y la cooperación entre las comunidades, en una actitud de apertura al cambio, de aprendizaje y facilitadores de los procesos. A pesar del contexto político polarizado los actores comunitarios e institucionales interactúan en un escenario de cooperación y coordinación.
4. La formación de los Líderes de Salud como agentes voluntarios de la comunidad se desarrolló a través de un proceso participativo en el que también debe aprender a través de su acción directa, implicándose en ella y asumiendo sus propios aciertos, dudas y errores como fuente de aprendizaje (El aprender haciendo).
5. Se identifica como uno de los principales logros del proyecto el rol del equipo técnico facilitador de los procesos en cada una de las etapas.

6. Se reconoce la capacidad demostrada por el equipo técnico facilitador y la red de Líderes de Salud en la superación de dificultades tales como: inaccesibilidad a algunas comunidades en época de invierno, migración, nivel académico, condiciones de pobreza y ambientales.
7. Se identifica como una limitante el vacío jurídico de la ley 292 al no reglamentar sobre Venta Social de Medicamentos, como una modalidad que tienen las ONGs, para garantizar el acceso a medicamentos esenciales
8. La implementación de los botiquines comunitarios han sido una estrategia sostenible por su pertinencia, accesibilidad y fortalecimiento del capital social de las comunidades a través de una Red de Agentes de Salud, el aseguramiento de los instrumentos de apoyo, el abastecimiento y seguimiento continuo, para el desarrollo de habilidades y promoción de valores como la honestidad, el servicio, la confianza, la comunicación y la actitud de aprendizaje.

## **XI. CONSIDERACIONES FINALES**

Es importante reflexionar sobre el proceso de esta experiencia a nivel local ya que para AMC este tipo de proyectos es nuevo y aún faltan metodologías e instrumentos de apoyo para su funcionamiento.

Quizás existan muchas más lecciones por aprender en el proceso de las primera etapas cuando no se tiene información disponible de orientación en el cómo hacerlo, sin embargo algo que fue relevante es el hecho de que el equipo tuviera claro los enfoques de autogestión y empoderamiento comunitario, para orientar las acciones que si vemos están determinadas por un contexto al cual hay que interpretar, para realizar una gestión eficaz.

Sistematizar esta experiencia ha significado entonces reconstruir las vivencias y ordenarlas en el tiempo, extrayendo de estas las principales lecciones por aprender, para mejorar como individuos y como colectivo de personas que a través de la práctica aportan al desarrollo de la teoría. Esta es la razón por la cual esta sistematización adquiere un valor especial, desde la perspectiva de la Salud Comunitaria, porque aporta socialmente al desarrollo sostenible de un modelo de salud basado en las personas y la comunidad.

## **XII. RECOMENDACIONES**

1. El MINSA debe facilitar los procesos de implementación de las alternativas de VSM y Botiquines comunitarios a nivel local, mientras se resuelve una reglamentación precisa de la Ley 292, que incluya a este tipo de proyectos. Se deben hacer esfuerzos por seguir dialogando sobre este tema a fin de permitir su funcionamiento.
2. Las organizaciones comunitarias y líderes representativos deben Promover una mayor integración, coordinación y cooperación entre las diferentes comunidades, con el MINSA y ONGs a fin de garantizar el apoyo a la red de líderes de salud y sostenibilidad del proyecto
3. El MINSA debe coordinar con los líderes de salud e integrarlos a procesos de capacitación que fortalezcan las acciones de promoción y prevención a nivel de la comunidad. Esto es importante en vista de la poca presencia institucional del MINSA, para darle cobertura a todas las comunidades.
4. AMC local debe desarrollar una estrategia de consolidación y sostenibilidad de la Red de Botiquines Comunitarios mediante la formación y seguimiento de por lo menos 3 brigadistas, por comunidad, para que estos logren a través del trabajo voluntario continuar con la consolidación de conocimientos y desarrollo de habilidades . Esto posibilita dar continuidad a la formación mediante el refrescamiento de conocimientos, actualización y la formación de relevos generacionales.
5. Acción Médica Cristiana debe complementar este estudio con otro estudio que permita evaluar su impacto en la Salud, en términos de disminución de morbilidad, acceso a medicamentos y uso racional. Es conocer la evidencia en salud de este proyecto, para demostrar su impacto y viabilidad política – jurídica. Así mismo deberá establecer criterios para la formulación de una estrategia que asegure la sostenibilidad de los resultados alcanzados, a través de la ejecución de nuevos proyectos.
6. La comunidad debe potenciar la producción de medicamentos y productos naturales tradicionales, que se promovieron durante el desarrollo del proyecto, a través de los huertos botánicos.
7. Los líderes de salud deben retomar la práctica de la visita domiciliar, la participación en espacios de amplia participación comunitaria y la réplica de sus conocimientos a nivel de la comunidad, para extender su cobertura y garantizar sostenibilidad. Así mismo coordinar con el MINSA y el Comité de Salud local para el desarrollo de las acciones de los botiquines comunitarios.
8. AMC debe asumir como fundamental la actualización del perfil de los líderes de salud y el diseño de las metodologías, manuales, normas y procedimientos, para el mejoramiento del desempeño de la red.

