

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

MAESTRIA SALUD PUBLICA 2002 - 2004

**Tesis para Optar al Título de
Master en Salud Pública**

**EVALUACION DEL MODELO DE SALUD DE LA RAAN, EN EL
MUNICIPIO DE SIUNA, REGIÓN AUTÓNOMA ATLANTICO NORTE,
1998 - 2004.**

**Autoras: Ivania López Calero
Karla García Vivas**

**Tutor: Manuel Martínez M.
Mcs. Salud Pública**

Afinada
Manuela Pastora
Rosa P...

Managua, Noviembre 2004

7 9:14

INDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	2
II. ANTECEDENTES	4
III. JUSTIFICACION	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
V. OBJETIVOS	10
VI. MARCO REFERENCIAL	11
VII. DISEÑO METODOLOGICO	35
VIII. RESULTADOS	48
IX. ANALISIS	88
X. CONCLUSIONES	101
XI. RECOMENDACIONES	102
XII. BIBLIOGRAFIA	103
XIII. ANEXOS:	
Instrumento de Recolección de la Información	
Matrices de Resultados	
Fotografías	

I. INTRODUCCIÓN.

El Estado de Salud de una población es la expresión sintética de un momento histórico concreto, del nivel alcanzado en la relación del ser humano con la naturaleza y entre los propios seres humanos, respecto a su salud en el plano físico, mental y social. Es el reflejo fiel del estado de desarrollo material y espiritual de una sociedad. El entendimiento de que el desarrollo de la salud, concebida como un bien social, forma parte y apoya el desarrollo local saludable y sostenible.

La Costa Atlántica de Nicaragua ha sido un territorio que los gobiernos y gobernantes del país han olvidado, ya sea por desconocimiento de la cultura ó porque no tienen interés en reconocer que son diferentes de los pueblos del pacífico del país y por lo tanto, deben de aceptarlos y reconocerlos como tales. Este olvido que puede ser a propósito, también repercute en la Salud de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de la Costa Caribe de Nicaragua, donde cada grupo tiene su propia concepción de lo que es y creen, que es la Salud.

En las comunidades de nuestra región existe una práctica médica que combina de hecho, elementos de la medicina indígena con la medicina occidental y la medicina casera, y que tradicionalmente la medicina indígena ha constituido el principal recurso para la atención de salud de los pueblos indígenas y comunidades étnicas.

A través de estos años el sistema de salud la Región Autónoma del Atlántico Norte, se ha regido por un Modelo de Salud y por una atención médica, que fue definido para todo la nación, sin tener en cuenta, la diversidad existente en esta área geográfica de Nicaragua, un Modelo que con el pasar del tiempo ha demostrado que no se corresponde con nuestra multiétnicidad, multiculturalidad y multilingüidad.

En 1997 el Consejo Regional Autónomo de la Región Autónoma Atlántica Norte aprobó el Modelo de Salud de la región, sin embargo, es hasta los años 2001 y 2002 que se ha observado interés de las autoridades nacionales del Ministerio de Salud de entender y escuchar con respecto al modelo de salud y de atención que queremos.

Siuna, uno de los siete municipios que conforman la RAAN, tiene la particularidad de ser el único, donde la composición poblacional de Mestizos provenientes de departamentos del pacífico de Nicaragua llega a ser más del 95%.

Es en este territorio donde se lleva a cabo la presente investigación, con el objetivo de analizar el proceso de implementación del Modelo de Salud de la RAAN, valorando el grado de involucramiento que tienen las diferentes autoridades y actores sociales en el proceso así como las dificultades que se han presentado.

II. ANTECEDENTES

Con la llegada de los europeos a la Costa Atlántica de Nicaragua, inicia a presentarse un sincretismo entre las prácticas médicas tradicionales y las europeas-cristianas.

Los misioneros moravos que llegaron a mediados del Siglo XIX y fueron ubicándose de forma paralela a las empresas transnacionales abrieron la primera escuela de enfermería en Bilwaskarma y un año después el Hospital Thaeler Memorial en la misma comunidad miskitu de Río Coco Abajo.

El servicio Hospitalario en la región se inició a partir de 1935 en Bilwaskarma a través de la Iglesia Morava y la Misión Católica instaló un dispensario médico con las Madres de Santa Inés en 1946 en Waspam. En esa fecha el Ministerio de Salubridad Pública estableció una Unidad Sanitaria Móvil en Waspam integrada por un médico, una enfermera, una educadora sanitaria, un laboratorista, una trabajadora social, una visitadora y dos inspectores, igual equipo se instaló en Puerto Cabezas y en Prinzapolka.

El 1945 Nicaragua suscribe la Convención de Pátzcuaro donde se determinaba la conformación de los Institutos Indigenistas Nacionales y en el caso de Nicaragua se tradujo en una medida legislativa que obligaba a la castellanización de los indígenas en las comunidades del Río Coco a través del Proyecto Piloto de Educación Fundamental que incluyó capacitaciones en temas de salud y visitas esporádicas de personal médico a las comunidades.

El Hospital Moravo, además de preparar enfermeras, estableció algunos puestos de salud. En la década de los años 50' amplió sus servicios para cubrir a los trabajadores de las empresas mineras y madereras a través de un programa de Seguridad Social. También abrió un sanatorio con 80 camas para los pacientes tuberculosos, la mayoría silico -tuberculosos provenientes de las empresas mineras.

En coordinación con el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria se estableció un programa con campañas de saneamiento, prevención de enfermedades transmisibles, erradicación de enfermedades endémicas y organización de botiquines comunales para la atención de primeros auxilios.

La Iglesia Adventista construyó el Hospital de Puerto Cabezas con 18 camas y las Empresas Minera en Siuna, Rosita y Bonanza abrieron unidades para prestar servicios a los trabajadores mineros.

A finales de los años 60'el Hospital Moravo de Bilwaskarma amplía sus servicios a programas comunitarios junto con la Iglesia Católica e Instituciones de Gobierno, participan en la Formación de líderes comunitarios, amas de casa, cooperativas.

En este período se continúa con la atención médica a través de pequeñas unidades médicas móviles de atención rural (PUMAR) coordinada con otros programas de desarrollo comunitario ofertados a partir del inicio de la Alianza para el Progreso, se suman los programas de planificación familiar con financiamiento de USAID con vacunaciones, construcción de pozos y letrinas. Sólo en el Río Coco durante ese período pasaron por cursos de concientización más de 400 líderes comunitarios. El mayor porcentaje de los servicios de salud que se ofertaban estaban dirigidos a los aspectos de curación y con una limitada actividad preventiva.

Durante los años 1979-1981 se dió un gran impulso a las vacunaciones y extensión de coberturas de programas, lo que no duró mucho, ya que con el inicio de la guerra en la región se limitó nuevamente el acceso de la población a los servicios básicos de salud. A partir de 1988 con la finalización de la guerra y posterior a 1990 con el retorno masivo de los pobladores a sus comunidades, se intentó mantener la ampliación de cobertura iniciada en 1980, sin embargo la disparidad entre la enorme demanda de servicios y la capacidad del sistema drenado por la falta de recursos y una política en salud que no estaba orientada hacia los territorios de las Costa Caribe repercutieron en una atención en salud deficitaria.

A partir del 90' donde se da el proceso de pacificación del país el Ministerio de Salud orientó sus acciones a reforzar los servicios de salud en áreas de reubicación de desmovilizados, repatriados y desplazados, se priorizó la defensa de la vida del niño, la instrumentación de las Jornadas Nacionales de Vacunación y el plan anti-epidémico de lucha contra el sarampión y la tos ferina, se instrumentó el programa de rehabilitación en hospitales y servicios municipales, el fortalecimiento a programas de control de malaria, dengue, tuberculosis, SIDA y Rabia, se implantó la atención a enfermedades crónicas degenerativas, pero a pesar de estas definiciones en la atención de salud, la situación de salud de la región no mejoró.

La creación de los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS) en 1991 obedece a una estrategia para la transformación del Sistema Nacional de Salud, donde su expresión es la organización territorial de los servicios de salud y así ejercer un adecuado manejo de los recursos en función de las necesidades de salud de la población y maximizar los aspectos de eficiencia, eficacia y equidad, teniendo como objetivo fortalecer el Ministerio de Salud y sus relaciones con otras Instituciones y sectores principalmente en el nivel local.

En la práctica las Unidades de Salud y los SILAIS no han logrado operativizar dicho funcionamiento, se volvieron una estructura burocrática, supernumeraria, con serios problemas para movilizarse al territorio. No hay una descentralización, como está contemplada en la Modernización del Sector Salud, es así que los municipios están limitados a las decisiones que se tomen en el Nivel Superior, incluso cuando estas decisiones son determinantes tomarlas en un período inmediato, provocando que las gestiones y decisiones de las Unidades de Salud no tengan autonomía.

El Modelo de Atención Médica, que se ha venido implementando en el Municipio de Siuna es verticalizado ya que responde a las orientaciones y disposiciones definidas en el Nivel Central del Ministerio de Salud e implementadas por los SILAIS y posteriormente a los Municipios.

En la población del municipio de Siuna hay descontento por el desabastecimiento de medicamento en las Unidades de Salud, pero también hay problemas en horarios de atención, en el tiempo de espera, tipo de atención, el flujo a los diferentes servicios, entre otros.

Con respecto a la amplia red de agentes comunitarios que trabajan en salud, no se observó un trabajo coordinado con el personal del Ministerio de Salud y la población, desaprovechando esa oportunidad.

III. JUSTIFICACIÓN:

Con el presente trabajo investigativo, se llevó a cabo una evaluación de lo que ha sido la implementación del Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte en el Municipio de Siuna, ubicado a 337 Km de Managua; apreciar sus avances y si éstos responden a las demandas y necesidades de la población, considerando sus características.

Con el logro de los Objetivos del estudio se estará contribuyendo con el proceso de implementación del Modelo de Salud, y brindar insumos para que el proceso sea participativo y la población de Siuna sea la que dé las pautas de cómo será en definitiva la implementación del Modelo de Salud.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Tomando en cuenta los diferentes aspectos planteados anteriormente, se propusieron las siguientes preguntas de estudio:

¿Cómo ha sido el proceso de implementación del Modelo de Salud de la RAAN, en el Municipio de Siuna, durante el periodo del 1998 al 2004?

Las preguntas específicas del estudio fueron:

1. ¿Cuál ha sido el avance en la legislación de salud y en aspectos políticos y organizativos con relación al Modelo de Salud de la RAAN y su adecuación en la RAAN y en Siuna?
2. ¿Cuál es el grado de avance en la implementación de los diferentes componentes del Modelo: Organización administrativa, Organización de los servicios de salud, Atención de salud, Gerencia y financiamiento, Recursos humanos y participación?
3. ¿Cómo ha sido el proceso de implementación desde la aprobación del Modelo de Salud de la RAAN, en Municipio de Siuna?
4. ¿Cuáles son los resultados obtenidos con la implementación del Modelo de Salud de la RAAN, con relación a las interacciones entre el MINSA, la Medicina Tradicional Indígena y Comunitaria?
5. ¿Cuál ha sido la ampliación de la cobertura y accesibilidad a los Servicios de Salud, con la implementación del Modelo de Salud de la RAAN?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General:

Analizar el proceso de implementación del Modelo de Salud de la RAAN, en el Municipio de Siuna, desde su aprobación 1998 al 2004

5.2 Objetivos Específicos:

1. Valorar el avance en la Legislación de Salud, Aspectos Políticos y Organizativos con relación al Modelo de Salud de la RAAN y su adecuación en Siuna.
2. Identificar el grado de avance en la implementación de los diferentes componentes del Modelo: Organización administrativa, Organización de los Servicios de Salud, Atención de salud, Gerencia, Financiamiento, Recursos Humanos y Participación Comunitaria.
3. Describir el proceso de implementación desde la aprobación del Modelo de Salud de la RAAN, en el Municipio de Siuna.
4. Analizar el resultado obtenido con la implementación del Modelo de Salud de la RAAN, con relación a las interacciones entre el MINSA, la Medicina Tradicional Indígena y Comunitaria.
5. Valorar la ampliación de la cobertura y accesibilidad a los Servicios de Salud, con la implementación del Modelo de Salud de la RAAN.

VI. MARCO REFERENCIAL.

Condiciones para el desarrollo de un Modelo de Salud.¹

Cualquier persona dedicada a la planificación de salud basada en un modelo que coordine las relaciones entre sus diversos sectores, sabe que no es lógico concentrarse sólo en algunos de ellos. Se sabe perfectamente que cada actividad de salud tiene respaldo de un complejo de recursos, cuya composición está determinada por la tecnología que se usa, con variantes que no se apartan demasiado de cuotas máximas y mínimas bastantes próximas.

Por otra parte, las actividades estarán condicionadas por el estado actual y el previsto para la salud de la población que, a su vez, depende de las actividades que vayan realizando. Es decir, las enfermedades que la población padezca, las demandas que planteen al Sistema de Salud o las necesidades que expresen en alguna de las múltiples formas en que es posible hacerlo, estarán relacionadas con el punto de partida o con la situación actual y lo que vaya ocurriendo.

En este proceso se entremezclan dos elementos: la historia natural de las enfermedades libradas a su evolución espontánea, y las interferencias que pueden introducirse a partir de las decisiones tomadas en relación con las actividades de salud. Lo primero es Epidemiología, lo segundo es Política. Su ordenamiento en un cuerpo de doctrina, es el fundamento de la planificación.

La Epidemiología y las decisiones políticas son cuestiones sencillas. Su combinación no facilita las cosas; por el contrario, las complica, es decir, que el Sistema que se forma entre ambas y que caracteriza los problemas de salud, es altamente complejo. La idea de complejidad puede demostrarse de muchas maneras: por ejemplo, tratando de visualizar cuáles serían las consecuencias de la introducción del abastecimiento de agua potable sobre la situación de salud de una población marginal. Este es un alto importante si se quiere planificar con algún viso de verosimilitud.

¹ Testa Mario, Modelos de Salud: Condiciones para su desarrollo. En OPS. Análisis de las organizaciones de salud.

El problema no es nuevo, intentos de determinar ese efecto se han hecho, sin embargo, aún no tenemos una Metodología de Investigación ni Procedimientos de Análisis que satisfagan esa necesidad evidente. Ello ocurre porque el problema no solo es complejo sino mal definido.

La complejidad del sector salud no se agota con la Epidemiología. Las decisiones que se toman crean Organismos, Instituciones, Áreas de Competencias, subdividen a la población en grupos diferenciados, más o menos protegidos. Hay grupos sociales con intereses que condicionan más divisiones sub-sectoriales dentro del sector: área privada, pública, los mecanismos de seguridad social etc.

Cada uno de los grupos, Instituciones, Organismos, Empresas, que cumplen alguna función dentro del Sector Salud, es un consumidor de los recursos, para lo cual cuenta con algún mecanismo de apropiación de los mismos, que puede ser la compra de insumos corrientes o equipos y la contratación de personal en los países con la Economía de Mercado, o la asignación planificada de unos y otros en aquellos con decisión centralizada.

