

# PASO A PASO

No.37 FEBRERO 1999

ATENCION DE SALUD SOSTENIBLE

**L**A ATENCION DE SALUD de buena calidad y accesible es algo que todos necesitamos. Sin ella, muchos de nosotros seríamos incapaces de recuperarnos de las enfermedades graves, las infecciones o las heridas. En un mundo ideal, todos deberían tener acceso a una atención de salud primaria que sea de buena calidad y al alcance del bolsillo. Ningún gobierno debiera arrogarse lo contrario. Sin embargo, la realidad es a menudo muy distinta...

Recuerdo claramente una discusión sobre la atención de salud con un grupo de ancianos de una aldea en la parroquia de Barr, en el norte de Uganda. Me contaron acerca de los elevados precios de la atención de salud de los últimos años, del cierre de policlínicos, del costo del transporte a Lira y de los enormes precios que se debían pagar por los tratamientos y medicamentos. Una señora se dirigió a mí con lágrimas en los ojos, pensando en amigos que habían sufrido y que estaban muertos, y dijo: 'Ahora no tenemos servicios de salud. Cuando nuestra gente se enferma, no nos queda sino rezar por ellos. Por favor, cuénteles a los demás nuestro sufrimiento.'

Este número examina ideas sobre cómo hacer que los servicios de salud lleguen a ser sostenibles. Muchos gobiernos continúan efectuando cortes en el financiamiento de los servicios de salud, a menudo a causa de los enormes intereses que pagan por su deuda externa. Esto significa que la atención de salud a nivel local debe cada vez más obtener su financiamiento de la gente de la localidad, quienes tienen a menudo ingresos muy bajos. En tal situación de desesperación, la necesidad de compartir buenas ideas que hayan resultado en una región se hace cada vez más importante. Tanto expertos de la salud como lectores de muchos países han contribuido con excelentes ideas para este número.

Sin embargo, la salud no es solamente la existencia de enfermedades. Tiene que ver con el bienestar en todos los aspectos de la vida. Los mejoramientos en saneamiento, suministro de agua, nutrición y vivienda se reflejarán en una mejor salud en la comunidad. Tales mejoramientos sólo pueden conseguirse ayudando a la gente a identificar sus propias prioridades y tomar sus propias medidas para enfrentar la pobreza.

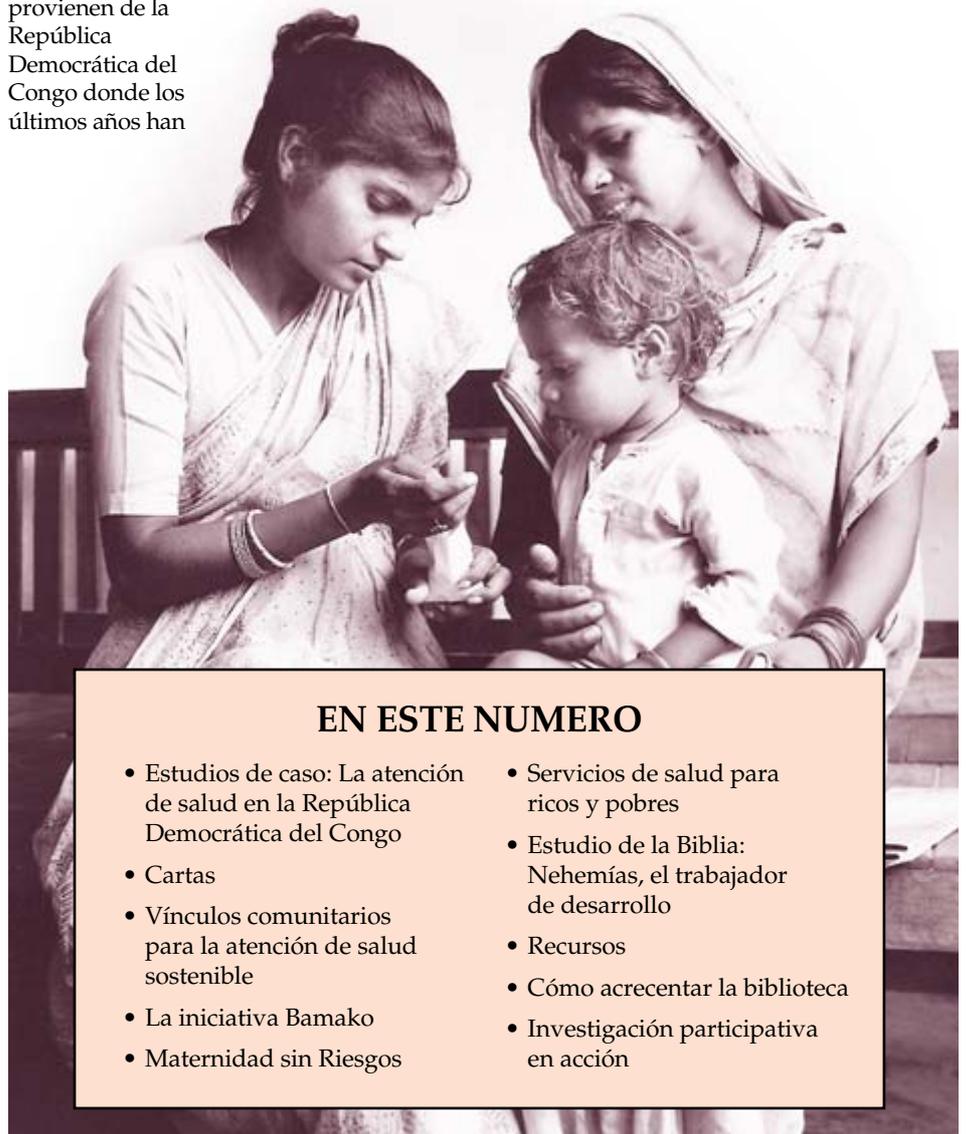
## DE LA DIRECTORA

Los estudios de caso que aparecen en este número reflejan todos la necesidad de permitir que la gente establezca primero sus propias prioridades en cuanto a la salud. Varios de estos estudios provienen de la República Democrática del Congo donde los últimos años han

presenciado enormes conflictos, incluyendo la guerra civil, el derrocamiento del jefe de estado anterior, Mobutu, y grandes desplazamientos de refugiados. Prácticamente sin financiamiento estatal para atención de salud, todo sistema de salud que funcione es digno de considerable interés.

La atención de salud es algo que todos necesitamos. Trabajemos en conjunto para mejorar la situación de nuestra propia localidad.

*Isabel Carter*



## EN ESTE NUMERO

- Estudios de caso: La atención de salud en la República Democrática del Congo
- Cartas
- Vínculos comunitarios para la atención de salud sostenible
- La iniciativa Bamako
- Maternidad sin Riesgos
- Servicios de salud para ricos y pobres
- Estudio de la Biblia: Nehemías, el trabajador de desarrollo
- Recursos
- Cómo acrecentar la biblioteca
- Investigación participativa en acción

# PASO A PASO

ISSN 0969-3858

*Paso a Paso* es un folleto trimestral que une a los trabajadores sanitarios con los trabajadores del desarrollo en todo el mundo. Tearfund, editores de *Paso a Paso*, esperan que las nuevas ideas creadas sean de ayuda y estimulen el trabajo comunitario. Es una forma de alentar a los cristianos de todo el mundo a trabajar juntos con la finalidad de crear una comunidad estable y unida.

*Paso a Paso* es gratis para la gente que trabaja en campañas de promoción de la salud y del desarrollo. Lo tenemos disponible en inglés, francés, español y portugués. Aceptamos con gratitud cualquier donación.

Invitamos a nuestros lectores a contribuir, dándonos sus puntos de vista y enviándonos cartas, artículos y fotos.

**Directora:** Isabel Carter  
PO Box 200, Bridgnorth, Shropshire,  
WV16 4WQ, Inglaterra  
Tel: +44 1746 768750  
Fax: +44 1746 764594  
Email: imc@tearfund.dircon.co.uk

**Encargada de Idiomas:** Sheila Melot

**Comité Editorial:**

Jerry Adams, Dra Ann Ashworth, Simon Batchelor, Mike Carter, Jennie Collins, Bill Crooks, Paul Dean, Richard Franceys, Dr Ted Lankester, Sandra Michie, Nigel Poole, Louise Pott, José Smith, Mike Webb

**Ilustraciones:** Rod Mill

**Diseño:** Wingfinger Graphics, Leeds

**Traductores:**

L. Bustamante, Dr J Cruz, S Dale-Pimentil, S Davies, M V A Dew, N Edwards, R Head, J Hermon, M Leake, M Machado, O Martin, J Martínez da Cruz, N Mauriange, J Perry

**Lista de Correos:** Escribanos con una breve descripción de su trabajo, especificando el idioma que desea a: Footsteps Mailing List, 47 Windsor Road, Bristol, BS6 5BW, Inglaterra  
Tel: +44 1746 768750

**Cambio de dirección:** Por favor, indique el número de referencia de la etiqueta que lleva su dirección al darnos a conocer un cambio de dirección.

**Los artículos e ilustraciones** de *Paso a Paso* pueden ser adaptados para uso en material de capacitación, para estimular la salud y el desarrollo rural, con tal de que el material se distribuya gratis y se le dé crédito a *Paso a Paso*, Tearfund. Se debe pedir autorización antes de reproducir el contenido de *Paso a Paso*.

**Las opiniones y puntos de vista** expresados en las cartas y artículos no necesariamente reflejan los puntos de vista de la directora o de Tearfund. La información provista en *Paso a Paso* se verifica con todo el rigor posible, pero no podemos aceptar responsabilidad por cualquier problema que pueda ocurrir.