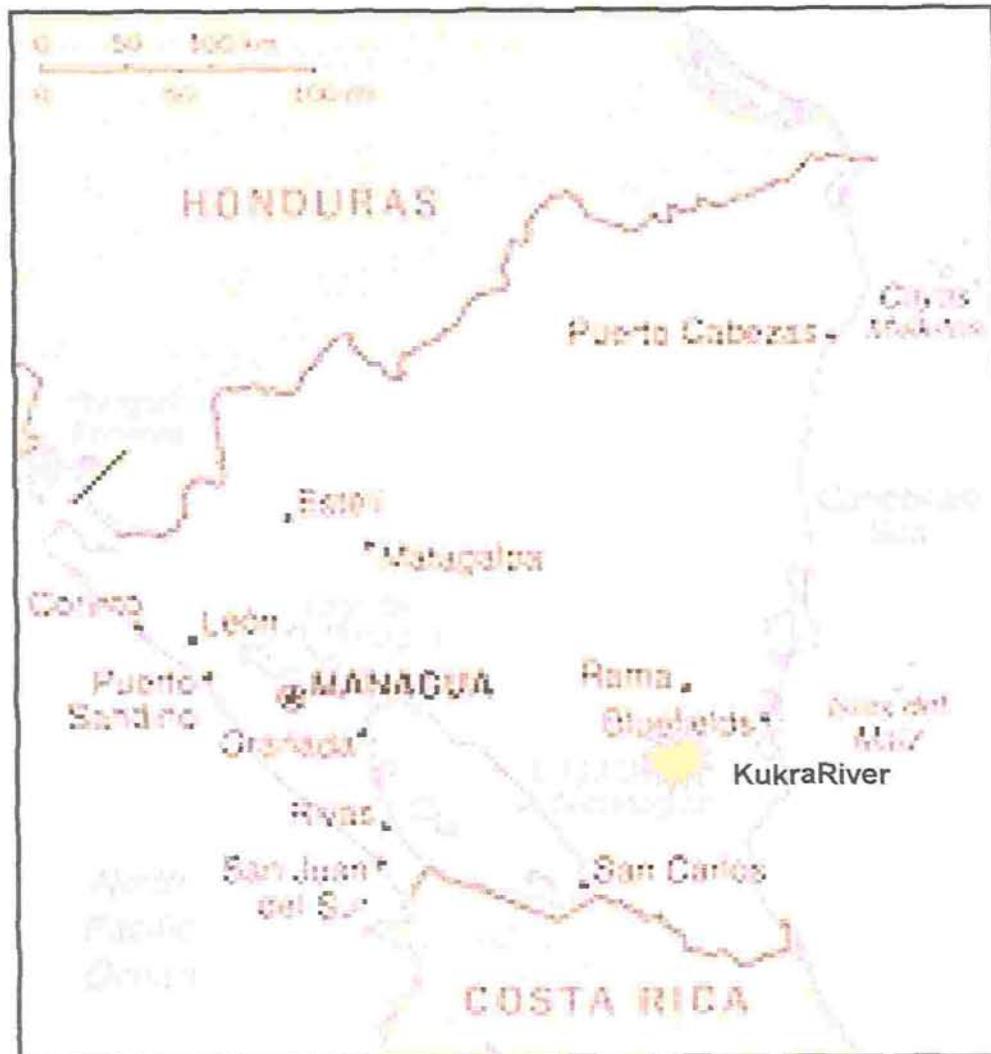
## **X. Bibliografía**

1. AMC  
Memoria de Taller sobre Proyectos de Autogestión, Febrero 1998.
2. AMC  
Documento Proyecto: “Creación de una red de farmacias y botiquines comunitarios en las áreas rurales de la Región Autónoma del Atlántico, Chinandega, Matagalpa y Managua”
3. AMC  
Sistematización de Proyecto sobre Niñez y Salud, Tuma La Dalia Matagalpa 1998.
4. AMC  
Plan Trienal de Acción Médica Cristiana 1998 – 2000
5. AMC  
Situación de Salud, Plan de Mercadeo estratégico de AMC. 2000-2001
6. AMC  
Documento guía para el funcionamiento operativo de la red de VSM, Mayo 2002.
7. CANTERA  
La Sistematización: Concepción y Método. Curso Metodológico  
Managua, Noviembre 1996.
8. Comparecencia de la Ministro de Salud ante la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional.  
Julio del 2001.
9. Diagnóstico Comunitario, San Francisco RAAS, 1998  
Cedoc-AMC
10. Estudio de medicamentos, en el municipio de Siuna RAAN.  
Junio – julio 1997. Monografía UNAN – Managua.
11. Espinoza J. y Moraga M.  
Participación comunitaria en Salud en un contexto multicultural, Laguna de Perlas RAAS 1998.
12. Espinoza J. y Martínez M.  
Sistematización de Experiencias, en; Salud Comunitaria; Conceptos, Métodos y Herramientas,  
CIES.
13. Farma Mundi  
Marco legal de las Ventas Sociales de Medicamentos (VSM)  
