

# PROSILLAIS

Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud

# 4



## Casas Maternas en Nicaragua

## **Documento de Trabajo de PROSILAIS No. 4**

El Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud pone a disposición de los interesados este documento de trabajo, con el objetivo de sistematizar las experiencias desarrolladas durante su implementación en seis SILAIS de Nicaragua, y a fin de que puedan ser utilizadas como referencias para el desempeño de actividades en el sector salud.

El documento completo puede ser consultado en:

- OPS/OMS
- MINSA-PROSILAIS
- UNICEF

Y este resumen:

- <http://www.ops.org.ni>

Una publicación de PROSILAIS,  
Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA),  
Organización Panamericana de la Salud (OPS),  
Organización Mundial de la Salud (OMS),  
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),  
Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI)

© PROSILAIS, Managua 1999  
Derechos reservados por la ley  
Diseño y realización gráfica: Lic. Fabián Medina  
Edición al cuidado de la Dra. Jeannette Aguirre de Abruzzese

Se autoriza la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se cite la fuente.

Impreso y hecho en Nicaragua.

### **COMITÉ TÉCNICO**

Dra. Jeannette Aguirre de Abruzzese - OPS/OMS  
Dra. Jeaneth Chavarría - UNICEF  
Dra. Aurora Soto Laríos - MINSA

# CONTENIDO

Introducción	2
Antecedentes	3
Metodología	4
Marco Conceptual	5
¿Porqué y para qué se crean las Casas Maternas?	6
¿Qué son las Casas Maternas?	6
Objetivo	6
Servicios que presta	7
Equipo que utiliza	7
Recursos humanos	8
Desarrollo de la atención	8
Recursos y fuentes	9
Relación de las Casas Maternas con el MINSA	9
Factores facilitadores y obstaculizadores que intervienen en la experiencia	10
Recomendaciones	11
Significado de siglas utilizadas	11
Impacto de las Casas Maternas	12

## Introducción

**A** pesar de los esfuerzos desplegados y la cooperación externa, en Nicaragua persiste una demanda insatisfecha de servicios de salud, acompañada de baja productividad y distribución inadecuada de los recursos humanos. Por razones históricas y socioeconómicas esta situación es más evidente en el área rural donde, precisamente, se concentra la pobreza y los mayores problemas de salud.

En la actualidad, a la par de las Reformas del Estado, se desarrolla la Modernización del Sector Salud que, como define la Política Nacional de Salud, persigue impulsar "cambios fundamentados en una lógica de Salud Pública y de descentralización hacia los Sistemas Locales de Salud (SILAIS) y municipios, en función de alcanzar, transformaciones que serán profundizadas en los niveles municipales".

Entre las iniciativas dirigidas a apoyar este proceso de fortalecimiento, el Ministerio de Salud (MINSa) ejecuta el Proyecto de "Apoyo a los SILAIS de Nueva Segovia, Madriz, Estelí, León, Chinandega y la Región Autónoma del Atlántico Sur" (PROSILAIS), que tiene como principios básicos la descentralización de los servicios de salud, el desarrollo integral y sostenido; y como eje de resolución de los problemas, la participación social.

Los SILAIS involucrados en el Proyecto se encuentran en algunos de los municipios más pobres de Nicaragua, que con frecuencia presentan mayor incidencia de enfermedades, lo cual ha demandado esfuerzos especiales que ponen en juego recursos humanos, materiales y financieros para el abordaje de los problemas. Debido a esta complejidad, entre las acciones de PROSILAIS se privilegia la promoción y adopción de modelos alternativos de intervención y/o el mejoramiento de los existentes, especialmente aquellos que persiguen el fortalecimiento de la participación comunitaria.

En las recomendaciones hechas al Proyecto en la evaluación de 1997 se propone realizar la sistematización de experiencias, que permita recuperar la riqueza de iniciativas de los trabajadores de la salud institucionales y comunitarios, a fin de que queden registradas y que estén a disposición de otros SILAIS.