Interesa destacar dos cosas: Primero, en los Países con Economía de Mercado, los centros de decisión son por lo menos tan numerosos como el número total de Organismos, Instituciones, etc.; ni siquiera en los países de decisión centralizada ésta lo es en su totalidad, muy por el contrario, la tendencia es a descentralizarse cada vez más; Segundo, en los países subdesarrollados, sin flexibilidad de oferta de bienes el aprovisionamiento de equipos y aun el de insumos es conflictivo, siendo mucho más grave el de los recursos humanos por su largo tiempo de gestación; pero aun en los países desarrollados, sin problemas en cuanto a los bienes, el aprovisionamiento de recursos humanos presenta problemas graves de escasez y exceso simultáneamente.

Los países de América Latina salvo algunas excepciones, se encuentran en el peor de los mundos posibles: Subdesarrollados y con Economías de Mercado, lo que traducido al Sector Salud, máxima complejidad del sistema, máxima falta de definición del mismo y máxima multiplicidad de centros de decisión para la aprobación o asignación de recursos materiales y de personal, en condiciones de oferta conflictiva de los mismos.

La multiplicidad de centros de decisiones se complica aún más en estos países debido al mecanismo legislativo muchas veces contradictorio consigo mismo, pues dicta leyes que se desautorizan unas a otras; contradictorio también con las órdenes y orientaciones del mecanismo ejecutivo cuyo criterios de decisión son eminentemente “políticos” en sentido restringido y contradictorio, por último con disposiciones administrativas que se rigen por la suprema ley de la burocracia, que es cumplir la norma. El resultado de todas estas contradicciones no puede ser otro que el caos.

En los países subdesarrollados también puede existir una “política de caotización”, que conduzca a la pérdida del poder de conducción sobre el sector salud, poder que se manifiesta a través del manejo de insumo, equipos, personal e información. Si esto se realiza en condiciones que favorezcan a un determinado grupo de intereses y si además es apoyado por el consejo de “expertos” de países desarrollados, es posible percibir la coherencia de ese caos y su intención.²

Modelos de Servicios de América Latina.³

En los servicios de Salud de América Latina se refleja la influencia de muchas fuerzas: la antigua Cultura Indígena, la Iglesia Católica, el concepto de Seguridad Social de Europa Contemporánea, las ideas de Salud Pública de Estados Unidos y Canadá y naturalmente la mezcla de todas las entidades que forjaron la cultura Latinoamericana actual.

El resultado es un montaje complejo de muchos elementos, con varios subsistemas de Servicios de Salud, que operan unos juntos a otros, orientado cada cual en cierto modo hacia una diferente clase social y con graves problemas de incoordinación.

² Testa Mario, Modelos de Salud. Centro Latino Americano de Administración Médica, Buenos Aires.

De una revisión de la estructura y funcionamiento de los variados sistemas de atención médica en cinco países Latinoamericanos se identificaron entre los aspectos generales, que las diferencias entre los países son grandes, pero que también hay semejanzas suficientes en el enfoque de las necesidades de una población de la cultura latinoamericana general:

Medicina Indígena.

Millones de personas en América Latina sobre todo las de antepasados de sangre india, pura o algo mezclada, se atienden todavía en diversas formas de Medicina Primitiva no científica para la curación de sus males.

Partiendo de ideas irracionales o conceptos no probados acerca de la causa de las enfermedades, varios sistemas de terapia se deducen de modo natural y son aplicados por diferentes tipos de *curanderos* en los pueblos o aldeas aisladas. El enfoque puede ser mágico o empírico y entrañar el uso de ciertas hierbas y medidas físicas; otras veces se trata de una combinación de estos métodos. Además, cuando no son partes de la cultura tradicional, puede ser cosa de verdaderos charlatanes o "saludadores" que saben algo de Medicina Científica, se hacen pasar por "doctores" y recurren acertada o erróneamente a algunos medicamentos de patente.

El empleo de estos curanderos por el pueblo es muy comprensible dada la ausencia de otros recursos modernos más eficaces. Con frecuencia están hondamente arraigados en la cultura. En la aldea los tienen a la mano y cuestan poco; a veces prestan su servicio sobre una base de buena vecindad, sin transacción económica.

En términos científicos podría describirse buena parte de esos servicios como psicoterapia, que a veces resulta eficaz debido al papel de los factores psicógenos tanto en el origen de la enfermedad como en el proceso de restablecimiento. El curandero indígena conoce los sentimientos y los temores de sus pacientes y por eso a menudo puede serle útil.

³ Modelos de servicios de salud en América Latina: Perú, Costa Rica, México, Brasil y Chile.

Cuando se introducen por primera vez medidas científicas de Medicina Preventiva en una Zona Rural donde la población estaba atendida con anterioridad por estos curanderos naturalmente, es probable que ocurran fricciones. Las personas del lugar no aceptarán las nuevas prácticas de la noche a la mañana.

Los rechazos a la Medicina Científica que comunican los Antropólogos pueden muchas veces ser atribuidas a causas como la inaccesibilidad física o a una actitud ruda en plan de superioridad por parte del facultativo. A pesar de esas experiencias, a la larga irá claramente reduciéndose la confianza de la gente del campo en la Medicina Primitiva y utilizándose más los servicios ofrecidos.

En la creación de programas modernos de Servicios de Salud en las Zonas Rurales, las autoridades sanitarias latinoamericanas han pasado por alto la existencia de estos curanderos indígenas, y en lugar de ofrecerles conocimientos que pudieran incorporarlos al sistema contemporáneo, no han hecho caso de ellos. La excepción principal es la comadrona local, a la que en muchos casos se le ha proporcionado alguna instrucción y alentado a seguir trabajando dirigida por una enfermera profesional.

Sin embargo en la China e India la política oficial ha tomado otro camino: proporcionar a estos personajes aldeanos alguna instrucción e incorporar sus servicios, con cierta supervisión, al sistema oficial. Naturalmente, este modo de ver presenta algún riesgo, pero sobre una base de selección tal vez valdría la pena intentar su aplicación en América Latina.

El Sistema Caritativo.

De los tiempos de la colonia y de la iniciativa de la Iglesia Católica y después del sentido de "nobleza obligada" de las familias acomodadas, data en toda América Latina una gran red de hospitales de caridad para servir al pobre. Llamados *Santas Casas*, *beneficencias* o de algún otro modo, son en muchos países el principal recurso para los cuidados médicos de la gran masa de la población, sobre todo en las ciudades grandes y pequeñas.

Aunque en su mayoría tienen secciones de pacientes ambulatorios, el principal enfoque de los hospitales de caridad es el de los cuidados en cama a las personas gravemente enfermas, es la filosofía de la piedad para los que se encuentran en muchos apuros, y no el enfoque de orientación más preventiva de un centro médico moderno. Es cierto que raramente o nunca ofrecen servicios puramente preventivos; las secciones para pacientes externos suelen ser pequeñas e insuficientes.

El hospital de caridad típico es un edificio antiguo, mal adaptado para los conceptos de la medicina actual. Las salas son grandes, no facilitan la privacidad y no tienen adminículos junto a la cama que proporcionan más comodidad al paciente. El laboratorio y la sala de rayos X suelen ser deficientemente equipados. Y lo peor es que el personal es escaso, tanto en materia de enfermería como en las diversas formas de técnicas y terapéutica que requiere la medicina contemporánea.

Históricamente los hospitales de caridad eran financiados por legados a la muerte de personas adineradas, por la operación de cementerios, por loterías, por donaciones y así sucesivamente. Continúan existiendo estas fuentes de ingresos, pero al subir los costos de la atención médica, ser necesario más personal de formación técnica, y tener que remunerar mejor a los doctores, estas fuentes han ido resultando cada vez más insuficientes.

El ajuste se ha hecho en todas partes mediante subsidios del gobierno, tanto nacional como local. Para que pudieran sobrevivir los hospitales de caridad, los subsidios oficiales han tomado diversas formas y es probable que pasen de 50% de total de costos y a menudo suben al 90%.

La tendencia a la intervención del Estado, que empezó con los subsidios, ha ido más allá en varios países. Algunos de los hospitales más grandes y costosos de beneficencia han pasado por completo al gobierno, y dependen del Ministerio de Salubridad.

Todo el sistema caritativo de la atención médica en la América Latina está, pues en activísima transición. Ha desempeñado un papel capital y sigue prestando muchos servicios, pero ha tenido que aceptar una influencia creciente del Estado para ajustarse a las condiciones contemporáneas. La profesión médica está en general descontenta con el sistema, en todas partes parece acoger con gusto el paso a la intervención directa del gobierno.

Programas Selectivos.

Las fuerzas militares en América Latina son un grupo favorecido y su salud está bien protegida como alta prioridad política. Los primeros de todos los hospitales construidos por los colonos españoles fueron para sus militares, y algunas de las mejores instalaciones actuales están hoy dedicadas al ejército y la marina. El personal médico y de enfermería con que cuentan para servir a esos hombres es también numeroso; en algunos países son incluso adiestrados en escuelas especiales, para poder contar con personal altamente capacitado.

Seguridad Social.

El concepto de seguridad social fue tomado de Europa y ha sido aplicado ampliamente a la pequeña pero creciente población industrial y aun a ciertos sectores de la población agrícola. En cuanto a su ritmo de crecimiento y sus enérgicas políticas, los dispositivos para atención médica en el sistema de seguro social son quizás los más impresionantes de América Latina.

Los programas de seguridad social han creado un mecanismo para recaudar dinero del proceso de producción económica en forma más o menos automática. Los obreros tienen marcadas cuotas, o sea deducciones de ciertos porcentajes de sus salarios y a los patronos se les cobra mediante deducciones basadas en las nóminas de paga; por último se toma del erario.

El dinero que aportan los trabajadores podrían de otro modo haberseles pagado para su gasto personal, de modo que con razón sienten un sacrificio personal y una participación de donde el derecho a los beneficios que pueden adquirirse con ese dinero. Pero el dinero que pagan los patronos procede de lo que cobra por la venta de sus productos de modo que en realidad toda la comunidad contribuye a ello cuando compra sus productos. El dinero que procede del ingreso general del Estado naturalmente también es de toda la población a la que se le extrae mediante diversos sistemas de impuestos directos a indirectos.

Conviene tener presente estas fuentes de los fondos de seguridad social por que quedando cubierto menos del 100% de la población hay que comprender que el dinero sacado a toda la población se gasta en el bienestar de una parte de ella. Puede haber muy buenas razones para esa inequidad fundadas en los objetivos económicos o políticos de una nación pero es bueno entender el razonamiento que hay detrás de estas decisiones de política.

El dinero obtenido de distintas fuentes en general lo gastan con considerable independencia los organismos que controlan los programas de seguridad social por cierto que es éste uno de los rasgos especiales de la seguridad social en América Latina: la relativa "autonomía" de estos organismos. Esto está destinado a protegerlos de algunas vicisitudes de los cambios políticos pero al mismo tiempo pueden conducir a políticas mal coordinadas con otros programas oficiales de servicio de salud. Además por diversas razones, puede haber programas de seguridad social con poca conexión en la prestación de beneficios médicos. De hecho, sólo en unos pocos países hay una entidad unificada de seguro social para todos los grupos ocupacionales, públicos y privados.

La atención médica se proporciona a los beneficiarios asegurados de dos modos. El sistema más antiguo, seguido por el programa – en Chile después de 1924 - es utilizar el dinero de la seguridad social para adquirir servicios médicos, hospitalarios y afines en instalaciones y personal ya existentes. Se paga sobre la base de contratos en que entran diversos sistemas de remuneración. El otro modo iniciado en Perú en 1940 es aquel en que la organización de seguridad social crea sus propias instalaciones y contrata su personal pagado con sueldos para que proporcione servicios a los beneficiados designados.

En todos los países se emplean estos dos mecanismos en diversas proporciones, pero la tendencia parece ir más hacia la segunda forma, o sea la operación de hospitales independientes y centros de atención ambulatoria, operados directamente por los organismos de seguridad social. No es que todas las necesidades sanitarias de las personas aseguradas estén debidamente cubiertas; nada de eso.

A medida que los trabajadores y sus dependientes han ido educándose con los programas, ha aumentado la tasa de utilización de los servicios médicos y hospitalarios. Por eso los recursos resultan con frecuencia casi insuficientes y los exámenes médicos se efectúan apresuradamente.

Los departamentos médicos de los organismos de seguridad social continuamente están buscando maneras de mejorar la calidad de servicios por medio de vigilancia, las inspecciones y los programas de entrenamiento. Las dificultades son mayores en aquellos institutos destinados a los trabajadores industriales, manuales u obreros,, programas cuya membresía suelen ser mayores y los recursos per cápita menores.

Una de las influencias más positivas de los programas de atención médica del seguro social ha sido su marcado interés en los servicios ambulatorios y no en los puramente hospitalarios. En muchos países se han hecho impresionantes policlínicas y puestos médicos periféricos, aun cuando se preste atención hospitalaria en las instituciones públicas existentes.

Aunque muchos de estos centros para atención a pacientes ambulatorios tienen demasiado trabajo, tienden a proporcionar un volumen mayor de servicios a las personas aseguradas del que obtienen otras del mismo nivel de ingresos. Algunos asegurados para evitarse los largos períodos de espera, también recurren a los servicios de doctores privados, que pagan de su bolsillo.

Atención Médica Oficial

Si bien los programas de seguridad han sido eficaces, en particular para beneficio de las poblaciones urbanas, los Ministerios de Salud de América Latina también han dado grandes pasos en la prestación de servicios de salud, sobre todo en beneficio de las poblaciones rurales.

Ahora, si la filosofía del Seguro Social procede en gran parte de Europa, la orientación marcadamente preventiva de los programas de Ministerios de Salud tiene en gran parte influencia de la América Anglosajona. Las actividades mejor conocidas de los Ministerios de Salubridad han sido campañas contra grandes enfermedades epidémicas.

El Estado opera, naturalmente en muchos niveles. En el nivel de ciudad o municipio hay hospitales del gobierno para atender a los pobres. Las autoridades provinciales o estatales también tienen hospitales. Estas instalaciones de gobierno local son de calidad muy desigual según la riqueza de la región; la mayoría de ellas padecen de hacinamiento e inadecuación. Los gobiernos locales también contribuyen a veces financieramente a los costos de operación de los hospitales caritativos.

Los Gobiernos Centrales cumplen su cometido de atención médica de muchas formas. Están los sistemas de concesiones a los hospitales de caridad, anexa a los cuales puede ir una limitadísima imposición de normas. También puede haber subsidios federales para costos de operación a los hospitales propiedad de los estados, como en México.

Cierto número de Ministerios de Salubridad han hecho también modestamente el planteamiento de construcción de hospitales, con designación de normas técnicas a satisfacer por todos los hospitales nuevos construidos, con cualquier patrocinio organizacional que sea.

El papel mas importante de los Ministerios de Salubridad es el de la operación directa de redes de instalaciones tanto para servicios de salud ambulatorio como para atención hospitalaria a los enfermos.

El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública desempeño un papel muy importante en la creación de estas instalaciones a partir de 1942. En toda América Latina se fundaron centros de salud, puestos médicos, puestos sanitarios y otros tipos de unidad, sobre todo en las poblaciones pequeñas y los distritos rurales, para la atención ambulatoria.