Managua-Nicaragua 2001.
14. Farma Mundi  
Generalidades de las VSM, definición y situación actual  
Taller a Dispensadoras, Septiembre 2003.

15. Gutiérrez G.  
Percepción de las Mujeres Miskitas en Alamikamba sobre su salud sexual y reproductiva y las implicancias en la atención, Julio 2003. CIES – UNAM
16. Guillén N.  
Documento guía para el funcionamiento operativo de la red de VSM, Mayo 2001
17. INEC, Nicaragua  
Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, 1998 (ENDESA 1998)
18. La Gaceta  
Edición 103 del 4 de Junio 1998
19. Minsa  
Cuentas Nacionales de Salud del Minsa  
Dirección de Planificación y Desarrollo.
20. Médicos del Mundo  
Estudio de la problemática de Medicamentos en el municipio de Siuna, RAAN  
Octubre 1997 CIES - UNAM.
21. OPS  
Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Nicaragua, 1999.
22. Oscar J.  
Para Sistematizar experiencias; Una propuesta teórica y práctica  
Tercera Edición, San José C.R  
Centro de Estudios y Publicaciones ALFORJA, 1994.
23. PNUD  
Informe ejecutivo sobre Desarrollo Humano en Nicaragua, 2000  
I Edición.p126
24. Rojas S.  
Uso de Medicamentos por las Mujeres del Municipio de Siuna, RAAN Junio-Julio 1998 CIES - UNAM.
25. Solis A.  
Sistematización de la Implementación del modelo para el inventario de las Experiencias innovadoras en Salud, Nicaragua 1998. CIES