En consecuencia, PROSILAIS realiza esta sistematización de Casas Maternas, desarrolladas en los seis SILAIS cubiertos por el Proyecto en el período de 1993 a 1998. En el proceso de dicho trabajo, se abordan aspectos de la estructura y organización y percepción sobre las mismas que tiene el personal de salud, agentes comunitarios y ONG's; el desarrollo de las acciones, e impacto de la experiencia.

Entre las acciones de PROSILAIS se privilegia la promoción y adopción de modelos alternativos de intervención y/o el mejoramiento de los existentes, especialmente aquellos que persiguen el fortalecimiento de la participación comunitaria

## Antecedentes

**E**l Proyecto de "Apoyo de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (PROSILAIS), se inició en 1992 con el objetivo de contribuir a la reducción de las desigualdades en la situación de salud de las poblaciones que habitan el área de atención de los SILAIS de Estelí, Madriz, Nueva Segovia, Chinandega, León y la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS).

Desde su inicio la prioridad del Proyecto han sido los niños, niñas, y mujeres de las comunidades que sufren mayor deterioro en sus condiciones de vida.

El Ministerio de Salud (MINSAL) es el encargado de la ejecución del Proyecto, y dos agencias internacionales de reconocido prestigio —la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)— tienen a su cargo la cooperación técnica y administración del mismo. Esta experiencia de coordinación interagencial para la implementación de un Proyecto es única en el país, y en la región de las Américas.

La ejecución de PROSILAIS ha contado con el financiamiento de la Agencia Sueca para el Desarrollo (ASDI), en el marco de la cooperación bilateral del Gobierno de Suecia con el de Nicaragua, quienes proporcionaron un fondo de 9 millones de dólares para cubrir tres años (1992-1995), prolongándose posteriormente hasta 1999, con un monto de 11 millones de dólares.

El área de influencia del Proyecto son los 55 municipios de los 6 SILAIS señalados, con una población de 1,217,755 habitantes, que representa el 28 % de la población total del país. El 51% de esta población son mujeres, y el 47% menores de 15 años, lo cual justifica la prioridad dada a estos grupos.

Aunque la salud es prioridad para el gobierno, en términos reales y relativos ha ocurrido un descenso en la inversión en salud, debido a la disminución del monto real del Presupuesto Nacional y al incremento de la población en el país.

De los 6 SILAIS seleccionados por el Proyecto, 4 de ellos han sido catalogados como los departamentos con mayor índice de pobreza del país: Estelí, Madriz, Nueva Segovia, y la RAAS. Aunque globalmente León y Chinandega no están catalogados entre los más pobres, algunos de sus municipios se encuentran en esta situación, y su perfil epidemiológico es complejo.

### Universo del Proyecto

SILAIS	MUNICIPIOS	POBLACIÓN
Madriz	9	104,223
Nueva Segovia	11	130,572
Estelí	6	180,726
León	10	72,296
Chinandega	13	356,690
RAAS	6	72,248
<b>Total</b>	<b>55</b>	<b>1,217,755</b>

Fuente: Proyecto de Desarrollo de los SILAIS de Chinandega, Estelí, León, Madriz, Nueva Segovia y RAAS «PROSILAIS», diciembre, 1995.

Las Casas Maternas forman parte de un conjunto de modalidades y estrategias participativas innovadoras de atención a las mujeres, que poco a poco han logrado constituirse en una verdadera alternativa para las mujeres embarazadas con alto riesgo obstétrico (ARO), que viven en comunidades alejadas sin oportunidades de atención institucionalizada del parto

En los departamentos involucrados en el proyecto se ha registrado un alto grado de organización y capacitación de los trabajadores de la salud y elevados niveles de participación comunitaria en el abordaje de los problemas de salud que afectan a la población

Las Casas Maternas existentes en el área del Proyecto forman parte de un conjunto de modalidades y estrategias participativas innovadoras de atención a las mujeres, que poco a poco han logrado constituirse en una verdadera alternativa para las mujeres embarazadas con alto riesgo obstétrico (ARO), que viven en comunidades alejadas sin oportunidades de atención institucionalizada del parto.