En las zonas rurales, estas instalaciones suelen ofrecer tanto servicios preventivos como curativos; los segundos a veces son rudimentarios, sobre todo según sea el personal auxiliar con visitas periódicas de un médico. En las ciudades más grandes, con hospitales más accesibles adonde enviar a los pacientes indispuestos, hay mayor tendencia a preferir el lado preventivo.

Los que mayor atención reciben son los servicios de salud para la madre y el niño. A menudo hay incluso unidades oficiales separadas de pediatría, como en el Brasil. Aun cuando el servicio en teoría esté a la disposición de todo el mundo, los principales usuarios de estas unidades de salud ambulatoria son las mujeres y los niños y no los varones adultos.

Muchos de los pequeños centros de salud rurales disponen también de unas pocas camas para casos de maternidad (a menudo con una comadrona), emergencias y enfermedades de menor importancia.

En los años más recientes, los ministerios de salubridad han construido cierto número de grandes hospitales regionales rurales a cierta distancia de la capital de la nación. Estas instituciones suelen estar bien diseñadas y equipadas con personal técnico en todas las especialidades médicas y quirúrgicas. Con frecuencia éstas también tienen en su programa la responsabilidad de los servicios de salud pública.

En Brasil, México y otras partes ha habido un fuerte movimiento en dirección del establecimiento de autoridades de salud regionales. El funcionario regional de salubridad está encargado de todas las actividades del ministerio en su zona geográfica, ya se trate de atención médica, servicio preventivo personal o campañas de saneamiento del medio.

En Chile, el concepto se ha llevado más lejos con la creación de "zonas sanitarias", que comprenden todas las actividades de atención médica anteriormente realizadas con patrocinio de la seguridad social.

No obstante, los funcionarios regionales de toda América Latina se siguen limitando en su jurisdicción a los programas dirigidos por el Ministerio de Salubridad, e incluso en Chile muchas actividades de servicio social quedan fuera de ese campo.

Modelo de Salud en la Región Autónoma Atlántico Norte, de la Costa Caribe de Nicaragua.

El Establecimiento del Régimen Autonomo⁴ para el ejercicio de derechos de los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas de la Costa Caribe de Nicaragua en 1987, sirvió para iniciar una serie de reformas estructurales y comenzar a dar respuestas a los problemas de exclusión social, racismo, marginación geográfica.

La experiencia de 17 años de ejercicio de derechos Autonomos, ha enseñado que la definición de políticas públicas justas en el campo de la Salud Pública, se han venido desarrollando, en gran medida por la capacidad propositiva y de gran incidencia que los actores multiétnicos de las regiones autónomas están haciendo.

Además se establecen bases procedimientos y mecanismos que aseguren el respeto y desarrollo de las instituciones propias de los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas, pero también para que las instituciones puedan tener relaciones respetuosas y armoniosas con sus contrapartes nacionales e internacionales.

El 2 de Septiembre de 1987, la Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, aprueba el Estatuto de Autonomía de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica de Nicaragua, los que en su Capítulo II y Artículo 8, faculta a las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica *"Administrar los **programas de salud**, educación, cultura, abastecimiento, transporte, servicios comunales, etc, en coordinación con los Ministerios del Estado correspondiente"*.

⁴ El 2 de Septiembre de 1987, la Asamblea Nacional de la República de Nicaragua, aprueba el Estatuto de Autonomía de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica de Nicaragua.

Atributo de las Regiones Autónomas, que es reafirmado posteriormente por la Ley General de Salud de Nicaragua, aprobada por la Asamblea Nacional, el Veinte de Febrero del año Dos Mil Tres, en su título II, Capítulo IV “*De la Salud de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica*” en su arto. 11 *faculta a las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica definir un Modelo de Atención de Salud conforme a sus tradiciones, cultura, usos y costumbres dentro del marco de las políticas, planes, programas y proyectos del Ministerio de Salud.*

En 1993 el Consejo Regional Autónomo de La Región Autónoma del Atlántico Norte de la Costa Caribe de Nicaragua, a través de la Comisión Regional de Salud, inicio un proceso de discusión con los Delegados de las instituciones, Líderes Comunitarios, Representantes de la Sociedad Civil, Agentes Tradicionales de Salud, Parteras, Organismos no Gubernamentales etc., con el objetivo de diseñar un Modelo de Salud que respondiera a las necesidades de esa población costeña, ese Modelo tendría que tener sus base en la realidad de la población y recoger los aspectos culturales, políticos, étnicos, geográficos, de este territorio del país.

En 1997 el pleno del Consejo Regional Autónomo de la RAAN, aprueba el Modelo de Salud de la RAAN, y es a partir de ese momento que se tiene que enfrentar situaciones como: La falta de voluntad de los Gobernantes del Gobierno Central de esos años, para iniciar negociaciones que definieran la Implementación del Modelo y por ende definir en conjunto la Descentralización de la Salud para la RAAN.

En ese entonces se buscaba que el Ministerio de Salud del Nivel Central, primero, reconociera el Modelo de Salud como una iniciativa legítima de la población y por lo tanto debería ser la base para la reorganización de los servicios de salud.

Segundo, que la Ley de Salud no aprobada en esos años, recogiera el Modelo de Salud para lo cual se debía organizar una Comisión formada por el MINSAL, Consejo Regional Autónomo – RAAN y Representantes de la Sociedad Civil para la elaboración del Plan Maestro de Salud.

Tercero, que tanto el Gobierno Nacional como Regional deberán involucrar a los diferentes sectores sociales a través de la participación activa y sistemática en los procesos de diagnóstico, planificación, toma de decisión, ejecución y evaluación del quehacer de salud de la región.

Todas estas acciones descritas deben de responder al principio de reciprocidad, donde se comparta la responsabilidad de la salud con la sociedad civil, el Ministerio de Salud y el Gobierno Autónomo en el desarrollo del Modelo de Salud descentralizado.

Por tanto, con relación a la Descentralización, se dijo que deberá ser un proceso gradual, armónico, que asegure la capacidad tanto del que recibe el poder para la toma de decisión, como también de la voluntad política y capacidad para entregar el poder. Lo cual implica un proceso de traslado planificado, ordenado y dirigido de la Autoridad política, administrativa y técnica del nivel central hacia la Región Autónoma. Sin embargo, la descentralización de la toma de decisión debe llegar al nivel local, lo cual conlleva la necesidad de formar recursos humanos con capacidad de conducción.

Por otro lado, la Asignación Presupuestaria del Estado debe ser mantenida, pero que deberá tener en cuenta las particularidades de la Región Como: Dispersión Geográfica, Marginación Histórica, Altos Índices de Analfabetismo, Alto Índice de Desempleo, Tasas de Mortalidad Materno Infantil, Malas prácticas Higiénicas Sanitarias, Las Enfermedades de Filiación cultural entre otros.

Es así que el Modelo de Salud de la RAAN, plantea que los servicios de salud deben ser culturalmente accesibles a las poblaciones multiculturales, o sea, servicios aceptados por los pueblos indígenas y comunidades étnicas, esto garantizará que sean sostenibles, pero también fomentará un auténtico conocimiento y comprensión entre los diferentes actores del sistema y sector salud.

La razón de ser del nuevo Sistema de Salud es Garantizar la prestación de servicio de salud a la población de la Región.

Sus principios son:

- La atención en salud debe de ser integral, considerando los elementos curativos, de rehabilitación, preventivos y de promoción.
- Organizar de forma sistemática la participación social.
- Promover la Revitalización Cultural.
- Reciprocidad.
- Equidad, priorizando al binomio madre-niño; Comunidades étnicas, Grupos productivos de pesca, minería y trabajo forestal.
- Acceso a la atención básica en salud.

Objetivo General:

Mejoramiento del Nivel de Salud de los pobladores(as) en la RAAN, sus familias y comunidades, dentro del marco de su medio ambiente y considerando las particularidades de cada una de las comunidades étnicas de la región, como parte del proceso de Autonomía.

Objetivos Específicos:

- Prestar atención en salud a la población de la RAAN desde un punto de vista integral y priorizando a los grupos más vulnerables.
- Contribuir al mejoramiento de las condiciones higiénico – sanitarias en la región.
- Contribuir al mejoramiento de la situación en salud y por ende a las condiciones de vida de la población.
- Armonizar los elementos de atención primaria con la atención secundaria, garantizando los diferentes niveles de atención e integrando los elementos relacionados a las prácticas tradicionales.
- Aportar al desarrollo comunitario.

Estrategias de Desarrollo:

- Fortalecimiento del proceso de Descentralización.
- Fomentar un entorno que permita a la unidad familiar mejorar su salud.
- Impulsar el desarrollo de la atención primaria.
- Impulsar el Fortalecimiento de la Atención Hospitalaria.
- Mejorar la calidad de atención.
- Fortalecer institucionalmente el Sistema de Salud Regional.
- Desarrollo de marco jurídico.
- Desarrollo de las nuevas modalidades de gestión.
- Financiamiento
- Desarrollo de la participación social.
- Incidir en el desarrollo de una política de protección al medio ambiente y protección de los trabajadores.

Estructura y Funcionamiento del Modelo.

El Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte contempla una división administrativa que corresponde a la división político – administrativa en la Región. Se contemplan las siguientes Instancias Municipales de Salud:

- Servicio Municipal de Salud Puerto Cabezas/ Bilwi.
- Servicio Municipal de Salud Waspam / Wangki.
- Servicio Municipal de Salud Siuna.
- Servicio Municipal de Salud Rosita.
- Servicio Municipal de Salud Bonanza.

En el caso del Municipio de Prinzapolka, la población será atendida, el curso superior del Río hasta Dos Amigos por el Municipio de Rosita y el curso inferior del Río Prinzapolka por el Municipio de Puerto Cabezas.

Cada instancia Municipal de salud contará como mínimo con:

- ✓ Un Centro de Salud
- ✓ Varios Puestos de Salud
- ✓ Una Unidad de Hospitalización Rural.

En las Comunidades se organizarán las Comisiones de salud.

Existirá un Centro de referencia Hospitalaria General (Hospital general "Nuevo Amanecer" en Bilwi), que además de atender las referencias de los sistemas municipales, servirá de hospital de referencia al Servicio de Salud Municipal de Puerto Cabezas.

Se prevé el desarrollo de un Hospital de referencia para el sector Minero, ubicado en Siuna, que este en capacidad de Prestar atención en las cuatro especialidades básicas (cirugía, gineco-obstetricia, medicina interna y pediatría) a la población del sector minero, como parte del proceso de reorganización y organización de los servicios de salud.

Prestación de los Servicios de Salud.

Las Unidades del Sistema de Salud de la RAAN serán Administradas y Organizadas de tal manera que:

- Puedan ser accesibles a toda la población.
- Permitan la amplia participación social.
- Comprendan el desarrollo de los elementos relacionados a la medicina tradicional indígena.
- Prioricen a los grupos más vulnerables.
- Exista una buena coordinación intra – intersectorial.
- Se ajusten a las particularidades socioculturales de la región.
- El sistema se desarrolle hacia la auto sostenibilidad.

La Atención Primaria en Salud.

Es una estrategia que orienta los servicios de salud en función de las necesidades más apremiantes de toda la población y en especial de los grupos más postergados y vulnerables. De esta manera se tenderá a reducir las desigualdades existentes en el acceso a los servicios de salud.

- ⇒ **Accesibilidad geográfica.**
- ⇒ **Accesibilidad cultural y prácticas sanitarias tradicionales.**
- ⇒ **Accesibilidad social y económica.**

El Sistema de Salud de la RAAN priorizará la atención primaria en salud, lo que implica una intervención considerable en recursos humanos, materiales y financieros, ya que hasta la fecha sólo el 20% de los recursos provenientes del presupuesto fueron destinados hacia ese sector.

La Atención en Salud deberá ser **Integral**, priorizando las acciones relacionadas a la prevención y promoción. Además deberá ceñirse a las necesidades de las comunidades y no limitarse a la identificación de las enfermedades.

El enfoque de trabajo será hacia la familia dentro de su entorno comunal, como núcleo de la sociedad. Especial interés se le brindará al binomio madre – niño.

La Atención Primaria comprenderá programas y elementos relacionados a:

- ☞ La atención del binomio madre – niño.
- ☞ La atención hacia grupos de trabajadores en especial riesgo(buzos y minero).
- ☞ La atención hacia grupos étnicos en riesgo(en especial población mayangna).

Por otro lado se trabajará en acciones relacionadas con la prevención y control de enfermedades.

La extensión de cobertura de la atención primaria hacia cada una de las comunidades de la RAAN, debe contener el siguiente paquete básico:

- Promoción de hábitos de vida sanos, en especial la nutrición.
- Prevención de enfermedades.
- Atención de IRA y EDA.
- Atención de Malaria.
- Atención de Tuberculosis.
- Control y educación sobre enfermedades de transmisión sexual.
- Salud reproductiva.

Deberá preocuparse que la población tenga acceso a la atención primaria a nivel comunitario, es decir que la base de la prestación de los servicios será la propia comunidad o el barrio. Para tal efecto, seguirán siendo eslabones fundamentales de la atención en salud, los voluntarios de la comunidad, es decir las parteras empíricas, los líderes de la salud y los brigadistas botánicos. Especial interés se le prestará a la integración al sistema de los curanderos, profetas y sukias, dándoseles reconocimiento a nivel local, municipal y regional como representantes de una cultura médica, que históricamente ha atendido a la comunidad.

Se organizará en modelo de gestión de manera que la población en general y los representantes de la medicina tradicional puedan participar en la administración de la salud, integrándolos al proceso de decisión y ejecución de las actividades del sistema en su localidad.

La Red del Sistema de Atención Primaria.

A nivel de las comunidades se desarrollará una red de Puestos de Salud, en la que cada Puesto deberá estar ubicado en el territorio de confluencia de diversas comunidades, componiendo la parte central de un núcleo de atención. Las funciones del personal ubicado en este núcleo serán:

1. Prestar atención integral a la población del territorio inmediato.
2. Organizar al personal voluntario (líderes y parteras) del territorio de influencia.

- Apoyar el desarrollo de las comisiones comunales de salud.
- Servir de base logística para el personal voluntario del territorio de influencia (Abastecimiento y recopilación de información).
- Servir de centro de referencia y contra referencia.
- Funcionar como base orgánica de la vigilancia epidemiológica.

Los núcleos serán coordinados por subsedes territoriales (o centros de salud) que se establecen a fin de acercar el proceso de decisión y gestión al territorio. Las subsedes se desarrollarán de acuerdo a las capacidades y necesidades de cada municipio.

A fin de apoyar el desarrollo del sistema de atención primaria a nivel rural, el Sistema de Salud dispondrá de Grupos Integrales de Salud (GIS), es decir unidades móviles que se encargarán de dar cobertura a territorios donde la atención integral se encuentra débil en su desarrollo. La función del GIS será:

- Fortalecer el trabajo de los núcleos.
- Apoyar el proceso de desarrollo comunitario.
- Promover la integración social en las comunidades.
- Servir como canal de información bilateral.
- Abastecer las unidades de salud.
- Recopilar y procesar la información estadística.
- Fortalecer los programas priorizados de acuerdo a la situación epidemiológica.
- Capacitar y asesorar al personal voluntario.