# ANEXOS

# MAPA DE NICARAGUA

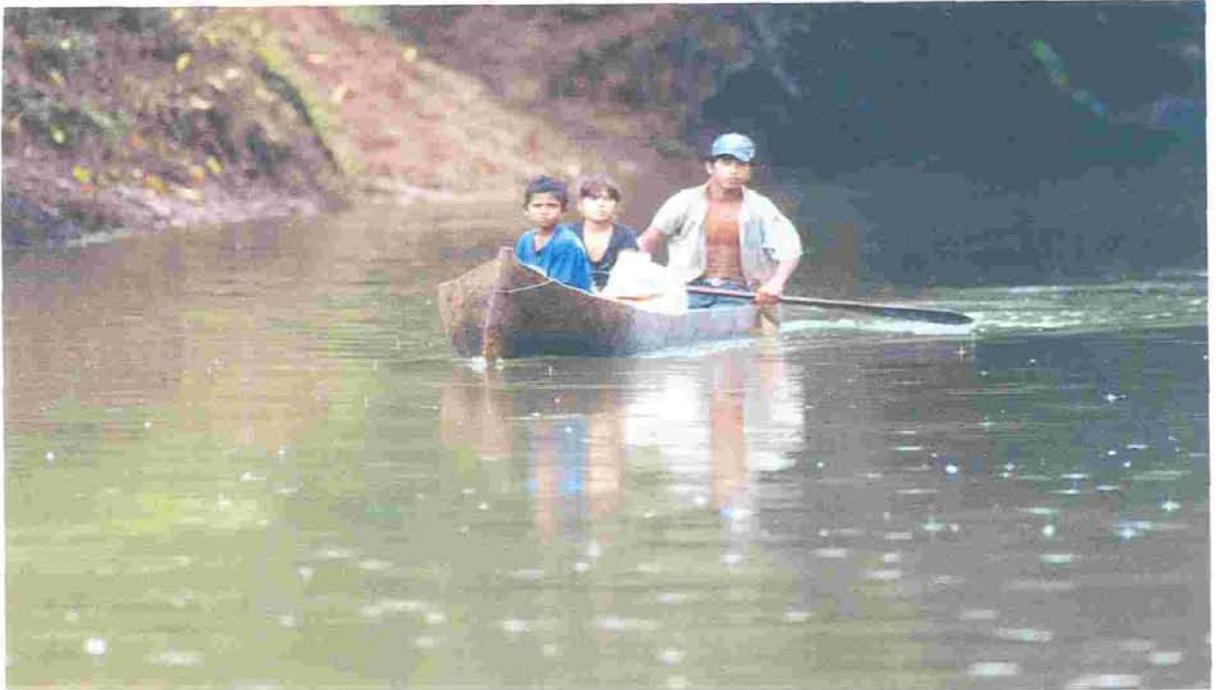


## MEDICAMENTOS ESENCIALES



La falta de medicamentos es un problema sentido por las comunidades

## **MEDIOS DE TRANSPORTE**



**EN BÚSQUEDA DE LOS SERVICIOS BÁSICOS**

## **PARTICIPACIÓN COMUNITARIA**



## **TALLER CON ORGANIZACIONES**

## CAPACITACIÒN



**DISPENSADORA CONSULTANDO SU LIBRO:  
BUSCANDO REMEDIO**

## **ABASTECIMIENTO**



## **ATENCIÓN A UN LÍDER COMUNITARIO**

## LIDER COMUNITARIO



## SEGUIMIENTO AL BOTIQUÍN COMUNITARIO

## **VENTA SOCIAL DE MEDICAMENTOS Y RED DE BOTIQUINES COMUNITARIOS**



**UNA ALTERNATIVA SOSTENIBLE**

## **Síntesis del Proyecto:**

### **Cómo surge la experiencia**

La experiencia surge a partir de la necesidad de medicamentos muy sentida, por las comunidades, siendo el botiquín comunitario la estrategia implementada por AMC a lo largo de 12 años de trabajo, con agentes de salud. Sin embargo es a partir de 1998, que se inicia un proceso de consulta y reflexión-acción participativa en las comunidades, para la búsqueda de una alternativa más auto sostenible. Existe una voluntad política institucional de contribuir a la autogestión y al desarrollo comunitario, la integración de un sistema de salud basado en la comunidad y que confluya con en el sistema oficial de salud.

### **A. PRIMERAS REFLEXIONES: TALLER SOBRE PROYECTOS DE AUTOGESTION EN OFICINAS CENTRALES; INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS (ALAMIKAMBA, MATAGALPA Y RED ADIS ) (7)**

En este sentido la farmacia comunitaria se establece para responder una demanda parcialmente satisfecha, como es el uso de medicamentos, pues es bien sabido que la disponibilidad del MINSA en este aspecto es muy limitado, y por su parte la tendencia de AMC es a disminuir el volumen de actividades y de insumos de carácter asistencial.