**Publicado por Tearfund**, compañía limitada. Reg. en Inglaterra No 994339. Reg. de caridad No 265464. Tel: +44 181 977 9144

**TEARFUND**



CHRISTIAN ACTION WITH THE WORLD'S POOR

*Para ser sostenibles, los centros de salud deben ser apreciados por la comunidad local.*

# Atención de salud en la República

Dos estudios de caso de centros de salud – uno que heredó una difícil situación y otro que es un ejemplo de considerable éxito

por Nyangoma Kabarole

## Estudio de caso

# 1

## El Centro de Salud de Adranga

El Centro de Salud de Adranga está en la región de Aru. Se construyó en 1970 con financiamiento del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR) para ayudar a los refugiados de Uganda en Aru. En un comienzo, este centro de salud fue equipado tanto de materiales como de suministros médicos por ACNUR sin ninguna ayuda o apoyo de la población local.

Después de que se marchó ACNUR, este centro de salud fue entregado como obsequio en forma gratuita a la comunidad. Lamentablemente, la comunidad no tenía experiencia en el manejo de un centro de salud. Personas inescrupulosas se robaron los materiales y los equipos, dejando así el centro en caos. Se creó un comité de salud, pero éste pronto se vio en dificultades a causa de que la gente estaba acostumbrada a recibir asistencia médica gratuita y no quería pagar los precios que se empezaron a cobrar. La gente de la localidad alegaba que, como el centro médico había sido un obsequio a la comunidad, la atención de salud debía seguir proporcionándose en forma gratuita. Al darse cuenta de que era incapaz de manejar este centro de salud en

forma adecuada, la gente se lo entregó a la iglesia anglicana.

Dos personas responsables y bien educadas de Aru tomaron la responsabilidad y la iniciativa de clausurar el Centro de Salud de Adranga y el antiguo comité de salud y sus actividades. En su lugar eligieron un nuevo comité más pequeño constituido por tres personas de la localidad cuyos roles eran de:

- educar a la población
- estimular el espíritu de autofinanciamiento.

Sólo después que se efectuó esto se volvió a abrir el Centro de Salud de Adranga con la libertad de evolucionar y progresar.

Como conclusión, creo que la evolución de un centro de salud exitoso depende particularmente de:

- la iniciativa de la comunidad local
- un dirigente que crea en la necesidad, importancia y valor que un centro de salud tiene para la gente
- enfermeras capacitadas en salud comunitaria, que sepan trabajar con la comunidad
- buena supervisión por parte de personal médico experimentado.



Foto: Mike Webb, Tearfund

*Nyangoma Kabarole es el Director del Servicio Médico de la iglesia anglicana de la diócesis de Boga.*

# Democrática del Congo



Foto: Ken Pattinson

## Estudio de caso

# 2

## El Centro de Salud Mabuku

Hasta hace cinco años, el Centro de Salud Mabuku en el norte de la provincia de Kivu era sólo otro centro de salud rural que tenía dificultades económicas y dependía de financiamiento externo para sus necesidades mayores. Tenía un promedio de 5 a 10 consultas al día y 20 partos al mes. Actualmente tiene mucho éxito, tanto en el cuidado curativo como en llegar a la población con un efectivo programa de salud comunitaria.

Actualmente hay entre 25 y 30 consultas al día, entre 130 y 150 partos al mes y un equipo de 28 trabajadores de salud comunitaria capacitados en la localidad y con base en las 14 aldeas de los alrededores, además de un programa para más de 100 niños malnutridos. Es difícil precisar las causas con exactitud, pero parece haber emergido una combinación de factores que permite que hoy en día el aspecto curativo del trabajo sea capaz de sostener casi completamente un programa de salud comunitaria en expansión para las 25.000 personas en su zona de trabajo.

### Factores para el cambio...

- Una enfermera jefa con una visión para la atención de salud integrada, manteniendo un buen equilibrio entre las demandas inmediatas y apremiantes del cuidado curativo y la visión a más largo plazo del cuidado preventivo y comunitario.
- La designación de una enfermera de salud comunitaria (apoyada por Tearfund), con responsabilidad exclusiva de abrirse hacia la comunidad y establecer y ampliar numerosos programas de salud comunitaria. Esta enfermera no tiene responsabilidad por el trabajo curativo.
- Una población que tiene genuina confianza en sus enfermeras porque ellas proporcionan un servicio curativo de calidad, lo que da por resultado que la gente escuche los consejos de estas enfermeras cuando entregan educación de salud o ayudan a la gente a examinar algunas de las causas subyacentes de la mala salud en su comunidad.
- Un activo comité de salud que se reúne con regularidad y que tiene representación de todos los niveles poblacionales. Este comité tiene un cierto grado de creativi-

dad, lo que ha estimulado la participación de la comunidad (véase el recuadro).

- La construcción de albergues de maternidad en los que puede esperar el parto hasta 50 embarazadas que viven lejos del centro de salud o que tienen 'embarazos de alto riesgo'.
- La aceptación de que la gente que no tiene dinero pueda pagar sus cuentas con productos o ganado, los que a su vez son vendidos o pagados como parte del sueldo a los empleados.
- Se usó cierta ayuda externa de Tearfund para establecer diferentes proyectos de nutrición en la comunidad. Estos se centraron en las familias con niños mal alimentados. Por ejemplo, hay un proyecto de frijoles de soja que proporciona demostraciones prácticas de alimentos a las madres y provee semillas para cada una de las familias con niños malnutridos para que las siembre en sus propios campos.
- Una política de mantener bajos costos y de estimular a los pacientes a que concurran al centro. A medida que se reducían los precios aumentaba la cantidad de pacientes y de esta manera se incrementaba el ingreso. A medida que crecían los ingresos, el centro estuvo en condiciones de agregar otra enfermera comunitaria a tiempo completo y de comprar una moto usada para el personal de salud, especialmente para recoger las vacunas.

### Más que un mero sueño

Todo esto ha redundado en un alto nivel de propiedad por parte de la población, tanto del centro de salud como del programa de salud comunitaria. Cuando la gente de la comunidad terminó de construir una nueva maternidad de

ladrillo (completamente sin ayuda y con los ingresos del centro de salud) insistió en llamarla *Maternité Wetu* (Nuestra Maternidad).

No es necesario decirlo, pero hay aún muchos problemas que superar; sin embargo, hemos sido estimulados en gran medida por este enfoque integrado y de ver que un proyecto como éste, con enfermeras de salud bien capacitadas y una mano generosa inicial para ayudarlo a despegar, puede hacer la palabra 'sostenible' sea más una realidad que un sueño, aún en uno de los países más pobres del mundo.

*Compilado por Maggie Crewes, Coordinadora de North Kivu Medical Service, CAZ Boga, PB 21285, Nairobi, Kenya.*

### Participación comunitaria creativa

- Cada bebé que nace en el Centro recibe una muda de ropa 'gratuita' que se incluye en el costo del parto. Esto ha sido muy popular y actualmente hay una mayor cantidad de mujeres que llegan a dar a luz. Esto ha reducido el costo general por parto. Además, las mujeres con riesgo de partos complicados tienen ahora más posibilidades de venir al Centro.
- La gente que participa en el trabajo comunitario (como el acarreo de piedras o arena para ayudar a un proyecto de construcción o uno de protección de fuentes acuíferas) recibe un pequeño descuento en su cuenta de medicamentos. Esto ha mantenido un elevado nivel de participación comunitaria en todos los proyectos.



## Mercado para los frijoles de soja

RABEMAR (Investigación y Acción para el Bienestar de la Gente del Campo) ha iniciado un proyecto para promover el cultivo del frijol de soja en vez de algodón, el que tiene un efecto pernicioso sobre el medio ambiente. Sin embargo, hoy en día nos enfrentamos con una carencia de mercados para el frijol de soja. Nuestras agrupaciones producen más de 100 toneladas de frijoles de soja al año. Estamos a la busca de asociados ya sea para la exportación de frijoles de soja o para establecer una prensa para aceite de soja. Cualquier asociado que sea capaz de ayudarnos a alcanzar nuestro objetivo será bienvenido.

Lucien E Akpinfa  
Rabemar  
BP 46  
Glazoue  
República de Benin



## Consejos para fumadores

ME GUSTARIA COMPARTIR con otros lectores este método para dejar de fumar después de haberlo experimentado personalmente en Sudáfrica. Tomar algunas semillas de *Ricinus* (la planta del aceite de ricino) y molerlas. Dejarlas luego durante dos o tres días al sol. Mezclarlas con tabaco y luego darles dos o tres chupadas. ¡Produce un olor tan desagradable que nunca más se querrá fumar! Esta es una forma tradicional típica de enfrentar el hábito de fumar y espero que ayude a aquellos hermanos y hermanas en Cristo que son adictos al cigarrillo y que no pueden dejarlo.

Quenan Crispo  
So Said – So Done  
Box No 99  
Lichinga, Niassa  
Mozambique

## Generación de ingresos para policlínicos

ENCUENTRO SU REVISTA rica en artículos informativos y útiles. He aquí unas pocas ideas para aumentar el ingreso de los policlínicos:

- Usar sólo medicamentos de buena calidad para que los pacientes tengan confianza en el tratamiento.
- Desarrollar un servicio especializado en, por ejemplo, cuidado de los ojos o proveer servicios de laboratorio.
- Evitar el exceso de administradores
- Desarrollar negocios tales como cafés, servicios de reparación de bicicletas o pequeños centros de negocios con teléfonos y fotocopiadoras.
- Producir pequeños folletos o boletines para compartir informaciones acerca de las actividades del policlínico. Esto puede motivar a personas de buena disposición a ayudar en el policlínico.

Musa Goyol  
Mangu Leprosy and Rehabilitation Centre  
Church of Christ in Nigeria  
PMB 2127  
Jos, Plateau State  
Nigeria

## Triciclo para minusválidos

AQUI en la Escuela Vocacional de Beraca, en Haití, hemos desarrollado un triciclo. Este se hace cortando dos bicicletas viejas (que son muy baratas aquí) y soldándolas. El diseño es liviano, con frenos y cambios, por lo que resulta más divertido de utilizar que una silla de ruedas. Su propulsión es totalmente manual y la puede conducir cualquier persona que haya perdido el uso de las piernas.