A nivel de los barrios de los cascos urbanos, se continuará con el desarrollo de las casas base, mediante la asignación de personal de salud, cuya primordial actividad será la motivación e integración de la comunidad en las actividades de salud de cada territorio. Estas casas bases organizadas serán el primer contacto de la población con el sistema. La población local, organizada en comités será responsable de su organización. El sistema de salud canalizará los medios y apoyará técnicamente la gestión.

La Atención Secundaria.

Dentro del desarrollo de la atención integral a la salud de la familia costeña, se concibe a la atención secundaria como aquella parte del sistema que ha de asumir la función de servir como centros de referencia y apoyo a los distintos servicios de salud municipales, así como para aportar a la solución de los diversos problemas de salud de su territorio de influencia.

En especial, los hospitales rurales y hospital regional, con sus consultas de especialidad y servicios de hospitalización y diagnóstico, fungen como eslabones de referencia en la región.

La Atención Hospitalaria en la RAAN.

El fortalecimiento de la red hospitalaria dentro del desarrollo del Sistema Local de Atención Integral de Salud de la RAAN, estará orientado a complementar la atención del primer nivel de atención y asumir el rol de centro de referencia y de apoyo al nivel local, a fin de garantizar una mayor capacidad resolutive y elevar los niveles de calidad de manera progresiva.

Objetivos de la Red Hospitalaria.

Objetivo General

Servir como segundo nivel de prestación de atención en salud más especializada para la población de la RAAN.

Objetivos Específicos.

- Servir de centro de referencia de las unidades de salud de su municipio.
- Servir como unidad de apoyo diagnóstico a las restantes unidades del municipio.
- Estar integradas al sistema de vigilancia epidemiológica del municipio.
- Servir como unidad de referencia hacia niveles superiores

Estrategias de Desarrollo del sistema hospitalario.

- Integración a las unidades de salud municipal.
- Desarrollo de un modelo gerencial propio.

- Desarrollo de capacidades para la generación de ingresos.
- Impulso de una política de elevación de calidad de atención.

Los Hospitales Rurales en los Municipios de la RAAN

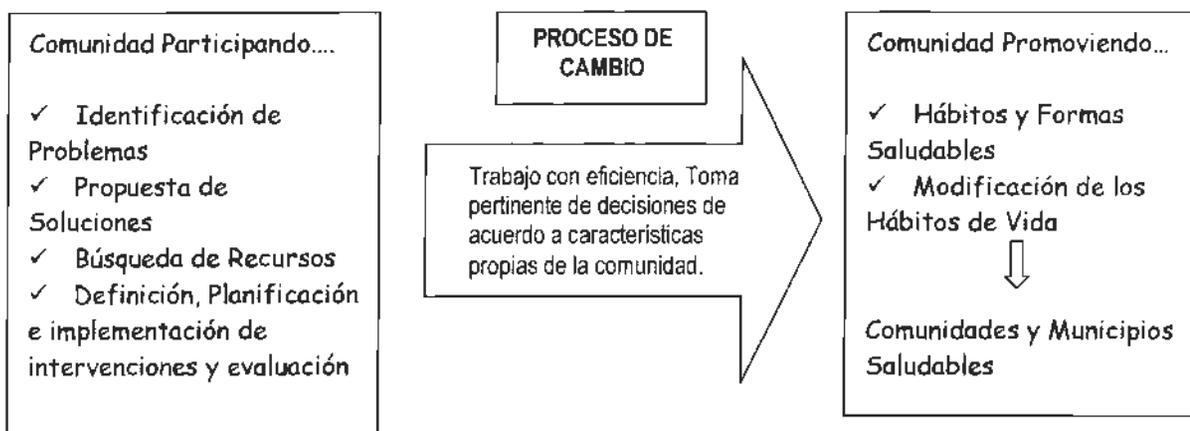
Ubicado en cada una de las Cabeceras Municipales de la RAAN, deberán cumplir con los mismos objetivos arriba mencionados y contar con los siguientes requisitos:

- a) Servicios Hospitalarios: Medicina General, Pediatría, Gineco-obstetricia.
- b) Servicios de Apoyo: Rayos X, Laboratorio Clínico, Farmacia.
- c) Recursos Humanos: Con capacidad para cumplir las funciones que los servicios demandan tanto clínica como administrativa.

Participación Social y Promoción en la Salud

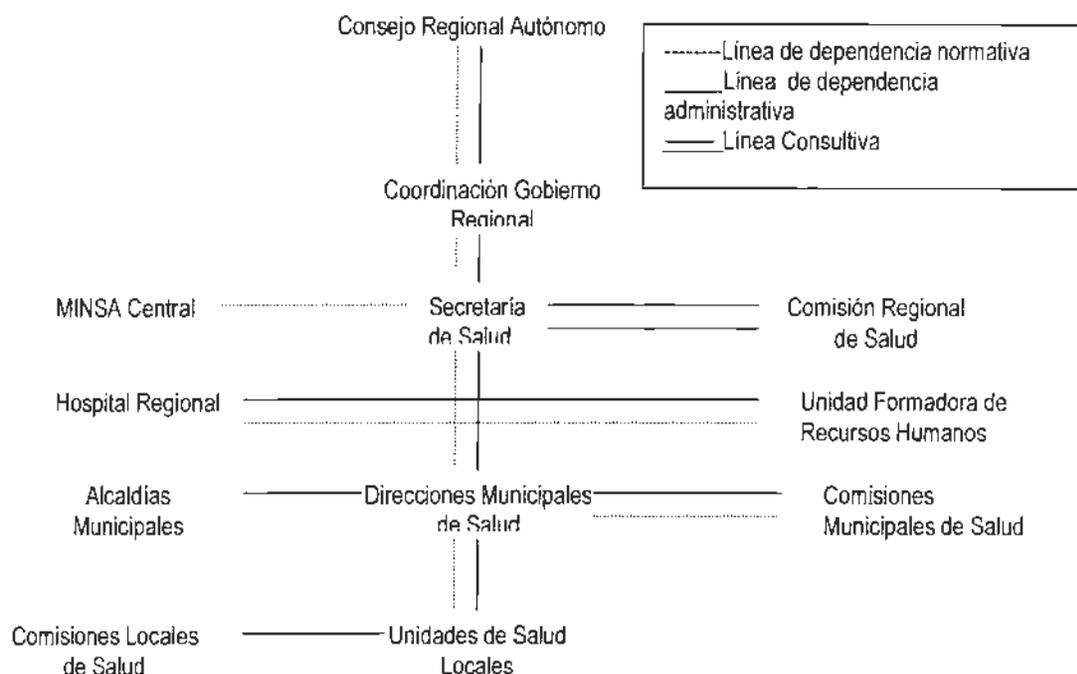
El modelo de Salud resalta este aspecto y refiere que se deben crear capacidades en las comunidades para que asuman una corresponsabilidad por su Situación de Salud y que para alcanzar este reto, la comunidad debe "apropiarse del modelo", transformándose de objeto de intervención en un sujeto que determina.

La comunidad, representada a través de sus líderes/representantes(Comisiones de Salud de diferentes niveles) deben asumir el importante rol en la Administración de la Salud.



Modelo de Gestión

1. Organización Regional



Financiamiento del Sistema

Estrategias para Generación de Ingresos

1. Cooperación Externa
2. Fondos Provenientes de la generación de ingresos de los recursos naturales
3. Fondos Provenientes del ingreso por aranceles e impuestos en las alcaldías.
4. La solidaridad de las comunidades
5. Sector Empresa Privada
6. Venta de Servicios al Seguro
7. Venta de Servicios a Particulares

VII.- DISEÑO METODOLOGICO

a.- **Tipo de Estudio:** La presente investigación de tipo descriptivo ya que analiza como es que se manifiesta el modelo y sus componenetes, es un estudio de Evaluación de Proceso y de Resultados de la Implementación del Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte de la Costa Caribe Nicaragüense.

b.- **Área de Estudio:** Municipio de Siuna.

c.- **Universo del Estudio:** Actores Sociales, Políticos, Institucionales del Municipio de Siuna y del Nivel Regional.

d.- **Muestra:**

Informantes claves de las siguientes instituciones y organismos involucrados en el proceso de implementación:

- MINSA Local
- Alcaldía
- URACCAN
- Miembros de la Comisión Municipal de Salud
- Direct@r de SILAIS
- Miembros Comisión Regional de Salud.

e.- **Unidad de Análisis:** Implementación del Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte de la Costa Caribe Nicaragüense.

f.- **Criterios de Inclusión:**

- Miembros de la Comisión Regional de Salud.
- Miembros de la Comisión Municipal de Salud.

g.- Descriptores

Objetivo # 1

Legislación de Salud y Aspectos Políticos.

- Aspectos Políticos y Organizativos.
- Adecuación del Modelo de Salud RAAN en Siuna.

Objetivo # 2

• Grado de Avance en Componentes del Modelo

- Organización Administrativa.
- Organización de los Servicios de Salud.
- Atención en Salud.
- Gerencia del Modelo Gestión Financiera..
- Recursos Humanos.
- Participación y Organización Social.

Objetivo # 3

Proceso de Implementación del Modelo

- Acciones desarrolladas para la implementación.
- Características de la Implementación del Modelo de Salud en Siuna

Objetivo # 4

Resultados de la interacción de instituciones y organismos participantes.

- Resultados de la interacción entre MINSA y la medicina Tradicional indígena
- Resultados de la interacción entre MINSA y la medicina comunitaria.

Objetivo # 5

Ampliación de cobertura y accesibilidad

- Ampliación de la cobertura de los servicios de salud
- Ampliación de la accesibilidad a los servicios de salud.

h.- Recolección de la Información

Se diseñó un cuestionario con preguntas abiertas, que fue aplicado por las investigadoras para realizar las entrevistas a los informantes claves.

A través de las Comisiones de Salud Regional y Municipal solicitamos a los miembros su participación como informantes claves. En el seno de las Comisiones de Salud encontramos la presencia de autoridades del MINSA Local y Regional, Autoridades de del Gobierno Regional y Municipal, Autoridades de la Universidad de las Regiones Autónomas de Costa Caribe Nicaragüense, Representantes de Organizaciones Locales e Internacionales.

i.- Trabajo de Terreno:

Se viajó al Municipio de Siuna y Puerto Cabezas, ubicados en la Región Autónoma Atlántico Norte de la Costa Caribe Nicaragüense para realizar las entrevistas.

j.- Procesamiento y Análisis de la Información:

- Las repuestas obtenidas durante las entrevistas, se transcribieron en Matrices.
- La información se agrupó de acuerdo a los descriptores diseñados en forma de preguntas, ordenándose en matrices, donde el ordenamiento vertical/horizontal se definió con los Ejes y Descriptores del estudio.
- El análisis del contenido se efectuó revisando las respuestas de los informantes claves por grupo (regionales y locales), comparándolas con las expresadas entre los diferentes entrevistados y lo que el Modelo refiere.

k.- Matriz de Descriptores

Objetivos Específicos	Componentes/ Criterios de Análisis	Descriptores
<p>1. Valorar avance en la Legislación de Salud y en Aspectos Políticos y Organizativos con relación al Modelo de Salud de la RAAN y su adecuación en la RAAN y en Siuna.</p>	<p>✓ Aspectos Legales, Políticos y Organizativos</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Cómo cree usted que el Marco Legal del Modelo de Salud ha avanzado a nivel Nacional y Regional?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Podría decir en que Leyes y Ordenanzas se sustentan esta Legalización?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> El Modelo ha tenido el respaldo de todos los Concejales Regionales y en especial los de Siuna?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Las Autoridades Municipales y Concejales, respaldan la implementación del Modelo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Cómo los Concejales Regionales y Municipales se involucran en la implementación del Modelo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Considera Usted que el actual Modelo debe ser adecuado para implementarse en el Municipio?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Qué acciones concreta ha hecho el Municipio para la adecuación del Modelo a su propia realidad?</p>
<p>2. Identificar el Grado de Avance en la Implementación de los diferentes componentes del Modelo: Organización Administrativa, Organización de los Servicios de Salud.</p>	<p>✓ Organización Administrativa.</p> <p>✓ Organización de los Servicios de Salud.</p> <p>✓ Atención de salud.</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Cómo cree usted que se ha avanzado en la Organización Administrativa del Modelo, en la Región y Municipio? Cómo debería ser?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Que pasos se han dado para la Reorganización de los Servicios de Salud.?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> En Siuna, deben de ser reorganizados los Servicios de Salud? Cómo?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Cree usted que se han tomado medidas en las Unidades de Salud para mejorar la</p>

Cont...

Salud, Atención de Salud, Gerencia y Financiamiento, Recursos Humanos y Participación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gerencia y Financiamiento ✓ Recursos Humanos Participación.	Atención de Salud a la población? Qué acciones se han hecho? <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Hay intervenciones ejecutándose para este fin? <input checked="" type="checkbox"/> En cuanto al Modelo de Gestión, cree usted que se ha implementado? <input checked="" type="checkbox"/> Qué se ha hecho en Gestión, tanto en el Municipio como en el Nivel Regional.? <input checked="" type="checkbox"/> Considera usted que hay mayor involucramiento para la planificación de los fondos en las Unidades de Salud? <input checked="" type="checkbox"/> Las Unidades de Salud tienen Autonomía en cuanto ha realizar acciones para suplir algunas necesidades que el fondo asignado no cubre? <input checked="" type="checkbox"/> La Alcaldía asigna algún porcentaje para las Unidades de Salud? <input checked="" type="checkbox"/> Hay otras fuentes de fondos que le llega a la Unidad de Salud.? <input checked="" type="checkbox"/> Se ha definido alguna Política de Recursos Humanos en la Región y Municipio? <input checked="" type="checkbox"/> Cual es el Grado de Participación que tienen los Actores Sociales en el Proceso de Implementación del Modelo? <input checked="" type="checkbox"/> Cómo es la participación de estos Actores Sociales? <input checked="" type="checkbox"/> La Participación Social ha contribuido ha enfrentar mejor los Problemas de Salud?
3. Describir el proceso de implementación desde la aprobación del Modelo de Salud de la RAAN en la Región y en Siuna	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Proceso de Implementación 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Cuales acciones específicas podría mencionar usted que se han desarrollado en el municipio y en la región para la implementación del modelo? <input checked="" type="checkbox"/> Cómo podría usted describir lo que ha sido la implementación del Modelo desde su aprobación.