En los departamentos involucrados en el proyecto se ha registrado un alto grado de organización y capacitación de los trabajadores de la salud y elevados niveles de participación comunitaria en el abordaje de los problemas de salud que afectan a la población. En el área del Proyecto existen 1,724 Casas Base distribuidas en las diferentes comunidades, se han formado 214 recursos institucionales en tres años, y 10,609 recursos de la comunidad ligados a la práctica de salud entre parteras tradicionales, brigadistas, colaboradores voluntarios, maestros y otros líderes comunales.

Una de las expresiones claves en el desarrollo organizativo de estos municipios es la existencia de 63 Consejos Locales de Salud (en municipios y comarcas) los cuales se encargan de organizar la participación de instituciones y representantes de la comunidad en la planificación y realización conjunta de actividades.

## Metodología

Por las características del Proyecto, filosofía y anclaje en las comunidades, se desarrolló una metodología eminentemente participativa que, por un lado permitiera reconstruir técnicamente las experiencias para su utilización, pero que además tuviera una función didáctica en la medida que los sujetos de la misma logaran aprender de lo actuado para su fortalecimiento y mejoramiento en el futuro.

La sistematización se realizó durante los meses de junio, julio y agosto de 1998, iniciando con el consenso de los involucrados respecto a la metodología y contenido, para posteriormente desarrollar las fases que se describen a continuación.

### **Fase I : Identificación de las fuentes de información, y diseño de los Instrumentos**

Se realizó el primer contacto con los puntos focales de PROSILAIS, quienes estuvieron a cargo de coordinar el trabajo en cada uno de los departamentos afectados, apoyando en la base el trabajo de recolección de información.

### **Fase II: Recolección de información en el terreno**

Para esta fase se usaron dos modalidades de trabajo: las entrevistas y visitas en municipios seleccionados de cada SILAIS, y entrevistas con grupos focales del personal de salud y comunitario, estuviera o no vinculado directamente a la experiencia.

### **Fase III: Retroalimentación**

Los datos recolectados y organizados se discutieron con grupos del personal de salud para profundizar su análisis en los aspectos conceptuales, metodológicos y operativos.

### **Fase IV: Elaboración del documento de sistematización**

## Marco Conceptual

**L**os conceptos que fueron abordados forman parte del cuerpo de Principios y Categorías que se expresan tanto en los objetivos como en las estrategias del Proyecto PROSILAIS, los cuales sirven como punto de partida para comprender los ejes técnicos y políticos de la acción. Es importante mencionar que aunque son de manejo cotidiano, no existe uniformidad en la conceptualización de los mismos por lo que fue necesario un proceso de construcción colectiva para llegar a este consenso.

Sin embargo, se presentaron grandes similitudes entre un SILAIS y otro, llegando a consenso sobre los siguientes conceptos:

- INTEGRALIDAD:** Es el conjunto de acciones de salud que se brindan a la población, con todos los medios disponibles, según el nivel de resolución de la unidad, con calidad y calidez, en un momento dado, sin pérdida de oportunidades.
- CALIDAD:** Capacidad de brindar un servicio de salud, atendiendo las normas y satisfaciendo las necesidades del usuario.
- COBERTURA:** Porcentaje de la población objetivo que es realmente atendida por un Programa o servicio, en un área determinada.
- SOSTENIBILIDAD:** Capacidad de dar continuidad a una modalidad de trabajo o proyecto, con la participación activa de otros actores sociales. Está conformada por un conjunto de estrategias y mecanismos utilizados para el mantenimiento de las actividades en el tiempo.
- ACCESIBILIDAD:** Disponibilidad de los servicios de salud, y oportunidades de uso de los mismos que tienen los diversos sectores de la población.

Aunque los conceptos son de manejo cotidiano, no existe uniformidad en la conceptualización de los mismos por lo que fue necesario un proceso de construcción colectiva para llegar a este consenso



Práctica de parto.

## ¿Porqué y para qué se crean las Casas Maternas?

**L**a primera Casa Materna surgió en Estelí en 1985 bajo la conducción de la Dirección Materno Infantil del MINSA Regional, como una iniciativa de un grupo de enfermeras nacionales y extranjeras. Se bautizó como "Centro Regional de Preparación para el Parto Natural", cuyo objetivo era preparar física y mentalmente a gestantes en las técnicas para el parto psicoprofiláctico.