Ha transformado completamente la vida de Benita, quien tiene TBC en las piernas



Benita y su triciclo liviano a propulsión manual.

y estaba confinada a una silla de ruedas y dependía de otras personas para que la empujaran. Ahora puede viajar sola y sin ayuda hasta 3km, incluso en senderos escabrosos y caminos.

Andrew Lewis  
c/o MFI/UFM Haiti  
PO Box 15665  
West Palm Beach  
FL 33416  
EEUU

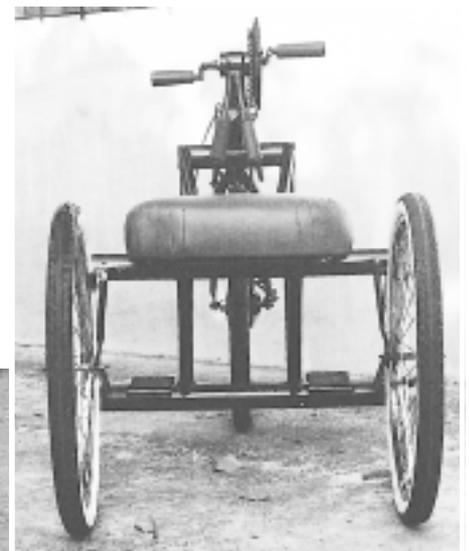
## DE LA DIRECTORA

Los que deseen construir uno de estos triciclos y requieran detalles del diseño, pueden escribir a la Directora de Paso a Paso.

## Producción de jabón de aceite de palma

LEI EL NUMERO 26 y tuve mucho interés en el asunto de los proyectos con autofinanciamiento. En mi trabajo de enfermería comunitaria visito muchos hogares. Un ejemplo exitoso de un proyecto con autofinanciamiento que he observado es la fabricación de jabón. He aquí el método que usan:

- La fabricación de jabón requiere de sustancias químicas peligrosas. En primer lugar, mantener a los niños alejados y protegerse las manos con guantes de goma o bolsas plásticas.
- Pesar 1,5kg de soda cáustica.



- Medir 4 litros de agua fría y depositar en un receptáculo de plástico o de madera grande.
- Verter la soda en el agua con mucho cuidado y dejar que se disuelva y se enfríe. **(Tener mucho cuidado. Esta mezcla puede causar quemaduras en la piel: lavar inmediatamente. Evitar respirar las emanaciones.)**
- Verter 16 litros de aceite de palma en una olla (22 medidas usando una botella común de 720ml) y calentarlo hasta que el aceite cambie de color de rojo a amarillo o blanco y luego dejarlo enfriar.
- Verter el aceite con mucho cuidado en la solución de soda cáustica, revolviendo siempre en la misma dirección para evitar las salpicaduras, hasta que se forme una pasta azul y espesa.
- Verter la pasta en un molde de madera (100cm x 65cm x 3cm de alto) forrado con tela y sobre una superficie plana.
- Nivelar el jabón y permitir que se endurezca antes de cortarlo en barras (para esto sirve un alambre).
- Permitir que se endurezca durante siete días antes de manipular y usar.

*Nzangya Hussa  
Infirmier C S – Boneleko  
Communauté Baptiste du Zaïre Nord  
BP 63, Bangassou  
République Centrafricaine*

**Bancos de arroz**

UN PROBLEMA DE ENVERGADURA en nuestra región es la sequía anual entre enero y junio. La región produce suficiente arroz, el alimento principal, para que dure todo el año, pero desgraciadamente, debido a su necesidad de dinero en efectivo, la gente vende la mayoría de su producción para pagar mercaderías y matrículas escolares. Esto significa que hay entonces un período de hambruna todos los años. Tengo planeado establecer un banco de arroz a fin de acumular reservas de arroz que estén disponibles

durante el período de hambruna anual. El arroz se entregará en forma de préstamo, el que se devolverá durante la época de las cosechas. Me gustaría recibir ideas y consejos de lectores que tengan experiencia de este tipo de proyecto.

*M Abale A Lucien  
BP 36, Niambézaría  
S/P de Lakota  
Costa de Marfil*

**Análisis para el SIDA**

TRABAJO DE ASISTENTE SOCIAL y me preocupó de la educación de salud sexual en el Centro de Información sobre el SIDA. Proporcionamos materiales educativos acerca del SIDA y examinamos a la gente para ver si tienen SIDA o alguna otra enfermedad venérea. Solíamos hacer esto en forma gratuita. Sin embargo, encontramos que cuando comenzamos a cobrar una suma modesta por estos exámenes, una mayor cantidad de gente comenzó a utilizarlos. Esto es debido a que, cuando alguien paga por algo, le otorgan mayor valor. Desde 1990 hemos examinado a 350.000 personas y establecimos clubs a través de toda Uganda.

*Turyatamba B Eddy  
Mengo Institute of Technology  
PO Box 14060  
Kampala  
Uganda*

**¡Salvemos el planeta!**

FORMADO HACE MUCHO tiempo de cráteres y volcanes, por millones de años nuestro planeta se fue cubriendo de verdor y agua. Pero si ‘desperdiciamos’ la capa fértil a causa de nuestras insensatas actividades económicas, nuestro planeta quedará una vez más sin vida.

*Nohoune Lèye  
Senegal*



**GLARP**

GLARP – el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional – ofrece talleres, simposios y congresos a lo largo de 1999. Estos cubren una cantidad de diferentes minusvalías y se llevan a cabo en diferentes países. Para mayores detalles, escribir a Nohora Elena Díaz U, GLARP, Carrera 9a.A No. 93-93, Apartado Aéreo 56208, Santafé de Bogotá, Colombia.  
Fax: 613-51-24 E-mail: glarp@cable.net.co

**Cosecha para la salud**

LA FORMA MAS POPULAR de operar policlínicos con los aldeanos aquí en Afganistán es *ohshur*, la palabra para *diezmo*. Los aldeanos dan un décimo de su cosecha al policlínico todos los años. A cambio de su donación, todo el tratamiento de salud para la familia completa se otorgará en forma gratuita hasta la próxima cosecha.

Este sistema fue iniciado en Bambai, en la provincia de Wardock hace dos años. Ahora hay muchas clínicas exitosas en esta provincia. Esta donación de cosechas está al alcance de los agricultores y cubre todos los gastos de los servicios de salud primarios.

*Abdul Hafiz Ahmadi  
Kabul Medical Institute  
H No 232, Str 44, D2  
Phase I, Hayat Abad  
Peshawar  
Pakistán*

**Proyecto de educación sobre SIDA**

NUESTRA ORGANIZACION inició un proyecto llamado ‘Todos contra el SIDA’. Este consiste de una gira para concientizar a los pueblos y aldeas de Togo. Desde que comenzó en Diciembre de 1997, ya hemos visitado varios colegios en Lomé y los pueblos vecinos, haciendo conciencia entre los jóvenes para que se opongan al SIDA y el VIH. ¡Los debates han atraído hasta 900 personas! El proyecto enfrenta actualmente algunas dificultades materiales y económicas. Acogeríamos cualquier ayuda de quien sea que desee ayudar al proyecto a alcanzar su objetivo.

*Amouzouvi E Blewoussi  
Association Brimax  
BP 13182  
Lomé  
Togo*

**Número de aniversario**

En 1999 *Paso a Paso* celebrará su décimo aniversario. Estamos planeando un número especial de aniversario y esperamos recibir ejemplos breves de cómo *Paso a Paso* ha ayudado a la gente en su trabajo, o ha ayudado a cambiar situaciones. Estaríamos encantados de oír de todas las personas que puedan enviar una narración breve, con fotos si fuese posible. Tengan en cuenta que nos gustaría recibir ejemplos prácticos que puedan servir de inspiración a otros, no solamente comentarios favorables acerca de *Paso a Paso*.

**Estudio de caso**

**3**

# Prioridades de salud en Marabo

NUESTRO TERCER ESTUDIO DE CASO viene de Marabo, una aldea de 5.000 habitantes en la República Democrática del Congo. Aunque está cercana al Centro Médico de Nyankunde, un hospital de 250 camas, las actividades de salud estaban limitadas a una posta de salud privada escasamente usada. Había poca infraestructura para la atención primaria de salud y sólo el 23% de los niños estaban completamente inmunizados.

A menudo se decía de la gente de Marabo que era 'difícil'. (Esto puede simplemente significar que los profesionales de la salud han sido incapaces de entender las dificultades de la población.) Incluso con pacientes que pagaban el costo total, no había manera de conseguir que la posta de salud pudiera autofinanciarse.

En Julio de 1997, después de la guerra y de una prolongada sequía, estudiantes del Institut Pan-Africain de Santé Communautaire (IPASC) efectuaron una encuesta de salud en Marabo. Descubrieron que más de la mitad de los niños menores de cinco años estaban malnutridos y que mucha gente estaba agotada y con falta de motivación.

## Atención intrigante

El principio de IPASC es escuchar a una comunidad y luego facilitar su respuesta a los problemas claves. Es así que personal y estudiantes de IPASC visitaron el pueblo varias veces por semana para conocer a la gente y escuchar sus problemas. La comunidad estaba intrigada por esta atención, ya que se habían sentido abandonados por años, pero dentro de diez días formaron un comité para considerar sus problemas en forma lógica. El problema de mayor urgencia era el de los niños malnutridos. Los aldeanos buscaron trabajo de manera que los ingresos proveyeran una comida comunal para los niños. Algunas semanas más tarde, con el estómago lleno, muchos de los patéticos niños habían recuperado su alegría. Entonces los aldeanos pidieron palas. Los agrónomos de IPASC salieron con los estudiantes para dar consejos sobre qué podía cultivarse en forma efectiva y económica. Pronto, los frijoles de soja y otros alimentos nutritivos comenzaron a brotar en las huertas.