5. Valorar la Ampliación de la Cobertura y Accesibilidad a los Servicios de Salud, con la Implementación del Modelo de Salud de la RAAN	✓ Cobertura y Accesibilidad a los Servicios de Salud.	<input checked="" type="checkbox"/> Considera usted que se ha mejorado la cobertura de las unidades de salud? Porque? <input checked="" type="checkbox"/> Hay esfuerzos para mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de salud.
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

I.- Matriz de Fuentes y obtención de la Información

Objetivos Especifico	Descriptotes	Fuente	Técnica	Instrumento
1. Valorar avance en la Legislación de Salud y en Aspectos Políticos y organizativos con relación al Modelo de Salud de la RAAN y su adecuación en la RAAN y en Siuna.	<ul style="list-style-type: none"> Avance en la Legislación con relación al Modelo de salud RAAN 	<ul style="list-style-type: none"> - Ley General de Salud. - Ley de Autonomía de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica de Nicaragua. 	Revisión documental	
	<ul style="list-style-type: none"> Avance en Aspectos Políticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Autoridades: Concejales, Alcalde. - Direct@r SILAIS, Miembros de la Comisión Regional de Salud 	Entrevistas a profundidad	Cuestionario
	<ul style="list-style-type: none"> Avance en Aspectos Organizativos 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección MINSA Municipal, Miembros Comisión Municipal de Salud, Concejales. - Direct@r SILAIS, Miembros de la Comisión Regional de Salud 	Revisión Documental. Entrevista a profundidad.	Cuestionario

Cont...

	<ul style="list-style-type: none"> Avances en la Adecuación del Modelo de Salud RAAN en Siuna 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección MINSA Municipal, Miembros Comisión Municipal de Salud, Concejales. - Direct@r SILAIS, Miembros de la Comisión Regional de Salud 	Entrevista a profundidad	Questionario
2. Identificar el Grado de Avance en la Implementación de los diferentes Componentes del Modelo: Organización Administrativa, Organización de los Servicios de Salud, Atención de Salud, Gerencia y Financiamiento, Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> Avance en la Organización Administrativa 	<ul style="list-style-type: none"> - Direct@r SILAIS, Miembros de la Comisión Regional de Salud. - Dirección MINSA Municipal, Miembros Comisión Municipal de Salud, Concejales 	Entrevista a profundidad.	Questionario
	<ul style="list-style-type: none"> En la Organización de los Servicios de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Direct@r SILAIS, Miembros de la Comisión Regional de Salud - Dirección MINSA Municipal, Miembros Comisión Municipal de Salud, Concejales 	Entrevista a profundidad.	Questionario
	<ul style="list-style-type: none"> En la Atención de salud a la población. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección MINSA Municipal, Miembros Comisión Municipal de Salud, Concejales. - Direct@r SILAIS, Miembros de la Comisión Regional de Salud 	Entrevista a profundidad	Questionario

Cont...

y Participación Social.	<ul style="list-style-type: none"> Gerencia del Modelo 	<ul style="list-style-type: none"> - Direct@r SILAIS, Miembros de la Comisión Regional de Salud - Dirección MINSA Municipal, Miembros Comisión Municipal de Salud, Concejales 	Entrevista a profundidad	Cuestionario
	<ul style="list-style-type: none"> Gestión Financiera 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección MINSA Municipal, Miembros Comisión Municipal de Salud, Concejales. - Direct@r SILAIS, Miembros de la Comisión Regional de Salud 	Entrevista a profundidad	Cuestionario
	<ul style="list-style-type: none"> Recursos Humanos 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección MINSA Municipal, Miembros Comisión Municipal de Salud, Concejales. - Direct@r SILAIS, Miembros de la Comisión Regional de Salud 	Entrevista a profundidad.	Cuestionario
	<ul style="list-style-type: none"> Participación y Organización Social 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección MINSA Municipal, Miembros Comisión Municipal de Salud, Concejales. - Direct@r SILAIS, Secretario de Salud, President@ Comisión Regional de Salud 	Entrevista a profundidad.	Cuestionario

Cont...

3. Describir el Proceso de Implementación durante la Segunda Fase del Modelo de Salud de la RAAN en Siuna.	<ul style="list-style-type: none"> Acciones desarrolladas para la Implementación 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección MINSA Municipal, Miembros Comisión Municipal de Salud, Concejales. - Direct@r SILAIS, Miembros de la Comisión Regional de Salud 	Entrevista a profundidad.	Cuestionario
	<ul style="list-style-type: none"> Características de la Implementación del Modelo Salud desde su aprobación a la actualidad en la Región y Siuna. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección MINSA Municipal, Miembros Comisión Municipal de Salud, Concejales. - Direct@r SILAIS, Miembros de la Comisión Regional de Salud 	Entrevista a profundidad.	Cuestionario
4. Analizar los Resultados obtenidos con la Implementación del	<ul style="list-style-type: none"> Resultados de la interacción entre MINSA y la medicina Tradicional indígena. 	<ul style="list-style-type: none"> - Direct@r SILAIS, Miembros de la Comisión Regional de Salud - Dirección MINSA Municipal, Miembros Comisión Municipal de Salud, Concejales. 	Entrevista a profundidad.	Cuestionario

Cont...

Modelo de Salud de la RAAN, con relación a las interacciones entre el MINSA, la Medicina Tradicional Indígena y Comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> Resultados de la Interacción entre MINSA y la Medicina Comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección MINSA Municipal, Miembros Comisión Municipal de Salud, Concejales. - Direct@r SILAIS, Miembros de la Comisión Regional de Salud 	Entrevista a profundidad.	Cuestionario
5. Valorar la ampliación de la cobertura y accesibilidad a los servicios de salud, con la	<ul style="list-style-type: none"> Ampliación de la Accesibilidad a los Servicios de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección MINSA Municipal, Miembros Comisión Municipal de Salud, Concejales. - Direct@r SILAIS, Miembros de la Comisión Regional de Salud 	Entrevista a profundidad.	Cuestionario
implementación del Modelo de Salud de la RAAN	<ul style="list-style-type: none"> Ampliación de la Cobertura de los Servicios de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Dirección MINSA Municipal, Miembros Comisión Municipal de Salud, Concejales. - Direct@r SILAIS, Miembros de la Comisión Regional de Salud 	Entrevista a profundidad.	Cuestionario

VIII.-RESULTADOS:

8. a.- INFORMANTES CLAVES LOCALES

Objetivo No. 1. Descriptores

➤ Avance en la Legislación del Modelo de Salud RAAN.

Con relación a la pregunta de ¿Cómo cree usted que el Marco Legal del Modelo de Salud ha avanzado en Nivel Regional y Nacional? las respuestas obtenidas fueron

- A nivel regional ha avanzado la divulgación del modelo y su marco legal.
- Es uno de los aspectos con mayor avance, a través de diferentes leyes que se han aprobado a nivel nacional y regional.
- Solo ha avanzado en el Nivel Regional, el Municipio está iniciando sus primeros pasos.
- Ha avanzado porque está avalado por el Consejo Regional Autónomo y a nivel nacional porque el MINSA como Rector de la Salud lo ha tomado en cuenta.

Con respecto a: ¿En qué leyes y ordenanzas se sustentan esta legalización?

Respondieron:

- En la Constitución Nacional del País, Ley Autonomía, Ley General de Salud, y pocos desconocieron o no recordaron este sustento legal.

➤ Sobre el Avance en Aspectos Políticos y Organizativos.

Como ha sido el Respaldo de todos los concejales Regionales y en especial los de Siuna.

- Casi todos los informantes opinaron que el respaldo de los concejales en la Región es significativa desde el momento de la aprobación en 1996 pero que en términos generales tanto los concejales regionales como los municipales desconocen el contenido, ya que están ausentes en las actividades (consulta, monitoreo) que se desarrollan para apoyar el proceso de implementación. Otros opinaron que el respaldo es muy poco.

De acuerdo al respaldo de las autoridades municipales y concejales para implementar el modelo expresaron:

- Las autoridades municipales respaldan la implementación del modelo pero no exigen su cumplimiento.
- Los concejales regionales y municipales han tenido poco involucramiento por desconocimiento del modelo. Deben participar más.
- Solamente se observa el involucramiento a través de la comisión regional de salud con sus representantes y el gobierno regional con la participación de la secretaría de la salud.
- No hay respaldo, la comisión de salud tiene un concejal asignado por el Alcalde para estar coordinando, la persona asiste a las reuniones, tiene voluntad pero no hay acciones concretas, solo hay apoyo político.
- Manejan que hay un modelo de salud en la RAAN pero no ha sido respaldado por la mayoría algunos lo hacen de manera coyuntural.

Los informantes claves consideran que los concejales regionales y municipales deben involucrarse más en:

- Prestar mayor interés para conocer el modelo e involucrarse en su ejecución a través de la comisión de salud en ambos niveles.
- Realizar las respectivas consultas a todos los actores sociales y en especial a la población de la región Atlántica Norte para detectar las necesidades más sentidas de éstas y poder dar respuestas concretas y oportunas a través del modelo salud que corresponda.
- Las diferentes actividades y programas de salud.
- Desarrollar acciones por el municipio coordinadas con la sociedad civil, para que se divulgue el modelo por la radio, televisión y apropiarse de este conjunto de políticas públicas regionales, dar seguimiento, exigir cumplimiento.
- La capacitación sobre el modelo es una acción importante pues cada 4 años hay cambios de autoridades y deben conocerlo para apropiarse.

➤ **Avances en la Adecuación del Modelo de Salud de la RAAN en Siuna.**

En cuanto a la pregunta ¿Considera usted que el actual modelo debe ser adecuado para implementarse en el municipio?

- Todos los entrevistados coincidieron en que es necesario revisarlo para adecuarlo a la realidad del municipio e intervenir con eficacia y eficiencia, ya que los problemas de salud y algunas actividades de este municipio son diferentes, hay etnias diferentes, ejemplo: en Waspam y Puerto Cabezas se acude más a los Sukias para tratar sus problemas de salud a diferencia de Siuna donde hay desprecio a estas personas. Por tal razón dentro de la misma región las soluciones serán distintas y un aspecto que consideraron importante es la descentralización regional como por ejemplo: que las autoridades se interesen en realizar gestiones y trabajar para que la Comisión de Salud en Siuna gestione tener un SILAIS.

A la pregunta ¿Qué acciones concretas ha hecho el municipio para la adecuación del modelo a su propia realidad? Dijeron:

- Lo único que han realizado en el municipio fue participar en la consulta del Modelo coordinada pro el Gobierno Regional y autoridades locales, pero no han hecho nada por su implementación y adecuación refiriendo que esto es debido a que el modelo fue elaborado mas a nivel regional con poca participación municipal. En el municipio hay conciencia de la necesidad de adecuación pero esto debe ser una iniciativa local y no regional.
- Otros consideran como parte de la adecuación las siguientes acciones: en el 2000: se estudió el Modelo; en los Planes Municipales de Salud se han incorporado líneas del Modelo, sin embargo, no se evalúa y monitorea; las organizaciones de la sociedad civil han fortalecido el trabajo de implementar proyectos de Medicina Natural a partir de la aprobación del Modelo, sin embargo, hace falta mayor promoción. Se ha mejorado la atención al saneamiento ambiental en el área urbana, la atención en los Puestos de Salud en cuanto al trato, atención a mayor número de pacientes, y si no hay medicina en el puesto le orientan donde comprarla a bajo costo..
- En general creen que estas acciones deben responder al principio de reciprocidad, es decir, que la salud es responsabilidad de la sociedad civil conformada por la comisión municipal de Salud, el trabajo con la Red de Salud

(parteras, líderes de Salud, brigadistas) a través de las coordinaciones intersectoriales

Objetivo No. 2 Descriptores.

➤ Avance en la organización Administrativa.

Al preguntarles: ¿Cómo cree usted que se ha avanzado en la organización administrativa del modelo, en la región y municipio? Cómo debería ser?respondieron

- Que años atrás trabajaron en el Plan de Extensión de Cobertura. En el Centro de Salud con Camas de Siuna se implementaron 3 clínicas de atención con el objetivo de brindar una atención de manera integral, pero por la falta de recursos humanos, material y equipos ocasionaron no poder seguir con esta modalidad, además que la alta rotación de los recursos humanos para poder cubrir las clínicas, generó malestar en los usuarios quejándose de que no tenían privacidad.
- En el municipio las autoridades han venido trabajando en los Planes Operativos Anuales, acordes a las necesidades de las comunidades, con la participación de los agentes comunitarios, pero hay necesidad de más recursos humanos en las unidades de salud.
- La organización administrativa ha avanzado lentamente en todos los niveles, el gobierno regional a través de la comisión regional de Salud y la Secretaría de Salud en coordinación con el Ministerio de Salud son los órganos administrativos, pero se necesita mayor participación de los Gobiernos Municipales en las administración de la salud en su territorio, actualmente la responsabilidad cae solo en el ministerio de salud. A través del ministerio de Salud y otras organizaciones se realizan actividades de organización comunitaria conformando las comisiones comarcales de salud.
- Otros consideran que se ha avanzado más a nivel regional, pero a nivel local es necesario realizar más capacitaciones a brigadistas, parteras y comisiones de salud de las comunidades, con temas de salud pero también divulgando el Modelo de salud.
- A nivel regional es donde más se ha avanzado, en el municipio muy poco.

- Lo que se ha realizado son reuniones de análisis para ver los ajustes de acuerdo a las necesidades del municipio. Hay que hacer mayor visita al terreno para ver los avances y agilizar un poco más.
- Ha habido reuniones de discusión, se ha revisado las funciones de la comisión municipal de salud, para adecuarlas al municipio.
- A nivel regional se ha fortalecido la gestión y apropiación del modelo, se cuenta con un Plan de Acción de salud, Una Comisión Regional de Salud funcionando, una comisión de descentralización de la Salud. A nivel Municipal hay una Comisión Municipal de Salud que se reúne trimestralmente, las acciones se realizan desde cada institución organización y organismo, luego se informa.

Con relación a ¿Qué pasos se han dado para la reorganización de los servicios de salud?respondieron:

- Se dieron pasos en adecuar ambientes de atención, asignación de recursos humanos a clínicas de atención integral y equipamiento a cada ambiente. Fue un modelo de servicio que mejoraba la atención pero la unidad de salud tiene muy poco recursos humanos, materiales, por lo que se volvió a la forma de atención por programas.
- Se trabajó en el clima organizacional; sensibilización al personal para mejorar la atención; instalación de un buzón de quejas; realización de encuestas de satisfacción del usuario; evaluación de desempeño del personal; aplicación de normas y reglamentos de la institución.
- Solamente en la consulta a nivel regional.
- En el municipio en años anteriores, se hizo un esfuerzo por implementar un modelo de atención integral, a través del proyecto de Fortalecimiento ejecutado por la Unión Europea pero por falta de recursos humanos, materiales y de infraestructura, no permitió su establecimiento, volviéndose a la atención por programas.
- Se han capacitado a los líderes en manejo de botiquines, realizando visitas a las comunidades.
- Se ha tratado de fortalecer las comisiones de salud en las comunidades a través de las cuales se les dá seguimiento a las unidades de salud para que haya mejor atención.

- Para otros los pasos para la reorganización de los servicios de salud han sido: a ampliación de la participación social, se trabaja con la red de salud, se han creado puestos de salud accesibles a la población rural, se practica la medicina natural, en el centro de salud la atención al binomio madre-niño es integral, se hace énfasis en la prevención y control de enfermedades.

En Siuna, deben de ser reorganizados los servicios de salud? Cómo?