El espíritu de la farmacia comunitaria es el beneficio social para el alivio de las principales enfermedades susceptibles de beneficio con el tratamiento farmacológico para aquellos pacientes que no lograron obtener su medicamento de parte del Ministerio de Salud y que las farmacias privadas no son una alternativa favorable económicamente.

La farmacia puede también ser un centro de venta para los líderes y parteras de las comunidades, sobre todo para productos que el MINSA o Acción Médica no les abastece, o bien cuando el abastecimiento se les ha terminado tempranamente.

Así mismo se plantea la participación de la comunidad a través de sus organizaciones y redes como un componente indispensable, para lograr el empoderamiento. No obstante en la experiencia de organizaciones afines se recomienda el manejo institucional del proyecto, para garantizar la autosostenibilidad a mediano plazo.

#### Objetivos:

- Cobertura / Accesibilidad (geográfica y económicamente de medicamentos esenciales)
- Educación y Comunicación social en salud sobre el uso racional de medicamentos
- Disminuir la dependencia sobre los medicamentos
- Promover el uso de productos populares y tradicionales

## **A. UNA PROPUESTA INSTITUCIONAL CON APOYO TÉCNICO Y FINANCIAMIENTO.**

El año 2000 Acción Médica Cristiana, con el apoyo del ONG Español denominado: Farmacéuticos Mundi inician el proyecto: “Creación de una red de farmacias y botiquines comunitarios en las áreas rurales de la región Autónoma del Atlántico, Chinandega, Matagalpa y Managua” (8)

Sin embargo en la zona de KukraRiver ya se había iniciado la experiencia, incluso el inicio de la construcción de un local para la venta de medicamentos, en ese momento concebido como una farmacia comunitaria, que estaría ubicada en la comunidad de San Francisco.

Es importante mencionar que en el proceso de implementación el concepto de farmacia fue sustituido por el de Venta Social de Medicamentos (VSM) ya que una farmacia no se adecuaba a la realidad comunitaria.

### **B.1 OBJETIVOS**

En los objetivos del proyecto se plantea el mejoramiento de la situación sanitaria mediante el acceso a la población de medicamentos esenciales y genéricos de calidad a un bajo costo a través de la creación de farmacias, botiquines comunitarios y talleres de formación continuados. La autosostenibilidad a través de la creación de un fondo rotativo generado por la venta de los medicamentos y el fortalecimiento de la participación comunitaria a través de sus organizaciones y redes.

**B.2 CONTENIDO:** En este proyecto se abordan dos aspectos diferenciados:

- Por una parte se creará un fondo rotatorio de medicamentos genéricos y esenciales para establecer una red de distribución de fármacos esenciales y genéricos en zonas muy deprimidas económicamente y de difícil acceso, en el que el número de beneficiarios asciende a un total de 64,825 personas. Los departamentos de ejecución son las Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Sur, Matagalpa, Managua y Chinandega. De esta manera se posibilitará el abastecimiento de medicinas a 11 Farmacias Comunitarias de nueva creación y 111 Botiquines Comunales gestionados por promotores / as o líderes de salud, asegurando así el derecho a la salud de la población a través del suministro de medicamentos permanente.

Para esto se crearán condiciones de infraestructura en Managua para el abastecimiento de un almacén central, que dará cobertura a la red de 11 farmacias y 111 Botiquines Comunales.

- Por otra parte se crea un programa de capacitaciones y concientización dirigida a médicos, enfermeras, auxiliares sanitarios, líderes, promotores / as, parteras, despachadores de farmacia, así como a la población atendida, en el uso racional del medicamento, potenciación del uso de genéricos e importancia de la medicina preventiva. El trabajo de capacitación a los distintos agentes de la salud contribuye a la mejora de la atención sanitaria de estas comunidades.

En el caso particular de KukraRiver se define la finalización del local de la farmacia y su aseguramiento, equipamiento y abastecimiento de su fondo semilla ( medicamentos ). Así mismo se define una dispensadora a seleccionar en la comunidad y una red de 9 agentes de salud para la implementación de botiquines comunitarios.