La siguiente necesidad expresada por los aldeanos fue la de una fuente de agua protegida. Un estudiante pasó varias semanas trabajando con la comunidad para quitar las malezas de una vertiente e instalar un caño y un revestimiento de cemento para proteger la vertiente. Esta fuente de agua protegida significó que más

tarde Marabo fue una de las pocas aldeas de la localidad que se salvaron de una grave epidemia de cólera.

Sólo una vez que se lograron mejoramientos en la nutrición, la agricultura y el agua, la comunidad volvió su atención al centro de salud. Se reconstruyó la arruinada choza que previamente se utilizaba como posta de salud, pero necesitaban una enfermera y un stock inicial de medicinas esenciales. IPASC compró algunos medicamentos importantes y envió a un enfermero comunitario, Jean, desde Burundi. Otra enfermera se hizo cargo del cuidado curativo mientras Jean tomaba la responsabilidad de trabajar en estrecho contacto con la comunidad. Su actitud caritativa se ganó rápidamente una afectuosa respuesta. Esto dio por resultado que la atención de salud primaria se hiciera una realidad. En seis meses la cobertura de vacunación para los niños menores de cinco años subió de 23% a 90%. Alrededor de diez pacientes acudían diariamente al centro de salud.

La iniciativa más reciente es de expandir la posta de salud a un centro con sala de maternidad. Un miembro de la comunidad donó 8.000 ladrillos para esto, mientras que otros proporcionaron grandes piedras para los cimientos. IPASC prestó ayuda con sus medios de transporte.

## Conclusiones

■ El establecimiento de una posta de salud sin definir primero a la comunidad destinataria puede significar que no haya suficiente gente para que la posta se autofinancie. En esta región se necesita una población de 4.000 a 5.000 personas para una posta de salud y de 8.500 a 12.000 para un centro de salud.

■ Una posta de salud quizás no sea la necesidad prioritaria. En Marambo, la nutrición, la agricultura

*Puede que una posta de salud no sea una necesidad prioritaria...*

y el agua se consideraron mucho más importantes para la comunidad que los medicamentos. Era poco probable que los pacientes acudieran a la posta de salud hasta que no concretaran estas necesidades. Si no hay pacientes no hay ingreso.

■ Descubrimos que una enfermera que ponga el cuidado curativo por encima de la participación de la comunidad raramente tendrá suficientes pacientes para autofinanciarse. Las enfermeras tendrán más posibilidades de granjearse la confianza de la gente si:

- se codean con la comunidad
- visitan a los pacientes de alto riesgo, crónicos y minusválidos
- se relacionan con las preocupaciones cotidianas
- están disponibles para todos los sectores de la comunidad.

■ Si la gente tiene confianza en su enfermera comunitaria, será a ella a quien recurrirán cuando se enfermen. Esto aumenta en forma automática la cantidad de pacientes y de esta manera el ingreso de la posta de salud.

■ La posta de salud de Marabo es operada por un comité que examina las actividades, el ingreso y los gastos. Esto asegura la participación de la comunidad y les permite entender y controlar el nivel de autofinanciamiento. Los programas asociados (en este caso, IPASC) deben facilitar en vez de imponer desarrollos y fomentar la dependencia.

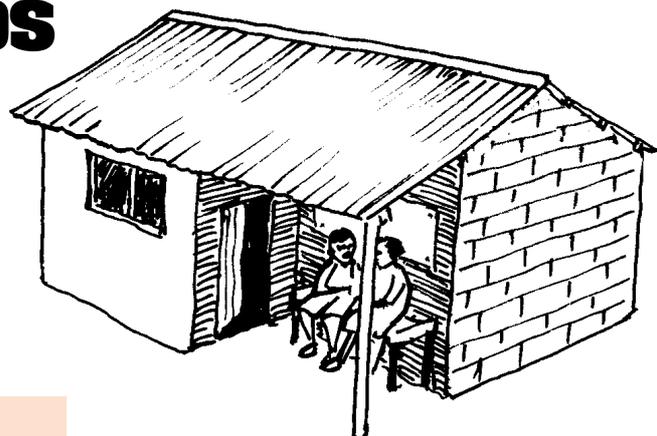
**El autofinanciamiento tiene más que ver con el enfoque de una comunidad que con la operación financiera de una posta de salud.**

*Compilado por Pat Nickson, Director de IPASC, c/o PO Box 21285, Nairobi, Kenya.*



Foto: Eleanor Turnbull

# Vínculos comunitarios para la atención de salud sostenible



por la Dra Shobha Arole

EL IMPACTO de la atención de salud sostenible basada en la comunidad ha sido recientemente estudiado en el Comprehensive Rural Health Project en Jamkhed, en el norte de la India mediante un estudio de un año en tres aldeas cercanas. Los resultados se muestran en los diagramas de las páginas 8 y 9. El primer diagrama indica los índices de acceso a la atención de salud y otros servicios en las aldeas antes de que comenzara el trabajo del personal de salud comunitaria. El segundo muestra el impacto del trabajo de salud comunitario efectivo entre tres y cinco años más tarde.

## La aldea típica

El primer diagrama (página 8) muestra una aldea dividida por barreras económicas y sociales. Está constituida por los siguientes grupos de gente:

**Unas pocas personas acaudaladas** con fácil acceso a todos los servicios necesarios, tales como escuelas, médicos, funcionarios de gobierno, facilidades de crédito y bancarias, agua limpia y transporte.

**Gente pobre y marginada** (la mayoría) que:

- dependen de remedios caseros, herbalistas y curanderos locales

- dependen de los ricos para poder trabajar
- no tienen poder de decisión
- no tienen acceso al conocimiento de fuera, el gobierno o las ONGs
- no tienen buen acceso a los servicios de salud
- no tienen acceso a agua potable.

**Las personas con lepra, SIDA y TBC**, que son forzadas a salir de la aldea y viven en las cercanías.

**Las mujeres**, que están marginadas tanto dentro de sus familias como de la comunidad, reciben menos comida que otros y no tienen dinero para la atención de salud.

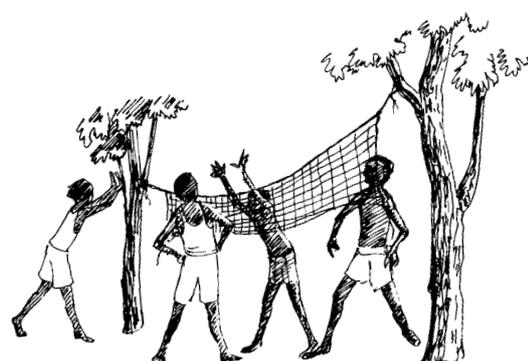
## Efectos de la atención de salud comunitaria

Cuando el personal de Jamkhed comienza a trabajar por primera vez en una comunidad, trata de consolidar relaciones y formar y fortalecer organizaciones comunitarias. Esto tarda mucho tiempo. Los juegos tales como el vóleybol son una buena manera de juntarse y relajarse con la gente. Jamkhed encontró que las organizaciones efectivas de mujeres, hombres y niños son vitales para que la atención de salud comunitaria tenga éxito. Las organizaciones motivadas pueden ayudar a superar las barreras de casta, religión y otras diferencias. A menudo incluyen unas pocas personas ricas con

conciencia social. Cuando tanto el personal de atención de salud dedicado como las organizaciones comunitarias efectivas están presentes, pueden darse varios resultados:

- Se elegirá y apoyará a un trabajador de salud comunitaria (TSC).
- El TSC y las organizaciones comunitarias pueden trabajar en asociación para asegurarse de que hayan buenos servicios de salud.
- Si las organizaciones comunitarias están provistas de buena educación sobre la salud, serán capaces de evaluar la situación de salud de la comunidad, analizar causas y ponerse en acción.
- La gente también puede tomar conciencia de las prácticas culturales perniciosas, tales como la discriminación contra las mujeres, y actuar.
- También pueden entender las causas reales y los tratamientos de la TBC, el SIDA y la lepra de manera que los enfermos puedan recibir atención dentro de la comunidad.
- Las organizaciones comunitarias pueden mejorar el acceso al micro-crédito para familias pobres.

Los efectos de estos cambios en la vida de la comunidad de la aldea se indican en el segundo diagrama (página 9).



## Estudio de caso

En Ghodegaon, se descubrió que Madhu tenía SIDA/VIH. Cuando los miembros de la organización comunitaria recibieron información sobre el SIDA, superaron su temor al contagio y lo cuidaron, le dieron trabajo a su esposa y ayudaron a cuidar a sus niños.

Sri, un paciente con lepra, había sido forzado a abandonar la misma aldea. Después de entender las causas y el tratamiento de la lepra, los miembros lo llevaron de vuelta a su casa, se aseguraron de que tuviera el tratamiento y rehabilitación adecuados y hoy en día es un activo miembro de la agrupación de hombres de su aldea.

# Vínculos comunitarios para la atención de salud sostenible

(continúa de la página anterior)

La atención de salud sostenible implica trabajar con la comunidad de manera integrada, promoviendo la buena salud y operando servicios preventivos, curativos y de rehabilitación. El personal del centro de salud necesita actuar como facilitadores con una verdadera sensibilidad y habilidad para aunar a la gente. La gente de la comunidad necesita tener un sentido de propiedad en lo que se refiere al centro de salud.

La gente necesita tomar conciencia de que la buena salud es el resultado de sus propias acciones, tanto como individuos como comunidad. Mientras más información reciban, más serán los cambios que podrán efectuar para su propio beneficio.