- Todos consideraron necesario la reorganización para responder mejor a las necesidades de la población y que esta acción deberá reorganizar los servicios para prestar atención integral con adecuación de los ambientes, asignar al municipio más recursos médicos y de enfermería, manteniendo la capacitación de éstos para mejorar la atención.
- Algunos consideran que es necesario que el modelo se desarrolle hacia la Autosostenibilidad.

➤ **Atención de Salud a la Población.**

Con relación a: ¿Cree usted que se han tomado medidas en las unidades de salud para mejorar la atención de salud a la población? Qué acciones se han hecho? las respuestas fueron:

- Algunos dijeron que se han asignado recursos médicos y de enfermería para los diferentes programas. De los 14 puestos de salud 6 tienen personal médico y enfermeras. Instalación de la red de frío en 5 puestos de salud. Instalación de Radios de Comunicación en 4 puestos de salud. Se ha estratificado a las comunidades. Se ha ampliado la cobertura a través de FONMAT y APS (por 1 año). Se ha abastecido de insumos médicos para grupos priorizados, se ha fortalecido la infraestructura de algunas unidades de salud.
- Realización de planes de mejoría de la calidad de la atención, implementación de guías de monitoreo, realización de encuestas de satisfacción al usuario, revisión periódica de estándares de calidad, pero aún se observa que el personal de salud no brinda una atención con calidez y calidad, todavía hay quejas de maltrato al usuario.
- Otra parte de los entrevistados dijeron que cuando se enteran que hay problemas se comunican con los delegados y de esta forma mejora el sistema.

¿Hay intervenciones ejecutándose para este fin? Respondieron:

- Si hay algunas intervenciones como: el fondo para una Maternidad e Infancia segura FONMAT, APS, equipamiento y rehabilitación del centro y puesto de salud, capacitación periódica del personal de salud, se realizan extracciones dentales, Casas maternas.

➤ **Gerencia del Modelo.**

¿En cuanto al modelo de gestión, cree usted que se ha implementado?

- Consideraron que si, Se ha implementado a través de las intervenciones de FONMAT y APS, promoción de casas maternas, se ha mejorado la infraestructura, también consideran que parte de la implementación del modelo de gestión fue aprovechar la visita del ministro de salud para exponer las demandas en cuanto a al necesidad de más recursos humanos especializados y elevar a categoría de hospital al centro de salud de Siuna.
- Otros creen que no se ha implementado aún en su totalidad. Porque no hay una verdadera descentralización que permita a las unidades de salud realizar las respectivas gestiones que ayuden a solucionar los problemas existentes en las unidades.

¿Qué se ha hecho en Gestión, tanto en el municipio como en el nivel regional?

- A nivel municipal, gestión a través de la alcaldía y diputados para apertura de un nuevo SILAIS, para dar mejor cobertura a nivel del triángulo minero. La asignación de fondos para cumplir con el plan operativo anual se está haciendo a través del FONMAT, se han asignado al municipio ginecobonos, se ha establecido una casa materna, y los recursos humanos se han mantenido en continua capacitación. Por otro lado con los organismos no gubernamentales e instituciones se resuelven algunos problemas como por ej: apoyo a las Jornadas de salud, jornadas de limpieza, traslado de pacientes, etc. En el Municipio, se tiene una estructura que permite delimitar responsabilidades y atribuciones; se ha fomentado la participación social.
- En el nivel regional se ha conducido una política sanitaria que promueve el respeto a la diversidad biosocial con amplia participación; se han facilitado procesos de concertación y compromisos entre diversos actores de los

municipios y comunidades promoviendo la paz, la solidaridad y el desarrollo económico de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, ha habido seguimiento para el cumplimiento de las responsabilidades que tiene el gobierno central, regional y municipal a través de resoluciones, convenios, disposiciones; el rescate y desarrollo de la medicina tradicional; creación de la comisión regional de salud. Además se han gestionado más número de plazas para las unidades de salud, becas para especialización de médicos, maestrías para médicos y enfermeras, financiamiento para la implementación del modelo, creación de una comisión técnica para la descentralización de la salud ect.

➤ **Gestión Financiera.**

Al realizar la pregunta: ¿Considera usted que hay mayor involucramiento para la planificación de los fondos en las unidades de salud? expresaron:

- En general respondieron que la participación es poca, ya que hasta ahora la unidad de salud cada año se realiza programación de presupuesto de acuerdo a las prioridades donde participan los responsables de programas y subdirecciones de la institución. Lo que se ha llegado a conocer son los fondos para la construcción de determinadas unidades de salud, y en una ocasión informaron que hubo sub ejecución de fondos y que siempre llega menos cantidad de lo que se programó en el presupuesto.
- Una minoría consideró que no se informa sobre los avances en la gestión financiera.

A la siguiente pregunta: ¿Las unidades de salud tienen autonomía en cuanto a realizar acciones para suplir algunas necesidades que el fondo asignado no cubre? dieron:

- En general no hay autonomía, es aún centralizado ya que en la unidad de salud se realiza recuperación económica, pero el dinero que se recupera debe ser enviado al SILAIS y ellos lo depositan a una cuenta. Se puede hacer uso de ese dinero 23 días después, de acuerdo a las necesidades de la unidad, o sea que no regresa lo que se recupera a través de los pocos servicios que se ofertan, todo debe ser consultado.

En cuanto a si ¿La alcaldía asigna algún porcentaje para las unidades de salud? opinaron:

- La mayoría respondió que las alcaldías no asignan ningún porcentaje, aunque el modelo de salud propone que debe ser el 10% de su presupuesto para el área de salud. Cuando las unidades de salud son construidas por el FISE la alcaldía asigna un fondo para reparaciones menores; en algunas ocasiones ayudan al traslado de pacientes, combustible, boletos aéreos etc.

Al preguntarles: ¿Hay otras fuentes de fondos que le llega a la unidad de salud? expresaron:

- Si, Fondos de la fundación DAMIAN (apoya el programa de Leishmaniasis); Fondo Mundial (apoya programas de VIH-SIDA, Malaria y TB); Fondo de OPS (apoya la vacunación), todos estos fondos llegan a la unidad a través del SILAIS. A través del programa FONMAT, y la mitad de los entrevistados desconocen sobre el tema.

➤ Recursos Humanos.

En cuanto a si se ha definido una Política de Recursos Humanos en la Región y Municipio, opinaron lo siguiente:

Todavía no se ha definido una política de recursos humanos en la Región ni Municipio, se ha contemplado en el Modelo de Salud, y en las programaciones de las necesidades de Salud. Otros opinaron que no existe una política pero si demandas, y lo único que conocen es que el personal llega de Managua y es asignado a un puesto de salud.

➤ Participación y Organización Social.

Con respecto a la pregunta: ¿Cuál es el grado de participación que tienen los actores sociales en el proceso de implementación del modelo? Las respuestas obtenidas fueron:

- La calificaron de “pasiva”, “nula”, “poca”, “limitada”.
- Otros opinaron que en las reuniones municipales se ha discutido el modelo, pero no se han dado pasos para su implementación, consideraron que son algunos

organismos no gubernamentales los que han participado en proceso de consulta e implementación a través de las comisiones municipales de salud.

La participación de los actores sociales se ha caracterizado por,

- Una participación más de consulta en el nivel municipal, de coordinación para mejorar el sistema de salud y dar cobertura a las demandas. A nivel regional consideran que las discusiones giran en torno a cómo se avanza en la descentralización y/o algunos problemas urgentes de salud a resolver, también en la discusión de la Ley General de Salud, Plan Nacional de Salud, Políticas de Salud, Plan Regional de Salud, esto a través de la Comisión Municipal de Salud. Existen organizaciones que trabajan en salud que ayuda a desarrollar el modelo.

Consideraciones en cuanto a la contribución de la participación social para responder mejor los problemas de salud

- Algunos consideraron necesario involucrar a los líderes religiosos para sensibilizar a la población evangélica.
- Como producto de la participación social, dijeron que se ha mejorado el sistema de referencia de la comunidad hacia las unidades de salud, y en las comarcas se observa que la comunidad y los líderes se coordinan y planifican actividades que den solución a los problemas de salud. Otros consideraron importante el apoyo de organizaciones civiles que ejecutan proyectos de letrificación, agua, salud sexual y reproductiva.

Objetivo No. 3. Descriptores.

➤ **Acciones desarrolladas para la Implementación.**

Dentro de las acciones específicas que se han desarrollado en el municipio y en la región para la implementación del Modelo mencionaron:

- Conformación de la Secretaría de Salud y nombramiento del secretario, creación de estructuras como comisión regional de salud, comisiones municipales y comunitarias de salud; comisión técnica para la descentralización.
- Adecuación de ambientes donde se prestan servicios de salud; involucramiento en actividades de salud a líderes y parteras.

- Dentro de otras acciones identificaron: la presentación y revisión del modelo para ajustarlo, capacitación a recursos humanos, estrategias de atención a grupos prioritarios como la casa materna

¿Se ha definido alguna política ajustarlo.

- Invitaciones para dar a conocer información sobre el modelo; promoción del modelo a través de la radio.
- Asambleas regionales de salud; foros; creación del modelo de salud mayangna, creación de la secretaría de salud, comisión para la descentralización, comisión de lucha contra el SIDA; capacitación a comisiones municipales de salud,
- Para mí, no hemos iniciado la implementación.
- Reestructuración de ambientes de atención y del personal.

➤ **Características de la Implementación del Modelo de Salud en Siuna.**

Al solicitarles ¿Cómo podría usted describir lo que ha sido la implementación del modelo desde su aprobación hasta la actualidad?

- Ha sido un proceso lento, pero se ha observado impacto en los indicadores priorizados como, la reducción de la mortalidad materna, aumento de cobertura en parto institucional, CPN y Planificación Familiar, detección temprana del CaCu, disminución de la mortalidad infantil y peri natal.
- Algunos consideran que ha sido como un proceso de Divulgación, consulta y ratificación del marco legal de las autoridades correspondientes.
- Han habido varios momentos, en un inicio hubo poca voluntad política y las acciones fueron más a nivel regional; Posteriormente hubo por parte de las autoridades del ministerio de salud apertura para la revisión del modelo, lográndose crear estructuras de participación de los diferentes actores sociales, es así que se han participado en la discusión de las Políticas de Salud, Plan Nacional de Salud, Ley General de Salud, Funcionamiento de las comisiones de salud ect. Actualmente se trabaja en el proceso de descentralización, creándose una comisión técnica y para dar cumplimiento a esto, están las mesas de trabajo discutiéndose componentes como, gestión y uso racional de recursos para la salud (insumos médicos y no médicos), descentralización y desconcentración presupuestaria, reorganización en la prestación de servicios y fortalecimiento institucionales/cooperación externa.

- Otros consideran que desde su aprobación se formaron y se han venido fortaleciendo las comisiones municipales de salud. Es un proceso lento pero que poco a poco se viene avazando, pero que es necesario darlo a conocer a las comunidades y barrios a través d asambleas y no dejarlo solo a nivel del MINSA o la comisión municipal de salud.

Objetivo No. 4. Descriptores.

➤ Interacción entre el MINSA y la Medicina Tradicional.

Al preguntarles: ¿Podría describir cómo ha sido la relación entre el Ministerio de Salud y los curanderos, médicos botánicos etc, respondieron de la siguiente manera:

- A nivel regional ha habido una mejor relación del ministerio de salud, curanderos y médicos botánicos. Para algunos, a nivel local no se ha logrado involucrar a los curanderos, para otros hay un acercamiento o aceptabilidad de lo que son los curanderos – médico, pero que hay más acercamiento médico – partera – líderes comunitarios, aunque consideran que hay mayor acercamiento en otras zonas de la región como Puerto Cabezas y Waspam más confianza y respeto entre el ministerio de salud y los curanderos, médico botánico.

¿Qué resultados se podrían mencionar de esta interacción?

- Que haya mayor involucramiento con estos agentes.
- Se han mejorado las coordinaciones para las referencias y contrarreferencias.
- En el nivel regional, en acompañamiento con INTRADEC, se ha documentado las enfermedades de filiación cultural. Encuentro entre curanderos, médicos botánicos y médicos occidentales. Construcción de un vivero de plantas medicinales.
- Los curanderos tienen mayor acercamiento con los organismos.
- Hay mayor reconocimiento de agentes tradicionales, se les ha fortalecido.
- Pocos consideran que no hay acercamiento.

➤ **Interacción entre el MINSA y la Medicina Comunitaria.**

Al preguntarles, como describirían la relación entre el Ministerio de Salud y los líderes de salud, parteras, col-vol, brigadistas, promotores de salud? Dijeron:

- Que ha sido un proceso lento pero se ha observado impacto en los indicadores priorizados como, la reducción de la mortalidad materna, aumento de cobertura en parto institucional, CPN y Planificación Familiar, detección temprana del CaCu, disminución de la mortalidad infantil y peri natal.

En cuanto a: ¿Qué resultados se podrían mencionar de esta interacción entre la medicina comunitaria y el ministerio de salud?

- Utilizar la medicina comunitaria como alternativa ante la necesidad de medicamentos y pocos recursos económicos.
- Otros clasifican de una interacción positiva, ya que los agentes comunitarios son los que conocen y tratan en primer lugar los problemas de salud a nivel local e informan al ministerio de salud para que en conjunto busquen solución a los mismos, realizan las referencias a los pacientes que deben ser manejados en centros asistenciales, participan activamente en diferentes actividades de coordinación en los puestos de salud, se planifican visitas comunitarias y están incorporados en las comisiones locales de salud que coordinan los trabajadores de la salud en cada puesto de salud, pero se debe hacer esfuerzos para el rescate de la medicina comunitaria en el municipio.
- Se ha observado la combinación de las dos medicinas.
- Ya los propios médicos del MINSA orientan la utilización de plantas medicinales; Hay coordinación con los promotores.
- Se les ha brindado capacitaciones , se ha realizado intercambio de experiencia, etc.

Objetivo No. 5. Descriptores.

➤ Ampliación de cobertura de los Servicios de Salud.

Al preguntarles ¿Considera usted que se ha mejorado la cobertura de las unidades de salud? Respondieron:

- Si se ha mejorado la cobertura con respecto a años anteriores, han aumentado el número de partos institucionales, CPN, VPCD, Planificación Familiar, se visitaron todas las comunidades a través del PAI en la primera jornada de vacunación y se estratificaron 35 de éstas para ser inmunizadas con la vacunación de las Ameritas, logrando coberturas generales del 100% para todos los biológicos en los grupos priorizados, se ha fortalecido la red de notificación comunitaria.
- Si, aunque este mejoramiento esté dirigido a grupos priorizados, al momento de ejecutarse algunas estrategias o proyectos como FONMAT, APS, ya que cuando esto se termina de ejecutar, se vuelve a la situación inicial.
- Si ha mejorado, ya que ha través de las asambleas se ha logrado conseguir mayor aprovisionamiento pero otros considera que no hay medicamentos.
- Si se ha mejorado porque existen puestos de salud, recursos humanos, divulgación, educación, estrategias.

➤ Ampliación de la accesibilidad a los Servicios de Salud.

Con respecto a ¿Hay esfuerzos para mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de salud

Todos opinaron que el personal médico y de enfermería se moviliza a través de brigadas médicas lográndose llegar a más comunidades, se han construido puestos médicos en comunidades núcleo, se ha establecido la red de líderes de salud, brigadistas. y en el Municipio se cuenta con un Hospital , una Casa Materna.