### B.3 COBERTURA Y BENEFICIARIOS:

La población beneficiada directamente es la población residente en las comunidades donde se instalaron las diferentes VSM y donde están ubicados los botiquines.

<b>Territorio</b>	<b>Comunidades</b>	<b>Población</b>
Alamikamba	10	6,689
Sahsa	10	
Andres Rio Coco Abajo	14	7,492
San Carlos Río Coco Arriba	22	11,946
Laguna de Perlas	1	7,406
KukraRiver	10	2,763
Tasba Pouni	1	1,603
Orinoco	1	1,545
Holouver	1	1,617
Aguas Marias	5	2,570
San Isidro	5	5,400
San Francisco libre	6	2,347
Managua	1	5,500
Posoltega	4	6,308
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>63,186</b>

Abarca: Las regiones del Atlántico, central y pacífico de Nicaragua cuyos beneficiarios ascienden a un número cercano a 65,000 personas.

### B.4 PARTICIPANTES:

#### B.4.1 Dispensadores(as)

a. Es un recurso humano cuyas características son las siguientes;

- Es originario de la comunidad, mayor de edad
- Elegido(a) por AMC y la comunidad
- Cualidades de ser honesto, trabajador y amable
- El nivel mínimo de escolaridad es determinado en cada caso, pero se propone que al menos tenga primaria aprobada

b. Capacitación

- Los dispensadores son integrados a un plan de capacitación, para el manejo básico de una Venta Social de Medicamentos y conocimientos sobre medicinas, enfermedades, educación en salud, relaciones humanas, etc.

### c. Perfil de funciones

- Atender recetas y despacho de medicamentos, venta de artículos populares
- Educación en salud, que garantice la adecuada comprensión de la prescripción del medicamento
- Administración de los recursos materiales y financieros
- Aplicar las normas éticas de comportamiento humano y técnico, en su trabajo
- Realiza informes del funcionamiento de la VSM
- Informar y orientar a la población sobre el uso racional de medicamentos
- Reuniones
- Capacitación
- Reposición de inventario

### B.4.2 Red de Agentes comunitarios de salud

- Conformado por los líderes de salud con botiquín comunitario
- Es un recurso de la comunidad elegido y apoyado por la misma
- Es capacitado en el manejo de medicamentos básicos, para enfermedades comunes
- Administra el uso y manejo del botiquín
- Rinde informes a su responsable
- Maneja una cantidad mínima de medicamentos, que le permite una atención entre 2-3 meses
- Cuenta con un libro buscando remedios, como un texto de consulta y aprendizaje
- Lleva un registro y control básico
- Capacitación

### B.4.3 Comités de Salud/Directiva comunitaria

- Apoyar al líder de salud en su trabajo comunal
- Incidir positivamente, en la comunidad sobre la venta de medicamentos
- Evitar que el líder de salud haga mal uso del dinero
- Apoyar al líder de salud, en los procesos de capacitación a la red de botiquines
- Gestionar los proyectos comunitarios

### B.4.4 Comunitarios

- Apoyan el botiquín en su comunidad
- Se organizan y participan en la divulgación del mismo
- Son sujetos de consulta y de participación
- Ejercen algún control social

## **B.5 RESULTADOS ESPERADOS**

- B.5.1 Un Almacén Central de AMC en Managua abastecido, para dar cobertura a la red de 11 farmacias comunitarias y 111 botiquines comunales proporcionando a 64,825 beneficiarios el acceso directo a los medicamentos genéricos de bajo costo**
  
- B.5.2 11 Despachadores/as de Farmacias y 111 promotores/as de salud capacitados/as para prestar atención primaria en las comunidades e informar sobre el buen uso del medicamento. Además de 30 profesionales de salud ( médicos, enfermero/as y auxiliares de enfermería) sensibilizados y capacitados, para la prescripción y uso racional de medicamentos**