## Antes

Aldea típica sin programa de salud comunitario



Los ricos tienen acceso a los servicios de la ciudad y de la aldea

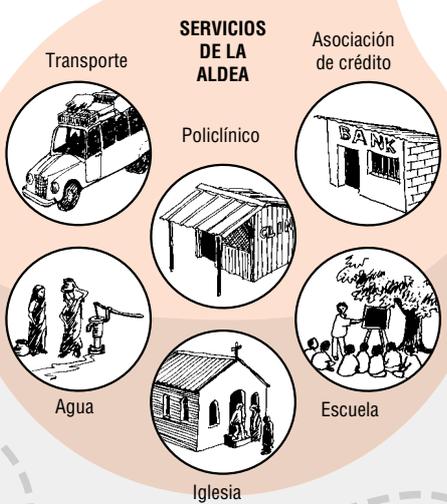
**Estudio de caso**  
En una aldea la gente identificó como una causa mayor de... Después de aprender que el paludismo se transmite por los mosquitos que se crían en las estancadas, limpiaron sus aldeas, taparon los pozos de drenaje subterráneos y en forma significativa los casos de...

**El Mundo de los Indeseables**  
La gente con SIDA, TBC o lepra queda excluida de la comunidad



## LA ALDEA

La atención de salud es muy cara para los pobres



## El Mundo de los Pobres

Los pobres tienen poco acceso a los servicios tales como transporte, clínicas, crédito y educación



La gente joven tiene poca esperanza en el futuro

Las mujeres tienen poca influencia sobre el funcionamiento de la aldea



**Estudio de caso**  
Ashok venía de un mundo pobre. Recibió una grave mordedura de una serpiente, pero no pudo pagar el antídoto que salvaría su vida. Su comunicación con el dinero para comprar el antídoto...

## Sugerencias de los aldeanos

- Las enfermedades menores más comunes las pueden tratar los aldeanos con remedios científicamente probados y asesoría de trabajadores de la salud.
- Proveer más informaciones y capacitación para los trabajadores de salud. Darles un suministro de medicinas sencillas que se puedan comprar en cualquier parte para tratar ciertas enfermedades comunes.
- Usar medidas efectivas para tratar las enfermedades prevenibles.
- Ciertos servicios básicos de salud deben ser el derecho de todos los ciudadanos mediante los servicios de salud del estado.
- Las agrupaciones comunitarias deben trabajar en asociación con los servicios de salud para asegurarse de que haya igualdad en el cuidado de salud.
- Las organizaciones comunitarias deben guardar un fondo para las pocas personas que necesiten servicios de salud curativa en clínicas u hospitales.

La Dra Shobha Arole es egresada del Christian Medical College, Vellore. Después de ganar experiencia médica en otros lugares, regresó como Directora Asociada de CRHP, y se unió a sus padres, que establecieron este trabajo en Jamkhed. Además de la atención de salud basada en la comunidad, sus intereses son de desarrollar atención de salud secundaria viable y, en particular, cirugía a bajo costo y explorar el uso de cirugía endoscópica. CRHP Jamkhed, Ahmednagar District, Maharashtra 413 201, India.

# Después

Aldea con un programa de salud comunitario efectivo

caso

ó al paludismo enfermedad. paludismo lo propalan en las aguas t, construyeron y así redujeron de paludismo.

caso

edio modesto. mordedura de día comprar el vida porque era dad contribuyó rar el antídoto.

## LA CIUDAD

### El Mundo de los Ricos



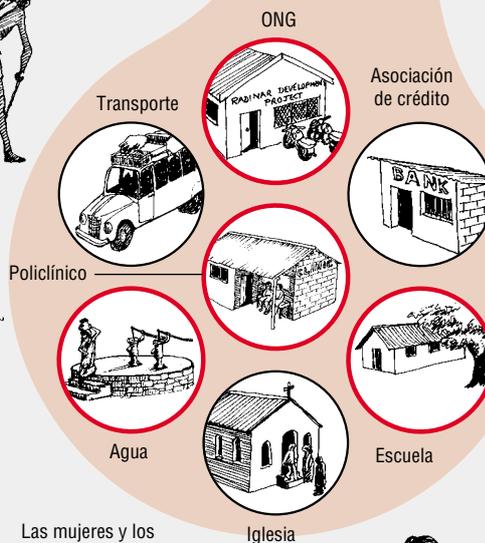
### El Mundo de los Pobres

La gente tiene ahora más información de salud y habilidades además de mayor poder

Los servicios de la aldea se han ampliado y mejorado, con acceso para todos

## LA ALDEA

Los grupos marginados son ahora parte de la comunidad, con acceso a los servicios



Las mujeres y los jóvenes consiguen acceso al crédito y la capacitación





Foto: Tearfund

## Medicamentos esenciales:

### La Iniciativa Bamako

HAY MUCHAS RAZONES para la escasez de medicamentos. Muchos países, particularmente en Africa, no han adoptado una lista de medicamentos esenciales para asegurar un suministro efectivo de las medicinas más usadas. Puede ser que no hayan divisas para importar las materias primas necesarias para producir medicamentos dentro del país. Se pueden perder los medicamentos a causa de robos, almacenamiento inadecuado y fecha de vencimiento. Pueden haber más pérdidas cuando se recetan medicamentos a los pacientes a causa de prescripciones excesivas, inyecciones innecesarias o prescripciones incorrectas. Finalmente, los pacientes pueden también desperdiciar medicamentos que se les han prescrito cuando no están seguros de las dosis, por falta de confianza en el personal de salud o interrupción del tratamiento porque se sienten mejor.

#### Cómo hacer que el paciente pague

A medida que continúan los cortes en el financiamiento de los servicios de salud (a menudo debido a los efectos de la deuda externa del tercer mundo), hay gran presión para mantener los sueldos del personal y, como resultado, los fondos disponibles para medicamentos se reducen aun más. Todas estas dificultades significan que tanto los gobiernos como los programas de salud intentan cada vez más conseguir fondos para medicamentos directamente de los pacientes.

La Iniciativa Bamako fue acordada por los Ministros de Salud africanos y la OMS y la UNICEF en 1987, con un llamado a la participación de la comunidad en el manejo y financiamiento del suministro de medicinas esenciales. Se basa en los ocho principios enunciados en la parte superior de esta página (véase recuadro). Han habido considerables variaciones en la forma en que

los países han puesto en acción estos principios.

#### Kenya

Aquí el gobierno ha estimulado el establecimiento de 'farmacias comunitarias' operadas por TSCs (trabajadores de salud comunitaria). Las farmacias mantienen entre nueve y diez medicamentos esenciales por los que se cobran precios que no sólo cubren su costo, sino también incluyen una utilidad, la que guarda para sí el TSC. Además se venden mosquiteros tratados con insecticidas a precios con subsidios. La gente de la localidad ha reaccionado positivamente y piensa que los precios son justos, aunque muchos tienen dificultades para encontrar el dinero necesario. Los TSCs también reaccionan positivamente porque pueden ganar un pequeño ingreso, aunque hay riesgos en esto, especialmente con la prescripción en exceso de drogas innecesarias para así ganar más dinero.

#### Los ocho principios

- Mejoramiento de los servicios de atención de salud primarios para todos
- Descentralización de la administración de los servicios de salud primarios a nivel de distrito
- Descentralización de la administración de la recolección de cobros a los pacientes a nivel local para llevarla a cabo a nivel comunitario
- Asegurar que se cobra lo mismo en todos los niveles por los servicios de salud, ya sea en hospitales, policlínicos o centros de salud
- Un compromiso elevado por parte de los gobiernos de mantener y, si fuese posible, ampliar los servicios de salud primarios
- Una política nacional en relación con los medicamentos esenciales debe complementar la atención de salud primaria
- Asegurarse de que los más pobres tengan acceso a la atención de salud primaria
- El control de objetivos claros para los servicios de salud curativos

#### Guinea

En Guinea, Africa Occidental, el gobierno apoya amplios servicios de salud primaria. Estos tienen tarifas acordadas a nivel nacional para los diagnósticos más comunes. Las tarifas incluyen medicinas para tratamiento y cuidado posterior.

#### Ghana

Se establecieron grupos de discusión (por parte de Waddington y Enyimayew) en la región del Volta en Ghana para examinar la actitud de la gente en relación con el pago de servicios de salud. La gente no sólo consideró el problema del precio efectivo de los servicios médicos sino también la actitud del personal de salud, la disponibilidad de medicinas, la posibilidad de pagos en cuotas o por trueque y si había disponibilidad de crédito.

#### República Dominicana

Investigaciones realizadas aquí (por Bitran) concluyeron que la gente preferiría pagar por atención de salud privada de buena calidad, antes que usar servicios de salud del gobierno que eran gratuitos o de bajo costo, pero que se creía ofrecían atención de salud de baja calidad y que a menudo no tenían medicinas.

*Esta información fue resumida a partir de investigaciones y análisis en profundidad llevados a cabo por la Dra Barbara McPake y otros en la Health Policy Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel St, London, WC1E 7HT, Inglaterra.*

# EL PROGRAMA IPASC PARA LA Maternidad sin Riesgos

por *Kaswera Vulere*

EL PROGRAMA PARA LA MATERNIDAD sin Riesgos en IPASC (Instituto Panafricano de Salud Comunitaria), Nyankunde en la República Democrática del Congo recientemente amplió su trabajo en las comunidades locales. Las madres forman pequeños grupos en los que pueden discutir problemas y encontrar sus propias soluciones, de acuerdo a la cultura local y a los recursos disponibles en la localidad. También esperamos comenzar discusiones y talleres para gente joven, parejas y mujeres que han llegado a la menopausia.

## El grupo de madres en Komanda

Este grupo proporciona un interesante ejemplo de los beneficios de nuestro trabajo. Después de cada seminario de capacitación en IPASC, las parteras muestran un plan de acción para el mejoramiento de su trabajo. Una partera del distrito de Komanda estaba preocupada por los riesgos enfrentados por las madres que daban a luz en casa sin apoyo médico. Discutió esto con las madres en el Programa para la Maternidad sin Riesgos de Komanda y decidieron poner en marcha un fondo, en el que cada madre contribuía con un pequeño pago mensual. 25 madres se inscribieron de inmediato. Después de dos meses eligieron dirigentes y más tarde formaron un comité compuesto por un miembro del personal administrativo, algunos asesores y algunas representantes de las madres.