Acompañando este proceso también se inicia la preparación a parteras empíricas en la atención del parto normal y referencia a la Casa Materna, hospitales o centros de salud, los casos de alto riesgo obstétrico, con el fin de evitar muertes maternas y perinatales.

Es a partir de 1993 que se convierte en Albergue Materno, como una estrategia de intervención tendiente a la reducción de la mortalidad materna, priorizando a las mujeres gestantes del área rural como grupo de mayor riesgo.

En 1987 se funda la Casa Materna del municipio Ocotal (Nueva Segovia) a partir de la necesidad de albergar a mujeres campesinas que por el conflicto bélico vivido en la región norte durante este período, no podían trasladarse en el momento del parto para ser atendidas en un hospital.

Un grupo de la Asociación de Mujeres Nicaragüenses "Luisa Amanda Espinoza" fueron las gestoras de la idea. Ellas consiguieron que el Gobierno Municipal donara el local para su funcionamiento, y con el apoyo de una organización de mujeres suecas se fundó la Casa Materna "Mary de Barreda".

El Albergue Materno de Villanueva tiene dos años de funcionamiento, y fue a partir de una discusión del personal de salud sobre el aumento de muertes maternas, que se decidió crear un cuarto para albergar mujeres embarazadas. En Somotillo y Quilalí, tienen menos de un año de funcionamiento, y han retomado gran parte de la experiencia acumulada por Estelí y Ocotal en esta modalidad de atención.

### ¿Qué son las Casas Maternas?

Aunque cada centro tiene su propia definición para explicar esta modalidad de trabajo, en la reunión con dirigentes de Casas Maternas se propuso en consenso un nombre cuya definición englobara las particularidades de las mismas:

**Casa Materna:** Es un centro alternativo que brinda atención integral en salud a mujeres, con prioridad a usuarias embarazadas con alto riesgo obstétrico que proceden del área rural, con la finalidad de reducir las muertes maternas y perinatales.

Aunque las participantes no conocían la definición asumida en el Primer Encuentro de Casas Maternas auspiciado por UNICEF, hay plena coincidencia entre ambos conceptos.

### Objetivo

El objetivo general de las Casas Maternas es «Contribuir a la disminución de la mortalidad materna y perinatal, especialmente en mujeres de áreas rurales alejadas».

Casa Materna es un centro alternativo que brinda atención integral en salud a mujeres, con prioridad a usuarias embarazadas con alto riesgo obstétrico que proceden del área rural, con la finalidad de reducir las muertes maternas y perinatales

## Servicios que presta

En correspondencia con los objetivos de estos centros, los servicios que prestan pueden ser más amplios o reducidos según la disponibilidad de recursos con que cuentan. A continuación se describe para cada caso, qué tipo de oferta tienen para las mujeres.

Servicios	Casas que lo prestan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Albergue a embarazadas.</li> <li>• Control pre y postnatal.</li> <li>• Vigilancia del embarazo ARO</li> <li>• Consejería en planificación familiar.</li> <li>• Atención del puerperio.</li> <li>• Transporte al Hospital cuando lo amerite.</li> <li>• Consulta ginecobstétrica y general.</li> <li>• Diagnóstico y tratamiento de Enfermedades de Transmisión sexual.</li> <li>• Inserción, revisión y retiro de DIU.</li> <li>• Papanicolau.</li> <li>• Exudados vaginales.</li> <li>• Preparación para MINILAP.</li> <li>• Entrega de anticonceptivos orales y de barrera.</li> <li>• Servicios quirúrgicos y de recuperación.</li> <li>• Capacitación a parteras sobre temas de interés.</li> </ul>	<p>Todas las Casas Maternas brindan estos servicios en diferente intensidad.</p> <p>En el caso de Somotillo y Villanueva, que funcionan en los Centros de Salud, los servicios son brindados por las unidades de salud con los recursos disponibles, y las Casas Maternas ofrecen el albergue. Las mujeres alojadas tienen prioridad para el acceso a todos estos servicios.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención al parto.</li> <li>• Atención al recién nacido.</li> </ul>	Somotillo, Villanueva y Quilali
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoprofilaxis del parto.</li> </ul>	Casa Materna de Estelí.
Capacitación en: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educación Sexual</li> <li>• Medio Ambiente</li> <li>• Derechos de la mujer y la niñez.</li> <li>• Desarrollo Humano</li> </ul>	Casa Materna de Ocotal.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asesoría jurídica</li> </ul>	Casa Materna de Quilali.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programa Radial "Mujer"</li> </ul>	Casa Materna de Ocotal