## **Ejes de reflexión con el equipo local del proyecto**

### **A. Análisis de la estrategia**

1. ¿Cuál es el propósito que persiguen las VSM y botiquines comunitarios?
2. ¿Cómo se relaciona con los problemas planteados por las comunidades?
3. ¿Cómo se relaciona con la estrategia de fortalecimiento del sistema de salud comunitaria?
4. ¿Cuál es el funcionamiento de la red en sus distintos niveles? Existe una clara conceptualización de la red?
5. ¿Hasta qué punto se han alcanzado los resultados previstos con la implementación de la estrategia?
  - Que llegue a todos los líderes
  - Que tenga un número indispensable de medicamentos
  - Que los medicamentos sean de calidad
  - Que tengan bajo costo
  - Que puedan controlar o combatir el 90% de las enfermedades
  - Que el sistema sea permanente y sostenido
  - Que sea autofinanciado y funcionamiento autónomo
  - Que sea administrado por personal capacitado

### **B. Estudio de factibilidad**

6. ¿Hubo algún estudio para valorar la factibilidad económica del proyecto : capacidad y disposición de pago de la población, actividades generadoras de ingreso, etc. ?
7. ¿Se valoró la factibilidad sociocultural, preferencias de la medicina tradicional sobre la medicina occidental, percepciones de gratuidad de medicamentos esenciales, prácticas sobre automedicación con tratamientos populares, etc ?
8. ¿Se valoró la capacidad técnica del proyecto: capacidades locales para el manejo de VSM y botiquines comunales, capacidad organizativa para la gestión del proyecto, etc ?
9. ¿La población identifica el desabastecimiento de medicamentos como una necesidad ?
10. ¿La población identifica el proyecto como una posible solución al problema?
11. ¿La población estaba dispuesta a participar en el proyecto? ¿Cuál sería la participación de los líderes comunitarios?

### **C. Sensibilización a la población**

12. ¿Cuáles fueron las estrategias para sensibilizar a la comunidad acerca del problema y de las soluciones ?

### **D. Participación Comunitaria**

13. ¿Cuál ha sido la participación de las directivas comunales en el proyecto?

14. ¿Cómo se inserta el proyecto en los planes comunitarios de salud y desarrollo?
15. ¿Cuál ha sido la participación de los agentes comunitarios en el proyecto?
16. ¿Existe fondo revolvente en la comunidad?
17. ¿Cómo se administra, quién decide sobre él ?
18. ¿Cómo se utiliza el fondo revolvente de la comunidad para garantizar la salud ?
19. ¿Cómo se utiliza el fondo revolvente de la comunidad para garantizar el acceso a medicamentos esenciales ?

#### E. Construcción e Infraestructura

20. ¿La ubicación de VSM y botiquines comunitarios siguió los criterios establecidos para asegurar el éxito ?
21. ¿Qué tipo de infraestructura ha construido el proyecto?
22. ¿Cómo se garantiza que la estructura construida será utilizada para el proyecto y no para otra cosa?
23. ¿Cómo se garantiza el mantenimiento de la infraestructura construida?  
¿Hasta qué punto es sostenible por la comunidad?

#### F. Capacitación de dispensadora y agentes comunitarios

24. ¿Había claridad en los criterios y mecanismos de selección de dispensadora y agentes comunitarios? Comente.
25. ¿Cuáles han sido las fortalezas y debilidades del proceso de capacitación?
26. ¿Qué tipo de seguimiento de terreno se ha dado a dispensadora y agentes comunitarios para el funcionamiento de la VSM y botiquines comunitarios?

#### G. Equipamiento y abastecimiento de medicamentos

27. ¿Cómo se hizo la entrega de medicamentos y equipos?
28. ¿Se explicó claramente el trabajo de VSM y botiquines comunitarios a dispensadora y agentes de salud, respectivamente ?
29. ¿Cuáles fueron los mecanismos de seguimiento para asegurar el funcionamiento del VSM y botiquines comunitarios?

#### H. Estrategia de Marketing social

30. ¿Cuáles fueron las estrategias para promover las VSM y botiquines comunitarios? ¿Cuáles fueron las ventajas presentadas a la población?
31. ¿La población está enterada de los productos y precios de los medicamentos esenciales de las VSM y botiquines comunitarios ?

#### I. Recuperación de la Inversión y Sostenibilidad

32. ¿Hasta qué punto se ha logrado recuperar la inversión inicial?
33. ¿Cuáles son las alternativas locales de financiamiento para asegurar la Sostenibilidad?