Este comité ha tomado parte en varias sesiones sobre maternidad sin riesgos. Consideraron las siguientes preocupaciones:

- La mayoría de las madres no asistían a una clínica prenatal.
- Muchas madres daban a luz en casa sin ayuda de una persona calificada.
- Las madres que no tenían dinero podían necesitar ayuda médica de urgencia.
- Muchos niños menores de cinco años sufrían de anemia y desnutrición.

Todos los sistemas de seguro en la región están simplemente destinados a enterrar a los muertos y no hacen ningún esfuerzo por salvar vidas.

El comité asumió la tarea de crear conciencia de estos problemas entre las madres de la región. Su trabajo está destinado a responder a las necesidades de las madres que tienen complicaciones en el parto y a ayudar a los niños menores de cinco años cuyas familias ya no pueden mantenerlos.

Maternidad sin Riesgos ayuda a las madres necesitadas aun cuando no sean miembros. Más tarde, una vez que se hayan mejorado, se las estimula a que se inscriban. La asociación pagará el transporte de un miembro desde cualquier centro de salud de la ciudad al hospital que se haya recomendado además de la atención médica. Ayuda a las madres con complicaciones del parto o del embarazo y también con casos de anemia, desnutrición y otras graves enfermedades de los niños. Actualmente hay 270 miembros en 13 grupos diferentes que paga cada uno una contribución mensual. Dos veces por semana, miembros directivos visitan las comunidades locales.

## Educación

A continuación de un estudio de la Biblia, se provee actividad comunitaria y educación de salud todos los lunes en las clases prenatales y en todas las reuniones de miembros. Se ha preparado un sketch llamado *Cuando el parto en casa es un error*, el que se ha grabado y transmitido en las radios locales. Compara a una mujer con una pelvis estrecha, que no asistió a las clases prenatales y que muere en casa junto a su bebé, con otra mujer que tiene una hemorragia y que es hospitalizada, donde tanto ella como su bebé sobreviven. Se cantan dos canciones acerca de la maternidad sin riesgos en la obra.

## Beneficios

Hasta el momento, ocho madres han necesitado tratamiento hospitalario. Una madre estaba en estado de shock a causa de un embarazo ectópico perforado, pero el grupo proporcionó y pagó el transporte de la madre además de US \$3 para primeros auxilios. Otra madre había estado casada diez años sin poder concebir. Cuando quedó embarazada, el bebé era particularmente precioso para la familia, por lo que a las 38 semanas fue hospitalizada para esperar el parto y evitar todo riesgo. Después de una semana de espera, se debió realizar una cesárea, pero así pudieron salvar al bebé que ella había esperado por tanto tiempo. La madre volvió al comité diciendo, 'Gracias a Maternidad sin Riesgos se ha salvado mi precioso bebé.'

Además de las mujeres que necesitan hospitalización, se cuidaron 60 casos graves con un subsidio del comité de Maternidad sin Riesgos.

## La situación económica

Durante este año se han contabilizado más de US \$400. Hasta el momento, se han gastado US \$200 para ayudar a las miembros, US \$3 para el funcionamiento de la oficina, US \$80 para comprar una vaca y todavía queda un poco más de US \$100.

La compra de la vaca se efectuó para generar ingresos mediante la venta de terneros y leche. Se ha sembrado soja y se está preparando para sembrar mandioca, también para juntar fondos. Los planes para el futuro incluyen la crianza de cabras, siembra de predios colectivos en cada una de las aldeas y la compra e instalación de un molino para alivianar la carga de las madres y aumentar el dinero en el fondo.

*Kaswera Vulere estableció El programa para la Maternidad sin Riesgos en IPASC, Nyankunde, República Democrática del Congo.*



# Servicios de salud para ricos y pobres

por el Dr Apolos B Landa

EN NUESTRAS SOCIEDADES, la atención de salud a menudo se transforma en un lujo. Unos pocos ricos pueden pagar por una buena atención de salud mientras que la vasta mayoría de la gente no tiene los medios para pagar; no tiene acceso al derecho humano básico de la atención de salud. ¿Es posible transformar la atención de salud en algo más egalitario?

En la Asociación Lucas hemos estado luchando por este objetivo desde hace algún tiempo. Trabajamos en las regiones urbanas de Moyobamba en el centro del Perú y en las desposeídas junglas de las cercanías. No encontramos ninguna organización que nos apoyara económicamente con subsidios para la atención de salud. Sin embargo, impulsados por nuestras convicciones, nos comprometimos a entregar atención de salud de buena calidad y en forma personal a los pobres de nuestras comunidades. Para hacerla accesible, no solamente fijamos precios subsidiados sino también comenzamos un programa de educación de salud en las escuelas además de programas de atención de salud promocionales y preventivos.

## Verdades dolorosas

Sin embargo, después de siete años descubrimos con pesadumbre que:

- La mayoría de la gente pobre no usaba nuestros servicios.
- Los pobres no apreciaban un servicio de primera clase ofrecido a costo muy bajo porque creían que el bajo costo significaba baja calidad.

- Los ricos se beneficiaban de la situación. A pesar de ser una minoría en la comunidad, utilizaban nuestros servicios en exceso y conseguían buena atención de salud a bajo costo.
- Necesitábamos cada vez más donaciones para sostener el programa y nos sentíamos infelices, incluso deshonestos, cuando esas donaciones terminaban sirviendo a los ricos.
- Con escasos fondos provenientes de los cobros, nos vimos enfrentados a la bancarrota y disolución.

## El enfrentamiento de los problemas

¿Nos dimos por vencidos? ¡NO! Sostuvimos discusiones y debates por un largo período. Revisamos nuestras experiencias e implementamos las siguientes prácticas a fin de ayudar a los pobres sin dar subsidios a los ricos:

- Calculamos los costos verdaderos de nuestros servicios y aumentamos nuestros precios en forma considerable.
- Establecimos un sistema de cobros proporcionales para los pobres. Esto se



Foto: Mike Webb, Tearfund

Hay una creciente demanda por nuestros servicios de salud.

determina a nivel individual; el empleado que atiende a un paciente pone el precio en la tarjeta del paciente. Los ricos pagan el precio total.

- Guardamos el 10% de nuestro ingreso total para un fondo de ayuda a los pobres. Mediante este fondo podemos ayudar a los que son incapaces de pagar por los costos más básicos.
- Todavía solicitamos donaciones para suplementar las necesidades de los pacientes más pobres, pero ya no dependemos de éstas.
- Sostuvimos reuniones con dirigentes claves de las comunidades civiles y religiosas para explicar cómo operaría nuestro nuevo sistema. Nuestro lema era 'Todo tiene un precio, incluso nuestra salvación' (aunque no pagamos por ella nosotros mismos, tiene así y todo un valor imponderable).
- Los trabajadores de salud comunitarios, los voluntarios, dirigentes religiosos y sus familiares más inmediatos recibieron una especie de seguro.
- Mantenemos un registro de todos los pagos efectuados para evitar acusaciones de favoritismo religioso o evasión de impuestos.

## Resultados positivos

Ahora vemos los siguientes resultados:

- Ha aumentado gradualmente la demanda por servicios de salud. Mantuvimos la atención a los ricos y aumentamos la cantidad de pacientes pobres a medida que se dieron cuenta del sistema de subsidios.
- Los ricos alegaron por tener que pagar más pero quedaron satisfechos porque ofrecimos servicios de alta calidad.
- Los pobres se transformaron en nuestros mejores propagandistas y el incremento en la cantidad de gente produjo una utilidad. Tuvimos que comenzar a limitar las citas para permitir espacio para los pacientes de las aldeas lejanas.
- Se esparció una conciencia de que 'lo caro vale la pena de pagar' sin que tuviéramos que hacer ningún esfuerzo. Y nosotros nos comprometimos a merecer eso.



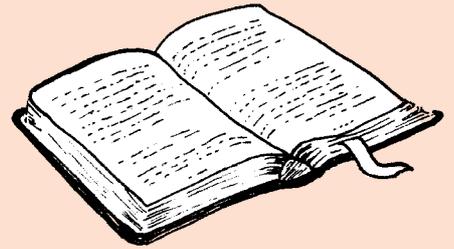
Foto: Mike Webb, Tearfund

Mucha gente tiene que luchar para pagar la atención de salud.

## ESTUDIO DE LA BIBLIA

## Nehemías, el trabajador del desarrollo

por Dangako Wango



Nehemías es uno de los personajes de la Biblia cuyos métodos de trabajo deben inspirar a cada trabajador cristiano del desarrollo. A medida que leemos el libro de Nehemías, podemos aprender mucho para mejorar nuestra propia estrategia de trabajo para obtener mejores resultados. Si fuese posible, tratar de leer el libro completo antes de efectuar este estudio.

**Capítulo 1:1-11** Oración. Debemos pedir la ayuda de Dios antes de efectuar cualquier trabajo de desarrollo (Proverbios 16:1-3, Salmos 127:1)

**Capítulo 2:1-8** Nehemías pidió permiso al Rey antes de comenzar su trabajo. El trabajador del desarrollo no debe desconocer a las personas en posiciones de autoridad, tales como el cacique, los dirigentes comunitarios o las autoridades locales del estado.

**Capítulo 2:11-15** Escuchar y observar la situación antes de ponerse en acción. Nehemías comenzaba por mirar y sin duda que escuchaba a sus compatriotas antes de hacer nada. Tarda tiempo para que un trabajador del desarrollo sea aceptado por la comunidad.

**Capítulo 2:16-18** Hacer uso de las reuniones. El trabajador del desarrollo no ve los problemas del mismo modo que los lugareños. Nehemías aunó a sus compatriotas para que pudieran comprender lo que él veía.