## Equipo que utiliza

Para una Casa Materna se requiere:

- Un local que preste condiciones para la atención y al menos cuente con espacios para el albergue, cocina, salas de espera, servicios higiénicos, baños, entre los más importantes.
- Camas para el albergue, cocina, sillas, entre los muebles y equipo más importante.
- Papelería: expedientes, tarjetas de control, recetarios, entre los más importantes.
- Material de reposición.
- Métodos de planificación familiar (condones, contraceptivos orales, DIU, etc.).
- Materiales de capacitación.
- Medicamentos.
- Ropa de cama y batas para las mujeres.
- Alimentos.
- Combustible.
- Transporte

Algunas Casas Maternas han incorporado clases de actividades manuales que les puedan generar recursos económicos, y todas tienen también acciones de educación con énfasis en planificación familiar

## Recursos Humanos

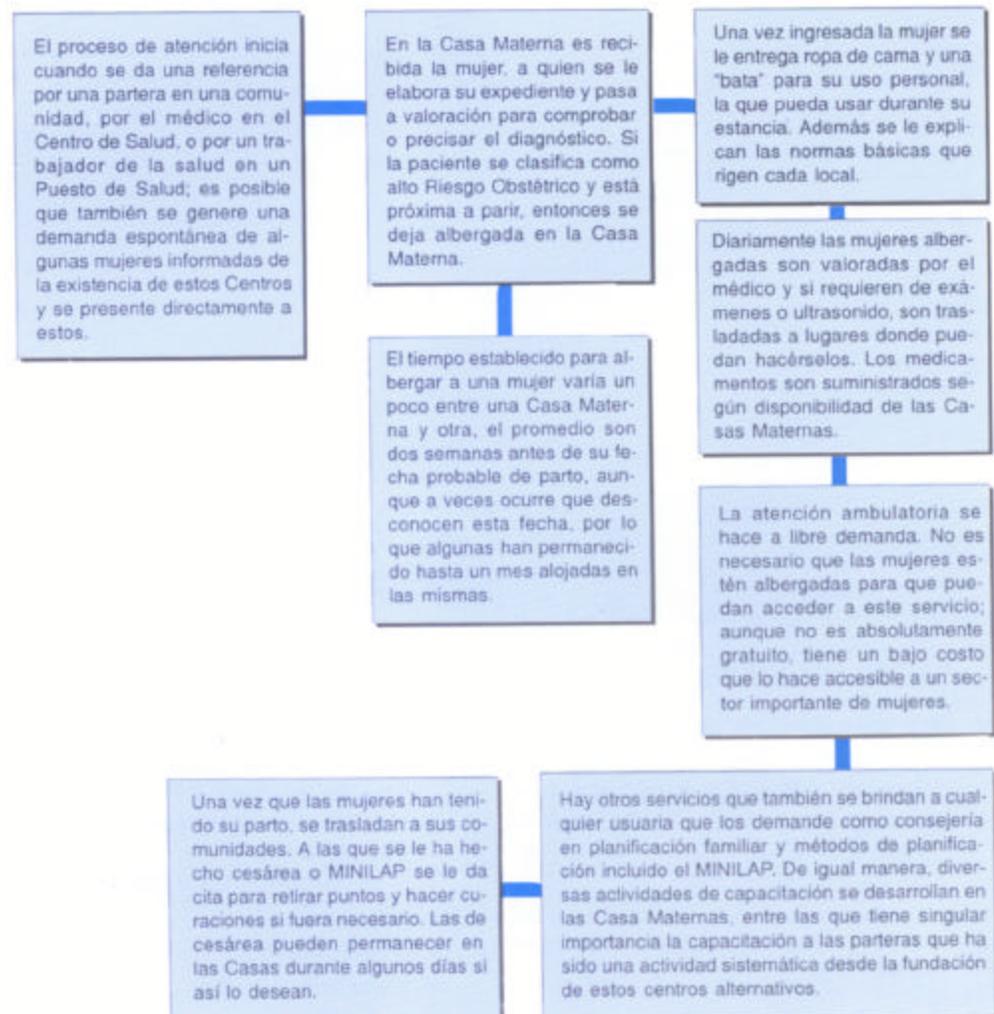
En las Casas Maternas más grandes como la de Estell, hay una mayor cantidad de personal que incluye además personal administrativo. Se debe considerar que en Somotillo y Villanueva, por funcionar en el Centro de Salud, no tienen personal exclusivo para la Sala o Albergue Materno si no que enfermeras del Centro asumen las actividades operativas, y la Dirección recae en la misma Dirección del Centro.