## **Guía de entrevista a personal de salud MINSA**

1. ¿Qué tipo de problemas existen con el abastecimiento de medicamentos a la unidad de salud ?
2. ¿Con qué tipos de medicamentos tienen más problema de abastecimiento?
3. ¿Cuántos días al mes se mantienen más o menos abastecida la unidad de salud de los medicamentos esenciales ?
4. ¿La unidad de salud cobra por los medicamentos que distribuye a la población? Comente.
5. ¿Existen farmacias privadas en la comunidad o cerca de ella?
6. ¿Qué nivel de demanda tienen las farmacias en la comunidad?
7. ¿Las pulperías venden medicamentos populares en la comunidad ?
8. ¿Hasta qué punto está arraigada la automedicación en la población?
9. ¿Qué información tienen acerca del proyecto de VSM y botiquines comunitarios? ¿Qué opinión tiene al respecto?
10. ¿Conoce si existe un marco legal para el funcionamiento de VSM y los BC?
11. ¿Conoce experiencias exitosas en el país en la implementación de VSM y BC?
12. ¿Qué actividades de coordinación o evaluación han tenido con AMC acerca del tema de medicamentos esenciales?
13. ¿Qué mecanismos de interacción existen entre servicios de salud y VSM?  
¿Son de complementariedad o competencia?
14. ¿Qué sugerencias tendría para resolver el problema de medicamentos esenciales en la comunidad?

## **Ejes de reflexión con Líder Comunitario**

1. Qué piensa de la situación política, económica y social de las comunidades en el periodo 1998 – 2002 ?
2. Cuáles fueron los principales acontecimientos de ese período ?
3. En qué forma ayudaron o afectaron estos acontecimientos al territorio ?
4. De qué forma respondió la comunidad ?
5. Cuáles fueron las principales dificultades de las comunidades frente a los acontecimientos del periodo ?
6. Qué situación fue necesario, para lograr los cambios ?
7. Mencione los tipos de actores de ese periodo.
8. Cómo fue la relación entre estos actores, para enfrentar las dificultades del periodo ?
9. Cuál fue la actitud de los actores frente a los acontecimientos del periodo y las dificultades ?
10. Comentarios finales de lo más significativo del período.

## **Ejes de reflexión con Directivas comunitarias**

1. ¿Conoce Ud. Sobre la VSM y BC?
2. ¿Qué motivó la participación del CS, en la red de BC Y VSM ?
3. Háblenos de la experiencia que Uds. tuvieron en el inicio de este proyecto
4. ¿Cómo fue la forma de elección del líder de salud?
5. ¿Qué tipo de apoyo le dan al líder de salud?
6. ¿Para qué les sirve un BC en la comunidad?
7. ¿Qué ayudaría, para que este BC se mantenga funcionando ?
8. ¿Qué beneficios han mirado al tener un BC en la comunidad?
9. ¿Qué actividades realiza el líder de salud en su comunidad?
10. ¿Qué les parece los medicamentos, los precios y la atención brindada por el líder?
11. En la relación con AMC ¿Qué es lo más positivo, para que este BC funcione en la comunidad? ¿Qué sería bueno fortalecer?
12. ¿Qué debe mejorar en este proyecto ?

### MATRIZ 1: ETAPAS

Identificar la estrategia principal y ubicarla en el tiempo, en años.

ESTRATEGIA	I	II	III	IV
Sensibilización	1998-1999			
Organización - Participación		1999-2000		
Capacitación			2000-2001	
Sostenibilidad				2001-2002

### MATRIZ 2: ORDENAMIENTO DE INFORMACIÓN

Ordenar la información, según el tema en las diferentes etapas o estrategias identificadas.

Tipo de Información recopilada	Sensibilización	Organización- Participación	Capacitación	Sostenibilidad
A	x	x		
B		x		
C			x	
D				x

### MATRIZ 3: CLASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Clasificar el contenido de la información

I	II	III	IV	OBSERVACIÓN
xi	xi	xi	xi	
	xi			

### MATRIZ 4: CONTEXTO

Caracterizar el contexto en el ámbito nacional, institucional y local.

FECHA/ETAPA	NACIONAL	INSTITUCIONAL	LOCAL
I	<b>A</b>	<b>A</b>	<b>A</b>
II			
III			
IV			