Una reunión ayuda a todos los interesados a identificar sus problemas y a recomendar soluciones.

**Capítulo 3** La comunidad debe participar. El desarrollo efectivo debe hacerse autosuficiente e independiente a la larga. Esta es la meta del desarrollo comunitario. La gente que enfrenta la miseria se organiza y pone manos a la obra.

**Capítulo 4:7-15** Aun al enfrentar ataques de sus enemigos, Nehemías no dejó de trabajar. Trabajaba con valentía, perseverancia y autocontrol. El trabajo del desarrollo no debe dejarse a medio hacer, sea lo que sea el precio a pagar. El trabajo del desarrollo es difícil y a largo plazo.

**Capítulo 7:1-2** El trabajo debe tener seguimiento. Se tomaron medidas para la protección de los muros. Si no pensamos en el seguimiento o el mantenimiento, tarde o temprano el trabajo se desmoronará.

**Capítulo 7:73-8:8** Debemos planear de modo que tengamos tiempo para la oración al final del proyecto, para agradecer al Señor por haber trabajado con nosotros en nuestra tarea.

*Dangako Wango es el director de BDC/CBZN, Bangassou, la República Centroafricana y enseña en FATEB sobre los temas de la Iglesia y el Desarrollo.*

- Nuestro ingreso total se multiplicó por diez, por lo que fuimos capaces de pagar a nuestro personal un sueldo adecuado y mantener nuestras clínicas a un estándar elevado.
- Ya no tenemos problemas con otros servicios médicos locales por cobrar menos que otras clínicas locales.
- Por último, la mayoría de la gente está más feliz y satisfecha.

De esta manera podemos ser económicamente sostenibles y al mismo tiempo, servir a los más pobres. De la misma manera que el pacto de gracia en el cual tanto el rico como el pobre se beneficia del don del Señor, trabajando juntos podemos proveer una atención de salud de buena calidad para todos (Isaías 65:17-24). Explicar el significado del Evangelio está estrechamente vinculado a todos nuestros servicios de salud y existen muchas oportunidades para compartir el amor de Cristo.

*El Dr Apolos Landa es el coordinador de América Latina y el Caribe para la Asociación San Lucas, con gran experiencia en el área de atención de salud primaria. Su dirección es: Asociación San Lucas, Apdo 421, Trujillo, Perú.  
E-mail: panluk@inglenet.lima.net.pe*

## Algunas pautas para el desarrollo

por Dangako Wango

**A fin de tener un enfoque efectivo sobre el trabajo de desarrollo necesitamos juntar los siguientes elementos:**

- Las necesidades deben ser expresadas por todos los interesados. No se debe hacer nada para o en lugar de la gente de la localidad sin que se nos pida.
- Los interesados deben participar ellos mismos en todas las etapas del proyecto.
- Tomar en cuenta las capacidades de la población local al buscar soluciones a los problemas que se han presentado. Cometemos un grave error en nuestro trabajo de desarrollo si no creemos en la habilidad de las personas de la localidad para efectuar los cambios que desean ver materializados.
- Tomar en cuenta todos los recursos locales que hayan disponibles. Las soluciones a los problemas que se han producido no deben provenir de otras partes. Pero si se recibe un poco de ayuda de fuera, debemos simplemente agradecer a Dios por ella.

■ Tomar en cuenta las experiencias anteriores. Se dice que no hay nada nuevo bajo el sol (Eclesiastes 1:9-10).

■ Debemos aprender cómo evaluar nuestro trabajo.



Foto: Isabel Carrer

*Un buen trabajador del desarrollo utiliza los recursos locales y se gana la confianza de los lugareños.*

## District Laboratory Practice in Tropical Countries

Este detallado libro (464 páginas) está destinado al personal médico que trabaja en laboratorios de distritos y a los que los capacitan. Contiene detalles sobre la administración y equipamiento de laboratorios, aspectos de salud y seguridad y numerosos tests clínicos y parasitológicos (con una gran sección de fotos en colores). Enfatiza la necesidad de integración con los servicios de salud comunitarios. Hay detalles disponibles sobre la planificación de un curriculum de capacitación para personal de laboratorio.

El precio normal es de £33,30, pero el libro está disponible a £10,90 (incluyendo franqueo por superficie y embalaje) para el personal médico de los países en desarrollo (ó £19 por vía aérea). Enviar el pago con el pedido a:

*Tropical Health Technology*  
14 Bevills Close  
Doddington, March  
PE15 0TT  
Inglaterra

## Women's Health Library

Esta es una oferta especial de un paquete de biblioteca compuesto de seis libros que proveerán a los trabajadores de salud comunitario las informaciones más recientes sobre una amplia variedad de problemas de la salud de las mujeres. Estos incluyen:

**Where Women have no Doctor** – recientemente publicado y que provee una guía de salud para identificar problemas médicos y tratamientos comunes

**Helping Mothers to Breastfeed**

**Setting up Community Health Programmes**

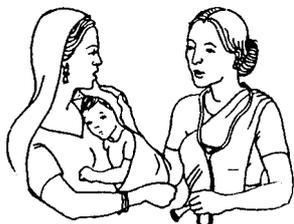
**Nutrition Handbook for Community Workers**

**Training Manual for Traditional Birth Attendants**

**Freda Doesn't get Pregnant** – Un libro para jovencitas fácil de leer que les ayuda a comprender los riesgos de quedar embarazadas.

El conjunto de seis libros está disponible a un precio módico especial de £30, incluyendo franqueo de:

TALC  
PO Box 49  
St Albans  
Herts  
AL1 5TX  
Inglaterra



## How to Make and Use Visual Aids

Los recursos visuales son importantes en todo el mundo para ayudar a los maestros, capacitadores y trabajadores del desarrollo a comunicarse en forma efectiva. Este libro muestra cómo producir recursos visuales en forma rápida y sencilla utilizando materiales de bajo costo. Las técnicas descritas han sido usadas y probadas extensamente por voluntarios que trabajan en VSO, la organización que publica el libro. Las ideas son fáciles de usar con muchas sugerencias y consejos prácticos. El libro favorece el uso de materiales y técnicas locales. Entre las ideas incluidas hay juegos de cartas, títeres, máscaras, modelos y juguetes. Hay una lista útil de contactos para informaciones, catálogos gratuitos y otros materiales.

Disponible de TALC a £7,15 (incluyendo franqueo por superficie) ó £8,15 (incluyendo franqueo aéreo). La dirección anterior.

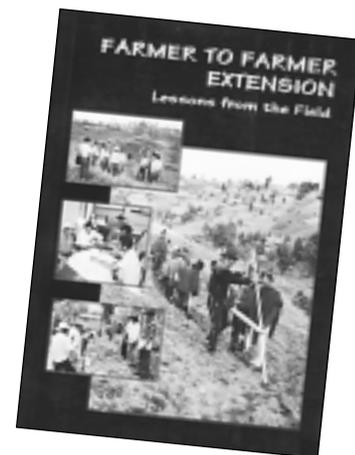
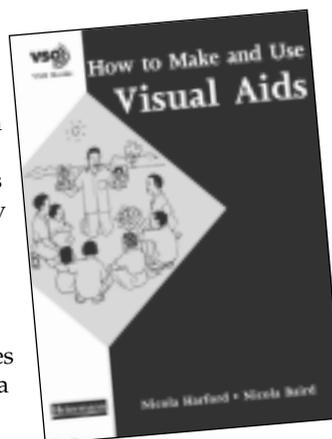
## Nuevos libros sobre ganado y su cuidado

La Christian Veterinary Mission ha publicado recientemente dos nuevos libros llamados *Raising Healthy Sheep* y *Drugs and their Usage* como adición a su útil colección sobre la crianza de animales saludables. Esto aumenta el total a nueve (incluyendo cerdos, bovinos, ovejas, cabras, peces y conejos). Valen US \$10 cada uno y *Drugs and their Usage* (de 300 páginas), US \$15, incluyendo franqueo. CVM contemplará poner libros a disposición de agencias misioneras, bibliotecas agrícolas y agencias de desarrollo en países en desarrollo. Las peticiones de libros se deben escribir en papel con membrete de la organización.

CVM también publica en forma trimestral la *International Animal Health Newsletter*. *Crianza de Aves de Corral Saludables*, *Criando Conejos Sanos* y *Criando Cabras* están disponibles también en español. Para mayores informaciones, ponerse en contacto con:

Dr Leroy Dorminy  
Christian Veterinary Mission  
19303 Fremont Ave N  
Seattle  
WA 98133  
EE UU

E-mail: [missionvet@aol.com](mailto:missionvet@aol.com)



## De campesino a campesino: Experiencias prácticas de extension rural participativa

Por D Selener, J Chenier y R Zelaya

Publicado en 1997, 150 páginas

Este libro es el resultado de dos talleres en Honduras y el Ecuador, llevados a cabo para documentar y analizar las experiencias de varios proyectos de desarrollo rural. La mayoría de las informaciones viene del punto de vista de los promotores campesinos, basada en sus largos años de experiencia. La primera parte examina los numerosos aspectos del trabajo de los promotores campesinos (extensionistas). La segunda parte examina cinco estudios de caso de México, Nicaragua y el Ecuador. El libro sería de interés para los trabajadores del desarrollo que utilizan un enfoque participativo de desarrollo. Está disponible en español e inglés, vale US \$15, incluyendo franqueo y se puede pedir a:

IIRR  
AP 17-08-8494  
Quito  
Ecuador

E-mail: [daniel@iirr.ecuanex.net.ec](mailto:daniel@iirr.ecuanex.net.ec)

## Resolviendo conflictos en pareja

Este folleto breve y directo en español, escrito por un psicólogo brasileño, va directamente al corazón de las dificultades matrimoniales. Identifica como la fuente principal de conflicto el rechazo a aceptarse mutuamente como personas diferentes. Describe cuan fácilmente las parejas se pueden recluir en un silencio resentido que los va distanciando. Da consejos prácticos sobre cómo las parejas pueden apreciar sus diferencias, aprender de sus conflictos y fortalecerse mediante este proceso. Este folleto de 11 páginas es uno de una serie producida por EIRENE y se incluye en forma gratuita con las suscripciones de su boletín trimestral que

vale US \$20 por año. Los folletos separados valen US \$3 incluyendo franqueo.