En los Centros pequeños como Quilalí, hay menos personal, pero es asumido totalmente por el organismo que apoya al Centro, y por otros ingresos de servicios que se venden a diferentes usuarios y usuarias.

El personal mínimo con el que funciona una Casa Materna es:

- Directora (quien también puede brindar atención especializada, según capacidades)
- Médico.
- Enfermeras
- Aseadores.
- Conductor.

## Desarrollo de la atención



## Recursos y fuentes

Los recursos utilizados para la prestación de estos servicios provienen de diferentes fuentes en cada uno de los casos. Estos se pueden agrupar en cuatro fuentes principales:

1. Recursos institucionales: en el caso de las Casas Maternas de Somotillo, Villanueva y Estelí la mayoría de sus acciones se financian con vía presupuesto fiscal.
2. Recursos del Proyecto PROSILAIS: La Casa Materna de Estelí tiene componentes que son financiados por el Proyecto.
3. Recursos externos a través de organismos de cooperación: Las Casas Maternas de Quilalí, Ocotal y Somotillo han funcionado con el apoyo de recursos provenientes de organizaciones solidarias que han apoyado diferentes rubros para su funcionamiento.
4. Recuperación de costos: Hay algunos servicios que son cobrados a las usuarias a fin de poder sostener los mismos. No se cobra a las mujeres que se albergan en las Casas Maternas, pero se les pide una colaboración voluntaria para su alimentación. En el caso de Ocotal se les solicita provisión para 15 días, en Quilalí se les solicitan cincuenta córdobas para cubrir sus gastos de alimentación por el mismo tiempo. En Estelí se les solicita llevar al albergue alimentos crudos que sirvan para mejorar su dieta.

### Relación de las Casas Maternas con el MINSA

No se debe olvidar que tres de las cinco Casas Maternas que participaron en esta sistematización, son rectoreadas directamente por el MINSA a través de los SILAIS y municipios respectivos. Estas son las de Somotillo, Villanueva y Estelí. Sin embargo, en los tres casos han contado con apoyo de organismos de cooperación, de la sociedad civil, municipalidades, entre otros, para poder poner en marcha sus Proyectos.

En gran medida la existencia de estas Casas, sobre todo Villanueva y Somotillo, son evidencia de un nuevo estilo de gestión en los municipios, de mayor apertura, y sensibilización a otros sectores para compartir las acciones y financiamiento en salud.

Las Casas Maternas que son conducidas por organizaciones de la sociedad civil tienen diferentes niveles de coordinación con el MINSA. Por ejemplo, la Casa Materna de Quilalí tiene estrecha coordinación con el Centro de Salud quienes les apoyan eventualmente con algunos insumos médicos, y viceversa. También la Casa Materna tiene a su cargo la capacitación de parteras, servicio que es contratado por el Centro de Salud con recursos del Proyecto PROSILAIS. Este ingreso ha sido de gran ayuda al mantenimiento de la Casa Materna, y tanto la Casa, como el MINSA son beneficiados.