8. b.- INFORMANTES CLAVES REGIONALES

Objetivo No. 1. Descriptores

➤ Avance en la legislación con relación al Modelo de salud RAAN.

Al preguntarles ¿Cómo cree usted que el marco legal del modelo de salud ha avanzado en el nivel regional y nacional?dijeron:

- A nivel regional el Modelo de Salud fue aprobado sin mayores problemas, sin embargo, a nivel nacional se logró después de un proceso largo y de desgaste la inclusión del modelo de salud de la RAAN en la Ley General de Salud y su Reglamento. En general consideran un gran avance en lo que a formulación se refiere, ahora consideran necesario hacer mayor de los asideros legales para exigir el fortalecimiento y desarrollo del modelo.

Al referirnos a ¿En qué leyes y ordenanzas se sustenta esta legalización? Las respuestas fueron las siguientes:

- Constitución de la República, la ley de Autonomía y su reglamento, la resolución administrativa que dictase el Consejo Autónomo cuando hizo ley el Modelo de salud para la RAAN, la Ley General de Salud y la Ley de Lenguas.

➤ Avance en aspectos políticos y Organizativos.

Al preguntar si el modelo ha tenido el respaldo de todos los concejales regionales y en especial los de Siuna. ?refirieron:

El modelo goza del reconocimiento por el consejo regional autónomo y reconocen la participación de algunos concejales en la comisiones regionales de salud, pero no les es posible conocer el nivel de apoyo de todos los concejales.

Referente a si ¿Las autoridades municipales y concejales respaldan la implementación del modelo? comentaron:

Si, respaldan la implementación del modelo, expresada en el funcionamiento y desarrollo que ha alcanzado la comisión de salud municipal de Siuna, así como con la participación continua que han mostrado al menos dos concejales en los Consejos Regionales de Salud. Otros Consideran que el respaldo depende de las personas y de la situación en que se encuentre el municipio.

Con respecto a ¿Como los concejales regionales y municipales se involucran en la implementación del modelo? Hay necesidad de mayor involucramiento? Respondieron:

- Consideraron que el Alcalde podría involucrarse más para que pueda priorizar los fondos que debe asignar a salud de acuerdo al modelo y además podrían avanzar más si asume su responsabilidad como máxima autoridad en salud del nivel local, siendo la mejor forma de involucramiento, su presencia en las reuniones municipales y regionales de salud. Otra forma de involucrarse es apropiándose del Modelo para dar respuestas viables a las necesidades de salud de su municipio, ya que hay intención expresa de crear una delegación de salud en Siuna para las tres minas lo que no necesariamente vendrá a solucionar los problemas de mortalidad materna e infantil sino más bien las podría agudizar, ya que tendría un territorio mucho mayor al actual por el cual responder sin necesariamente contar con los recursos y consideran necesario se realicen acciones más concretas.

➤ **Avances en la Adecuación del Modelo de Salud de la RAAN en Siuna.**

Considera usted que ¿el actual modelo debe ser adecuado para implementarse en el municipio?

- Los actores regionales expresan que algo importante que no se debe olvidar es que el modelo de salud es algo ideal, y la realidad es otra, esto quiere decir que deben ir trabajando en función de este ideal pero sin perder de vista que es lo que realmente pueden hacer con los recursos y el contexto actual. Creen que el modelo es una herramienta valiosa y dinámica que tienen los municipios y deben aprender a usarla en función de su desarrollo, por tanto deben estar revisando su nivel de desarrollo de manera periódica.

Refiriéndonos a la siguiente pregunta ¿Que acciones concretas ha hecho el municipio para la adecuación del modelo a su propia realidad? La respuesta fue:

Modelo de Atención:

Se dió la construcción y organización de su unidad de referencia en la cabecera, el desarrollo de algunos de sus puestos de salud sobre las vías principales sin tener un funcionamiento como sub-sedes, la construcción y puesta en marcha de su casa materna.

Modelo de Gestión:

El funcionamiento de la comisión de salud con una presidencia que no necesariamente es el Alcalde, estos avances no necesariamente se han hecho de manera conciente, ya que desconocen hasta donde han revisado el modelo de salud para irlo adecuando a su realidad, ejemplo:

En Rosita se cuenta con una comisión de salud con amplia participación ciudadana.

En Bonanza se ha avanzado en el modelo de salud mayangna,

En Siuna cuentan con una comisión sólida, pero con poca integración del alcalde.

En Waspan han avanzado poco.

Objetivo No. 2. Descriptores.

➤ Avance en la organización Administrativa.

Al indagar sobre como consideraban el avance en la organización administrativa del modelo en la región y municipio y Cómo debería ser? Respondieron:

Consideran que a nivel regional, lo que funciona es la comisión de salud del consejo regional autónomo, la secretaría de salud, y la comisión regional de salud, pero las otras estructuras definidas en el modelo no están funcionando. Otro avance es que hace dos años hay mayor apertura con el MINSA, los avances son lentos pero que actualmente hay que acelerar el paso y aprovechar la coyuntura actual.

Respecto a ¿Qué pasos se han dado para la reorganización de los servicios de salud? manifestaron:

En los municipios de Puerto Cabezas, Waspam, Rosita, Bonanza y Prinzapolka se han definido los núcleos y sub-sedes a desarrollar, y algunos como Santa Martha,

Alamikamba, Sahsa, Musawaws, Andres, San Carlos y Bilwaskarma, están en proceso de desarrollo; también se han hecho esfuerzos por mantener actualizadas los listados del personal voluntario y se inició el trabajo de los Grupos Integrales de Salud en los municipios pero con una dependencia exclusiva de fondos extrapresupuestarios.

En las cabeceras municipales de Waspam, Bonanza y Siuna, se han remodelado los Centros de Atención incrementándose su nivel de resolución y complementando la atención que se presta en los puestos de salud.

En Siuna se elaboró un Plan de Cobertura con la participación de los habitantes del municipio y está pendiente actualizarlo con una proyección de 10 años.

En Siuna, deben de ser reorganizados los servicios de salud? Cómo?

Expresaron, que esta reorganización debe ser de acuerdo a sus necesidades.

➤ **Atención de Salud a la Población.**

¿Cree usted que se han tomado medidas en las unidades de salud para mejorar la atención de salud a la población? Qué acciones se han hecho?

Opinan que se ha hecho muy poco, algunas unidades de salud miden satisfacción de los usuarios en encuestas que aplican como parte del programa de calidad nacional que impulsa el MINSA, y se ha hecho poco por desarrollar las practicas de los agentes tradicionales de salud así como el de mejorar la tecnología adecuada para la región. Por tanto consideran que la forma en que las unidades de salud estan organizadas y administradas no permiten un acceso a toda la gente y tampoco el enfoque de la atención es a la familia, ni se priorizan algunos grupos vulnerables.

Al preguntar ¿Hay intervenciones ejecutándose para este fin? la respuesta fue:

- El trabajo que ha venido desarrollando URACCAN a través del IMTRADEC, con los agentes tradicionales de salud (red comunitaria) y el programa de calidad del MINSA.

➤ **Gerencia del Modelo**

Al preguntar respondieron: ¿En cuanto al modelo de gestión, cree usted que se ha implementado?

Consideran que a nivel del consejo regional autónomo y coordinación de gobierno(Secretaría de Salud) si, ej: la alcaldía de Puerto Cabezas ha estado tratando de asumir su rol de responsable de la salud. Pero en los municipios y comunidades/comarcas aún no se han dado pasos concretos.

En lo concerniente a ¿Qué se ha hecho en Gestión, tanto en el municipio como en el nivel regional? Nos dijeron:

- **Nivel Regional**

- Comisión de Salud del CRA con Presidencia funcionando, conduciendo diferentes procesos:
- Introducción del Modelo de Salud en la Ley General de Salud y Su Reglamento
- Formulación Participativa de lineamientos estratégicos de Salud de la RAAN
- Formulación Participativa del Plan Regional de Salud 2004-2015
- Conducción del proceso de descentralización de la salud a la región en conjunto con la RAAS.
- Gestión de proyectos de fortalecimiento y desarrollo del Modelo de Salud: Desarrollo Modelo de Atención.
- Gestión de proyectos de atención a principales problemas de salud de la región.
- Gestión de recursos para asegurar procesos participativos.
- Conducción de Foros de Salud: Salud Comunitaria, Autonomía y Descentralización de la Salud
- Dos Simposios de VIH
- Promoción e Intercambios entre Agentes Tradicionales de Salud y
- Comisión Regional de Salud que se reúne al menos dos veces por año, con 8 asambleas realizadas hasta ahora.
- Coordinación de Gobierno con Director de la Secretaria de Salud que aún no administra la salud en la región.
- Nivel Municipal
- Comisiones municipales están conformadas y funcionando.
- Algunos territorios como Santa Martha, Alamilkamban, Sahsa, Musawas ya han estado desarrollando comisiones a nivel comunitario/territorial

➤ **Gestión Financiera.**

Con respecto a la pregunta: ¿Considera usted que hay mayor involucramiento para la planificación de los fondos en las unidades de salud? Respondieron:

En el nivel regional el Consejo y Gobierno limita su papel a la revisión de lo que el MINSA prepara pero creen que esto debería cambiar y asegurar la presencia durante todo el proceso, en los municipios y comunidades esto aún es más limitado.

¿Las unidades de salud tienen autonomía en cuanto ha realizar acciones para suplir algunas necesidades que el fondo asignado no cubre?

En general no la tienen, pero algunas unidades han firmado convenios con empresas privadas por ejemplo: Bonanza con la empresa minera, Rosita con la empresa minera y la de madera.

La alcaldía asigna algún porcentaje para las unidades de salud?

El modelo de salud contempla que se debería invertir el 10% de los ingresos de las alcaldías pero no existe documentación que pueda precisar el monto aportado por éstas, ya que por ejemplo: En Puerto Cabezas la alcaldía informa de sus inversiones en las Asambleas regionales de salud, sin embargo, en la Secretaría no existe documentación, igual sucede en los diferentes municipios en los cuales las alcaldías apoyan con boletos aéreos, medicamentos y proyectos de agua y saneamiento. Los informantes regionales recomiendan la necesidad de iniciar un proceso de información sistemática que permita visualizar los aportes reales de las alcaldías.

¿Hay otras fuentes de fondos que le llega a la unidad de salud?

Los entrevistados respondieron que todas las unidades de salud sobreviven con los fondos extra presupuesto que llega a través del PMSS, OPS, Fondo Social Suplementario, BID, de algunas otras ONG extranjeras.

➤ **Recursos Humanos.**

¿Se ha definido alguna política de recursos humanos en la región y municipio?

A esta pregunta respondieron, que no existe una política expresa de RRHH pero que en la región se está trabajando en la formulación de un plan de desarrollo de los RRHH de la RAAN pero que también existe una política de RRHH en el MINSA que bien podría ser adecuada a la región.

➤ Participación y Organización Social.

¿Cual es el grado de participación que tienen los actores sociales en el proceso de implementación del modelo?

Los entrevistados consideran que es uno de los aspectos del modelo que más se ha desarrollado inclusive la participación de los diferentes actores de la sociedad costeña ha sido calificada como muy buena y beligerante.

Al preguntarles sobre ¿Cómo es la participación de estos actores sociales? respondieron:

Según refieren es algo que se puede observar en los diferentes consejos regionales de salud, donde la participación no es solo escuchar problema sino hacer aportes, por ejemplo: participan en las discusiones del diseño del modelo y recomiendan al consejo y gobierno regional capitalizar este apoyo.

En lo concerniente a: ¿La participación social ha contribuido ha enfrentar mejor los problemas de salud?

Opinan que los cuestionamientos de los actores a los dirigentes los ha obligado a rendir cuenta de manera periódica de la gestión que hacen, los acuerdos que firman en presencia de ellos, contribuyendo esto a enfrentar mejor los problemas de salud. Por otro lado ha contribuido a lograr un vinculo Managua-RAAN.

Objetivo No. 3. Descriptores.

➤ Acciones desarrolladas para la Implementación.

¿Cuales acciones específicas podría mencionar usted que se han desarrollado en el municipio y en la región para la implementación del modelo?

Nivel Regional

- Se ha mantenido un proceso de diálogo y negociación permanente con las autoridades del MINSA central.
- Se incluyó el Modelo de salud en la Ley General de Salud y Su Reglamento
- Se instaló la comisión coordinadora del proceso de descentralización de la administración de la salud a las Regiones Autónomas y se ha logrado que la implementación de cualquier Política, Norma, Programa, Proyecto en la región sea revisado y consensuada con las autoridades regionales. Pero hace falta

pasar a una descentralización efectiva del modelo de atención, gestión y del presupuesto.

- Se ha mantenido el funcionamiento de la Comisión Regional de Salud que no ha dejado de reunirse.
- Se instaló la Secretaría de Salud, se nombró a un Director y se preparó una propuesta de sus funciones.

Nivel Regional y Municipal

- Se han conformado e instalado todas las comisiones municipales de salud, todas funcionan aunque algunas han avanzado más que otras.
- Se ha estado piloteando en diferentes territorios: Barrio El Cocal, Santa Martha, Musawas Bonanza, Alamikamban Prinzapolka.
- En Siuna Médicos del Mundo Francia quiso pero no supo como pilotear el modelo en dicho territorio.
- Se ha estado preparando de manera continúa a los recursos humanos de la región para la gerencia del Modelo de Salud intercultural.

➤ Características de la Implementación del Modelo de Salud en Siuna.

¿Cómo podría usted describir lo que ha sido la Implementación del modelo desde su aprobación hasta la actualidad?

Los entrevistados consideran que se ha mantenido un proceso de diálogo y negociación permanente con las autoridades del MINSA central. Se incluyó el Modelo de salud en la Ley General de Salud y Su Reglamento, Se instaló la comisión coordinadora del proceso de descentralización de la administración de la salud a las Regiones Autónomas y se ha logrado que la implementación de cualquier Política, Norma, Programa, Proyecto en la región sea revisado y consensuada con las autoridades regionales. Pero hace falta pasar a una descentralización efectiva del modelo de atención, gestión y del presupuesto, Se ha mantenido el funcionamiento de la Comisión Regional de Salud que no ha dejado de reunirse.

Se instaló la Secretaría de Salud, se nombró a un Director y se preparó una propuesta de sus funciones. Se han conformado e instalado todas las comisiones municipales de salud, todas funcionan aunque algunas han avanzado más que otras.

Se ha estado piloteando en diferentes territorios: Barrio El Cocal, Santa Martha, Musawas Bonanza, Alamikamban Prinzapolka.

En Siuna Médicos del Mundo Francia quiso pero no supo como pilotear el modelo en dicho territorio.

Se ha estado preparando de manera continúa a los recursos humanos de la región para la gerencia del Modelo de Salud intercultural.

Ha sido un proceso lento pero con la seguridad que vamos alcanzando lo que nos hemos propuesto en el modelo

Objetivo No. 4. Descriptores.

➤ Interacción entre el MINSA y la Medicina Tradicional.