EIRENE Internacional – ALAPF  
Casilla 17-08-85-72  
Quito  
Ecuador

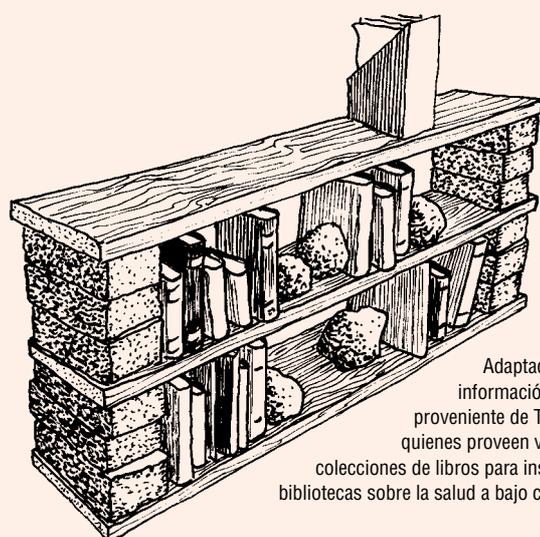
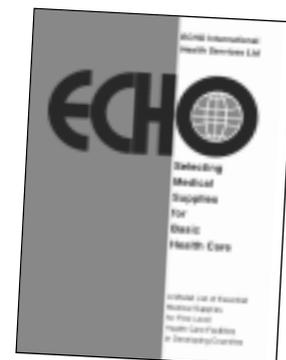
## Selecting Medical Supplies for Basic Health Care

Una lista de medicinas esenciales ha proporcionado pautas útiles para que numerosos trabajadores de la salud puedan decidir prioridades cuando piden medicinas. Sin embargo, no hay una lista

similar de suministros médicos que complemente la de medicinas. ECHO están volviendo precisamente a imprimir estas pautas para ayudar al personal médico a tomar decisiones prácticas al pedir suministros con un presupuesto limitado. El folleto vale £3 (incluido el franqueo), pero hay ejemplares gratuitos disponibles para el personal de salud en los países del tercer mundo que no tiene acceso a divisas. Un segundo folleto en la colección llamado *Basic Technical Maintenance of Medical Equipment* pronto estará disponible. ECHO es un proveedor importante de medicinas y suministros

para clínicas y hospitales a bajo costo en todo el mundo. Escribir a:

ECHO  
Ullswater Cres  
Coulson  
Surrey  
CR5 2HR  
Inglaterra



Adaptado de información útil proveniente de TALC, quienes proveen varias colecciones de libros para instalar bibliotecas sobre la salud a bajo costo.

## Cómo establecer una biblioteca

### Instalaciones

Hacer estantes utilizando tablas de madera y ladrillos. Se pueden utilizar bloques de madera afirmados con piedras a modo de sujetalibros hasta que un carpintero pueda fabricarlos de madera. En lugar de piedras se pueden usar guijarros pintados. Si la biblioteca va a ser usada por una cantidad de gente, asegurarse de que se abra a horarios regulares para la gente que quiera ir a leer. Tener algunas sillas o esteras para que la gente pueda sentarse. Si el espacio es limitado, se puede utilizar un armario para los libros, el que se puede cerrar con llave cuando no esté en uso.

### Dividir en secciones

Esto facilitará la localización de los libros. Utilizar letras y un código de colores para indicar cada materia. Por ejemplo, si la biblioteca fuese sobre asuntos relacionados con la salud, se pueden usar las siguientes secciones:

<b>SMI</b>	Salud materna e infantil	Rojo
<b>ENI</b>	Enfermedades infecciosas	Azul
<b>MTR</b>	Minusvalía y tecnologías relacionadas	Púrpura
<b>EVS</b>	Educación sobre VIH/SIDA	Naranja
<b>NDI</b>	Nutrición y desarrollo infantil	Verde
<b>MCO</b>	Medicina, cirugía y obstetricia	Blanco
<b>SCS</b>	Servicios de atención de salud	Amarillo
<b>EC</b>	Educación y comunicación	Marrón

Dividir las secciones con bloques de madera marcados y pintados con los colores correspondientes. Marcar los libros en la tapa y en el interior. Darle a cada libro un número de sección e incluirlo a continuación de las letras. Por ejemplo: MCH 2. Si se tuviesen varios ejemplares del mismo libro, marcarlos como: MCH 2A, MCH 2B, MCH 2C.



### Mantener un registro

Dividir un cuaderno en secciones y listar todos los libros. Si la gente pide prestados ejemplares, escribir su nombre además de la fecha en que deben devolver el libro. Decidir juntos la política de préstamos que se usará. Tal vez sea posible que una persona pueda pedir prestados dos libros a la vez y tenerlos hasta tres semanas. Decidir si se aplicarán sanciones cuando la gente no devuelve los libros a tiempo.

Usar una caja para que la gente deposite sus libros al devolverlos. Anotarlos en el registro y luego ponerlo de vuelta en la sección correspondiente.

### Finalmente

Mantenerse alerta para encontrar libros interesantes que se puedan agregar a la biblioteca. El cobro de pequeñas contribuciones por el uso de la biblioteca puede permitir la compra de libros realmente útiles todos los años. Algunas organizaciones también apoyarán a las agrupaciones que establezcan pequeñas bibliotecas.



## Punto de vista comunitario

por Boureima Kabre

# Investigación participativa en acción

CUANDO SE INICIA un nuevo proyecto comunitario es esencial contar con la participación efectiva de todas las capas sociales que configuran la comunidad. Cada sociedad tiene su propio conocimiento y habilidad particulares que le permiten funcionar, irrespectivamente de lo pobres que puedan ser sus miembros.

Aquí en GRAAP (Grupo de Investigación y de Apoyo para la Autopromoción Campesina) hemos desarrollado un proceso para ayudar a que todos los grupos dentro de una sociedad expresen sus puntos de vista, incluyendo las mujeres y los niños.

## La estructura

Cada sector del vecindario está representado por una delegación que consiste de miembros de todos los grupos sociales, incluyendo dirigentes, adultos (tanto hombres como mujeres) y jóvenes. Estos se forman luego en subgrupos que son:

- Grupo de los dirigentes
- Grupo de hombres
- Grupo de mujeres
- Grupo de jovencitas
- Grupo de muchachos

A veces pueden hacerse necesarios más grupos que incluyan a grupos minoritarios tales como agrupaciones tribales, refugiados, minusválidos o trabajadores migratorios. A fin de tener un resultado equilibrado, es útil asegurarse que las cantidades de integrantes de cada grupo reflejen las cantidades reales en la población en su conjunto.

## Diferentes preocupaciones

Cada uno de estos subgrupos escoge a un portavoz y a un organizador para dirigir las discusiones. Se discute el mismo asunto en todos los subgrupos, los que hacen una lista de todas sus ideas y las ordenan en orden de importancia. Las tres preocupaciones más importantes se llevan a la Asamblea General de todos los subgrupos. Los portavoces presentan las tres prioridades seleccionadas por su subgrupo, utilizando símbolos cotidianos para representarlas (por ejemplo, una varilla para representar madera, un zapato para representar transporte, frijoles para representar semillas).

## Prioridades

Cuando todos los subgrupos hayan presentado sus puntos de vista, todos los delegados pueden tomar decisiones respecto a las prioridades generales como comunidad. Cada persona toma la misma



Niños utilizando guijarros en Burkina Faso para indicar sus prioridades para el desarrollo comunitario.

cantidad de guijarros (esto puede basarse en la cantidad de prioridades listadas, pero entre 5 y 10 es una buena cantidad). Colocan sus guijarros a lo largo de los símbolos que representan sus propias prioridades. Al final de la reunión, las personas que no son miembros de los subgrupos suman los guijarros. Utilizando este método, los puntos de vista de los dirigentes reconocidos y los problemas que ellos ven como prioridades no son necesariamente aceptados como los más influyentes en forma automática. Así todas las secciones de la comunidad pueden expresar y escuchar los puntos de cada subgrupo, asegurando que las mujeres y los jóvenes tengan la oportunidad de compartir sus puntos de vista. Las

prioridades que reciban más votos (guijarros) son así consideradas como las principales para la mayoría de la comunidad y la discusión puede entonces continuar con cómo mejorar y enfrentar estas prioridades.

## Cuándo quedarse callado

He descubierto que el mejor método de conducir discusiones es no expresar las opiniones y conocimientos de uno, sino permitir que las otras personas descubran la situación por sí mismas y luego piensen acerca de ella y actúen consecuentemente. Esto se puede lograr usando el arte de preguntar con habilidad, tal como lo hizo Jesús (Lucas 7:36-43). A veces, sin embargo, hay situaciones difíciles o embarazosas que la gente evitará enfrentar y puede que no haya alternativa sino expresar, con tacto, nuestras opiniones e impulsar a la acción (Mateo 12:9-13, Lucas 14:1-6).

No debemos vacilar en compartir la verdad si es necesario, ya que somos la sal y luz del mundo (Mateo 5:13-16).

*Boureima Kabre es un facilitador que trabaja en GRAAP. Su dirección es BP 143, Koujiela, Burkina Faso, Africa Occidental.*

Publicado por: Tearfund, 100 Church Rd, Teddington, TW11 8QE, Inglaterra

Directora: Isabel Carter, PO Box 200, Bridgnorth, Shropshire, WV16 4WQ, Inglaterra

**TEARFUND**