En Ocotal, la Casa Materna ha sido apoyada hace algunos años por el Proyecto PROSILAIS, y de forma directa por UNICEF. Desde sus inicios ha tenido coordinación con el MINSA, ganándose el reconocimiento de las autoridades y trabajadores por su contribución a reducir las muertes maternas.

En ambos casos (Quilalí y Ocotal) se indica que tienen una relación horizontal con las diferentes instancias del MINSA, pero que hace falta profundizar y delimitar mejor las responsabilidades de ambas partes en esta relación. Se percibe que las Casas Maternas desearían y de hecho necesitan mayor apoyo del MINSA en diferentes rubros.

En gran medida la existencia de estas Casas, sobre todo Villanueva y Somotillo, son evidencia de un nuevo estilo de gestión en los municipios, de mayor apertura, y sensibilización a otros sectores para compartir las acciones y financiamiento en salud

## Factores facilitadores y obstaculizadores que intervienen en la experiencia

### Factores facilitadores:

**Coordinación intersectorial:** La coordinación con instituciones, organismos, y personas de la comunidad, ONG's, y otras unidades de salud, para el abordaje de problemas concretos en la atención de las mujeres se identifica como una de las premisas que ha permitido el sostenimiento de los Centros.

**Disponer de fuentes de financiamiento:** Las Casas Maternas han funcionado gracias a los recursos que dispone, ya sean designados por la misma institución, o donados por agencias de cooperación. Se debe destacar el apoyo de PROSILAIS a las Casas Maternas de Estelí y Ocotal, que ha permitido contar con recursos adicionales para la ejecución de las acciones.

Además se conoce de esfuerzos de los propios Centros en implementar actividades que generen ingresos económicos tales como cafetines, venta de ropa usada y recuperaciones por servicios a sectores no priorizados.

**Prioridad social e institucional en reducir la Mortalidad Materna:** En los últimos años se le ha conferido una gran importancia al problema de la mortalidad materna considerándolo un problema de gran prioridad. Ha habido avances significativos en el nivel de sensibilización en todos los ámbitos (institucional, ONG's, y comunidad). Este hecho ha facilitado muchos procesos como la divulgación, la voluntad política para el apoyo a los Centros, y en general el reconocimiento de los mismos en las comunidades.

**Buena disposición del personal:** El entusiasmo y perseverancia de grupos del personal de los Centros de Salud, o en otros casos, de mujeres ligadas a ONG's o Asociaciones, han sido factores indispensables para la creación y mantenimiento de las Casas Maternas.

### Factores obstaculizadores

**Falta de recursos materiales:** Los recursos no son suficientes para cubrir las grandes necesidades que estos tienen. Ello siempre representa una amenaza debido a que se deben cubrir aspectos claves como la alimentación de las mujeres en el albergue, los medicamentos, y gastos operativos en general sin considerar los gastos de personal.

**Infraestructura inadecuada:** Los locales donde funcionan las Casas Maternas no son los más apropiados para las actividades y funciones que se desarrollan en las mismas. Anteriormente estas eran casas de habitación o salas de los Centros de Salud que han sido acondicionadas para la atención a las mujeres, y no hay suficientes espacios para la realización de otras tareas o la ampliación del número de usuarias.

**Poca capacidad de aporte de las usuarias:** Las mujeres que demandan los servicios de las Casas Maternas proceden de comunidades alejadas, en extrema pobreza, que precisamente demandan este servicio porque no tienen dinero ni parientes cercanos donde puedan permanecer esperando su parto.

Debido a esta situación, estas mujeres no pueden aportar prácticamente nada para su manutención durante su estancia en las Casas Maternas. Esta es una tensión muy fuerte porque las actividades de recuperación representan un margen muy reducido. Este dato se debe tomar en consideración en función de las propuestas de sostenibilidad, la cual es muy difícil por la vía de las usuarias.



## Recomendaciones

1. Es necesario iniciar los pasos para la sustentabilidad financiera de las acciones, ya que la sostenibilidad organizativa existe por cuanto se tiene una amplia base de apoyo comunitario, hay indicios de una mayor coordinación intersectorial, ha quedado una base de recursos humanos formados, y se ha iniciado la municipalización de la atención. Todo ello contribuye a que en un momento dado en que el Proyecto se retire, estarán creadas las condiciones para su continuidad.
2. En las Casas Maternas administradas por el MINSA es necesario precisar qué aspectos se pueden cubrir con los recursos del presupuesto fiscal dentro del Plan Básico de Cobertura, con recursos de los gobiernos locales, de otra instituciones, o con préstamos de los organismos multilaterales.
3. Las Casas Maternas propusieron la realización de Encuentros Nacionales cada cierto tiempo (anualmente), a fin de actualizar información, intercambiar propuestas y realizar gestiones comunes, actualmente apoyados por PROSILAIS.
4. Las cinco Casas aquí consultadas, presentan necesidades de todo tipo. Es indispensable que el Proyecto revise las posibilidades de apoyo y qué rubros sería más conveniente reforzar.
5. Eventualmente se debe considerar el proporcionar apoyo técnico a las municipalidades y Casas Maternas para la formulación de proyectos que les garantice alguna perspectiva de financiamiento.

Es necesario iniciar los pasos para la sustentabilidad financiera de las acciones, ya que la sostenibilidad organizativa existe por cuanto se tiene una amplia base de apoyo comunitario, hay indicios de una mayor coordinación intersectorial, ha quedado una base de recursos humanos formados, y se ha iniciado la municipalización de la atención.

### SIGLAS UTILIZADAS

<b>Colvol:</b>	Colaborador voluntario.	<b>PROSILAIS:</b>	Proyecto de Apoyo a los SILAIS de Chinandega, León, Madriz, Nueva Segovia, Estelí y RAAS.
<b>CPN:</b>	Programa de Control Prenatal.	<b>RAAS:</b>	Región Autónoma del Atlántico Sur.
<b>MED:</b>	Ministerio de Educación.	<b>SILAIS:</b>	Sistema Local de Atención Integral a la Salud.
<b>MINSA:</b>	Ministerio de Salud.	<b>UNICEF:</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
<b>ONG:</b>	Organismo No Gubernamental.		
<b>OPS/OMS:</b>	Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud.		
<b>PAP:</b>	Examen de Papanicolau.		

## ¿Cuál es el impacto de las Casas Maternas?

- Se aumentó de la cobertura del parto institucional.
- Ha mejorado la coordinación entre las parteras, personal del MINSA y usuarias en las Casas Maternas, así como el nexo entre el Estado, la Sociedad Civil y las usuarias.
- Se han creado y organizado 9 clubes de embarazadas que intercambian información sobre el parto, cuidado del niño, y otros temas. Principalmente se reportan estos clubes en Somotillo y Estelí.
- Contribuyen en la reducción de la mortalidad materna y perinatal.
- Una amplia base de apoyo con parteras y promotores han recibido capacitación, permitiendo identificar oportunamente mujeres en riesgo.
- Han comenzado a cambiar los patrones tradicionales de sólo ser atendidas por parteras, generándose mayor aceptación del parto institucional.
- Ha despertado mayor sensibilización, aceptación y uso de métodos de planificación familiar, enfocados con prioridad a múltiparas con alto riesgo obstétrico.
- Cambios de actitud en las usuarias a partir de la capacitación, principalmente aumentando su autoestima y nueva actitud ante la planificación familiar.
- Casa Materna se ha convertido es un punto de referencia para cualquier caso que tiene que ver con embarazo y problemas de las mujeres a nivel comunitario.

El Informe de 1997 de PROSILAIS, presenta la mejoría en algunos indicadores, a lo cual ha contribuido el Proyecto con sus estrategias de atención.

# Proyecto de Desarrollo de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud PROSILAIS



MINSA



OPS - OMS



unicef

**Asdi**

Agencia Sueca  
para el  
Desarrollo  
Internacional