¿Podría describir cómo ha sido la relación entre el Ministerio de Salud y los curanderos, médicos botánicos etc

Consideran que hay un poco más de reconocimiento, y se ha visto hacia los botánicos, pero aún hace falta mucho para que sea una relación de verdadero respeto y aceptación por parte del MINSA a los médicos tradicionales.

¿Qué resultados se podrían mencionar de esta interacción?

A través del IMTRADEC se ha logrado hacer dos o tres diálogos entre el personal médico y los agentes tradicionales de salud. Se han realizado capacitaciones a los líderes de salud y auxiliares de enfermería donde los agentes tradicionales son los que enseñan el uso de las plantas medicinales, también estos espacios han brindado la oportunidad a los agentes tradicionales de expresar algunas demandas como por ej: contar con un centro de atención para poder ayudar a las personas sin exponer a sus familias ya que su practica la ejercen en sus casas.

Otro avance son los foros sobre enfermedades particulares como por ejemplo: las de las comunidades miskitas.

➤ Interacción entre el MINSA y la Medicina Comunitaria.

¿Podría describir cómo ha sido la relación entre el Ministerio de Salud y los líderes de salud, parteras, col-vol, brigadistas, promotores de salud?

Mencionaron a municipios como Puerto Cabezas, Prinzapolka, Río Coco arriba y Siuna donde hay abandono y desatención por falta de recursos e iniciativa pero en Rosita, Bonanza, parte de Prinzapolka, Waspam han logrado mantener sus relaciones

apoyados con la cooperación de otros aliados y ONGs. Hasta finales del 2002 Puerto empezó a atender el personal después de casi 4 años de abandono.

¿Qué resultados se podrían mencionar de esta interacción entre la medicina comunitaria y el Ministerio de Salud?

Donde se ha mantenido la red comunitaria los problemas de mortalidad y morbilidad son menores y hay un importante grado de organización y desarrollo comunitario.

Objetivo No. 5. Descriptores.

➤ Ampliación de cobertura de los Servicios de Salud.

¿Considera usted que se ha mejorado la cobertura de las unidades de salud? Porque?

Por un lado señalan definitivamente que no, ya que con la tendencia política del MINSA para todo el país de no seguir creciendo en cantidad, ha afectado a la Región pues no se tomado en cuenta sus necesidades y recomiendan elaborar un Plan de Cobertura Regional que contemple el crecimiento que debe tener la red para que no se construyan por decisiones políticas sino que técnicas. Otros consideran si han mejorado ya que han fortalecido algunas condiciones en las unidades de salud como: mayor capacidad de resolución, mejoramiento en las comunicaciones, mejoramiento en la infraestructura.

➤ Ampliación de la accesibilidad a los Servicios de Salud.

Concerniente a: ¿Hay esfuerzos para mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de salud? Opinaron:

Por un lado se ha mejorado el acceso geográfico con la implementación de los equipos básicos de salud(brigadas móviles), pero aún los pobres económicamente gastan más para recibir atención médica pública o privada, y aún no se define el acceso cultural, se considera que a pesar de las limitaciones, se realizan esfuerzos para mejorar la accesibilidad.

IX.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

La Región Autónoma del Atlántico Norte de Nicaragua mediante un proceso participativo amplio construyó su propio Modelo de Salud Ideal, "Modelo de Salud de la RAAN", la cual fue aprobada en el año 1997, por el pleno del Consejo Regional Autónomo, máxima autoridad política administrativa de la RAAN.

Sin embargo, el proceso de implementación de dicho Modelo de Salud requería de la voluntad expresa de las autoridades del Ministerio de Salud, entidad gubernamental rectora de la salud del país, que culminaría en la descentralización efectiva y real de la administración de la salud desde la instancia del gobierno central, hacia el Consejo Regional Autónomo. Descentralización que deberá concebirse como un proceso gradual, armónico y respetuoso que asegure la capacidad, tanto del que recibe el poder para la toma de decisión, como del que la entrega.

Entre las Estrategias de Desarrollo del Modelo de Salud de la RAAN, se define la necesidad de avanzar en el **Marco Jurídico – Legal**, de manera concordante con las otras Leyes generales y ordinales de la República.

El consenso de la mayoría de los actores sociales tanto del nivel Municipal como del Regional, es que hasta el momento el Modelo de Salud ha logrado ese Marco Jurídico y que no está en contraposición a las leyes del país, entre las que se encuentran la Constitución Política de Nicaragua, Ley de Autonomía de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua, Ley General de Salud y su Reglamento y la Ley de Lenguas.

Sin embargo, en el nivel local consideran, que hay necesidad de una ordenanza municipal, no tanto con el objetivo de darle mayor legalidad, sino mas bien para su reconocimiento y apropiación local, ya que el Modelo de Salud, en algún momento fue considerado como algo que sólo beneficiaría a una parte de la población de la Región, a los Indígenas Miskitos. Además algunos Actores Sociales municipales desconocen las Leyes que sustenta el Marco Jurídico del Modelo.



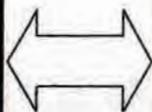
En lo que respecta al **Respaldo Político** del Modelo, por parte de las Autoridades Municipales y Regionales, mediante acciones específicas, se pudo precisar a través de los informantes claves del nivel local, que no se observa un desarrollo de acciones concretas formales, sino mas bien acciones atribuidos a la voluntad y participación de los concejales que presiden la Comisión de Salud.

Por su lado los del Nivel Regional refirieron que las Autoridades Regionales, especialmente los Concejales al frente de la Comisión Regional de Salud, han asumido mayormente la Implementación del Modelo de Salud, expresada en: la aprobación del Modelo de Salud en 1998, en el funcionamiento de la Comisión Regional de Salud y la realización de los Consejos Regionales de Salud (Asambleas).

Por tanto de manera unánime las consideraciones fueron, que tanto las autoridades Municipales como Regionales deberían involucrarse más en la Implementación del Modelo, desarrollando acciones tales como: Conocer más a profundidad el Modelo para apropiarse, Alcalde asuma su rol de máxima Autoridad en Salud ,Darle seguimiento, Exigir cumplimiento, Asignar un porcentaje de fondos Municipales para la Salud, lo cual esta contemplado en el Modelo de Financiamiento del Modelo de Salud en el acápite que dice: *Fondos provenientes del ingreso por aranceles e impuestos en las alcaldías..y* que según las memorias de los anteriores reuniones de los Consejos Regionales de Salud, el único alcalde que ha asignado el 1% de sus fondos a Hospital Regional es el de Puerto Cabezas.

APOYO POLITICO DE LAS AUTORIDADES AL MODELO DE SALUD.

- Aprobación del Modelo
- Funcionabilidad de la Comisión Municipal de Salud Regional.
- Funcionabilidad del Consejo Regional Autónomo.
- Presidir la Comisión Municipal de Salud.
- Voluntad para trabajar.



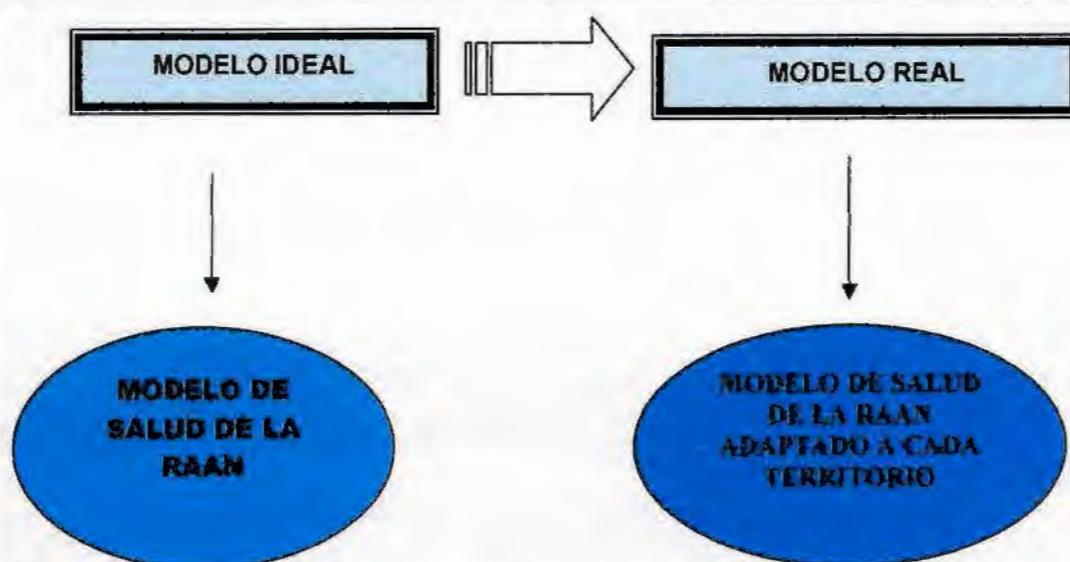
ACCIONES QUE DEBEN HACER LAS AUTORIDADES PARA CONCRETAR SU APOYO AL MODELO DE SALUD.

- Conocer más el Modelo de Salud.
- Alcalde asumir su rol de Máxima Autoridad de Salud.
- Darle seguimiento, exigir cumplimiento a la implementación del Modelo.
- Asignación de un porcentaje de los fondos del gobierno municipal.

Adecuación del Modelo de Salud en el Municipio de Siuna, como una de las estrategias fundamentales de la implementación del Modelo de salud, según las diferentes expresiones de los informantes claves del Municipio, el modelo debe ser adecuada al territorio. Insistiendo la totalidad de ellos, en que las necesidades y realidades en cada territorio son diferentes y que sólo así sería un Modelo eficiente, eficaz que contribuirá a mejorar la salud de la población.

Expresiones que fueron similares en el Nivel Regional, donde además se recordó que el Modelo de Salud de la RAAN, es el Modelo de un Sistema de Salud Ideal y por lo tanto, se tiene que trabajar en función de este, pero teniendo muy presente elementos reales como: el número de recursos con que se cuenta y el contexto actual.

Estas Afirmaciones de los entrevistados están contempladas en el Modelo de Salud, específicamente en el acápite de Implementación del Modelo, donde expresa que el *Desarrollo gradual del modelo se hará mediante pilotaje y monitoreo por cada uno de los territorios.*



Es probable que por ello en el Municipio, los actores refieran que el Modelo no ha iniciado realmente su adecuación, aún cuando han participado en la etapa inicial de consultas, reuniones y estudio del Modelo.

Aún así, ellos expresan que se han dado algunas acciones de mejoría (mejoría en el trato al usuario en algunos Puestos de Salud, buenas coordinaciones con líderes y parteras, recomendaciones por parte del personal de salud, para utilizar Medicina Natural ante la falta de accesibilidad a medicamentos ect) en las Unidades y Servicios de Salud como parte del proceso de implementación del Modelo, sin embargo, suponen que el Modelo contempla otras acciones y medidas que aun no se han dado.

Estos sentimientos encontrados de los Actores Sociales, donde por un lado consideran que el Modelo no arranca en la adecuación, y por otro se cuenta con el Modelo de Salud en una Región Autónoma que vislumbra una mejoría en la salud de la población, puede deberse a que las acciones a desarrollar para la adecuación están siendo sugeridas, orientadas y dirigidas, hasta el momento, desde las estructuras del Nivel Regional.

En relación a **La Organización Administrativa** (Modelo de Atención) del Modelo de Salud, en Siuna los informantes claves aducen que ha habido avances en el desarrollo de actividades específicas tales como: Elaboración de un plan de extensión de cobertura, primeros pasos para implementar clínicas que brinden atención integral, elaboración de Planes Operativos Anuales con participación de Actores Sociales, capacitaciones a Líderes de Salud, Parteras y Brigadistas.

Mientras que en el Nivel Regional refieren que dicho avance puede apreciarse en los esfuerzos que se hacen para garantizar el funcionamiento de la Comisión Regional de Salud (CRS), el establecimiento de la Secretaría de Salud y el Consejo Regional de Salud.

El Modelo de salud plantea una división administrativa que se corresponda con la división política administrativa de la región, donde cada instancia municipal deberá contar con una unidad de hospitalización rural, un centro salud y varios puestos de salud, no obstante, no se ha avanzado en este aspecto. La estructura que prevalece, no difiere de la que tiene el Ministerio de Salud en el resto del país.

La Cobertura de Unidades de Salud, es uno de los aspectos mas controversiales, debido a que el MINSA, a nivel nacional promueve una política de no crecimiento de la red de unidades de salud, es decir, no construcción de nuevas unidades. Esto se debe a la ausencia histórica que se tuvo de criterios técnicos que determinaran los parámetros para la construcción de Unidades de Salud, permitiéndose un crecimiento desordenado de la red de unidades de salud, que en muchas ocasiones se construyeron mas por decisiones políticas que técnicas.

Ahora esta política repercute de manera negativa en la región, ya que la falta de acceso geográfico es uno de los problemas más sentidos por la población y de mayor dificultad para el Sistema a Nivel Local. Además obliga al MINSA local a depender del apoyo de organismos internacionales para dar cobertura a la mayoría de sus comunidades (rural-aislado). Cobertura que solo logra con la implementación de estrategias de Brigadas Medicas Móviles, que tienen un costo muy alto y por ende requieren de un apoyo externo financiero permanente.

El acceso a los servicios de salud también depende de la disponibilidad de otros recursos además de la unidad física, es decir que requiere de personal capacitado, equipos, insumos médicos, medios de comunicación y transporte, entre otros. Sin embargo, esto dista mucho de la realidad, donde cada vez es más difícil y costoso para los pobres, acceder a los servicios de salud.

En síntesis para la realidad local, la accesibilidad esta brindada con la aplicación de estrategias de alto costo apoyadas por la cooperación externa y la brecha de cobertura se sigue ampliando por la ausencia de un Plan de Cobertura Regional que contemple el crecimiento de esta red tal como lo señala el Nivel Regional.

Según el Modelo de salud las Unidades del Sistema de Salud la RAAN deben organizarse en función de: Ser Accesibles a la Población, permitan una amplia participación social, tengan en cuenta el desarrollo de los elementos relacionados con la medicina tradicional, priorizar a los grupos más vulnerables, trabajen en función de una buena coordinación intra – Inter Sectorial, se ajusten a las particularidades socioculturales de la región y que el Sistema desarrolle la autosostenibilidad.

En el sector minero el Modelo de salud prevé la instalación y funcionamiento de un Hospital de Referencia con las cuatro especialidades básicas, a ubicarse en Siuna. Sin embargo, durante visita reciente que hiciera el Ministro de Salud a Siuna, las autoridades locales y miembros de la comisión de salud municipal, demandaron mas bien la creación de un SILAIS en el sector minero, pero en ninguna de las dos propuestas se ha avanzado.

ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA DEL MODELO SALUD RAAN
<ul style="list-style-type: none"> • Instancias Municipales con Centro de Salud, Puestos de Salud y Unidad de Hospitalización Rural, • Siuna, Hospital de Referencia para el Sector Minero. • Hospital de Referencia Regional.
AVANCES EN LA ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA DEL MODELO DE SALUD
<ul style="list-style-type: none"> • Instancias municipales con Centros de Salud, Puestos de Salud. • Gestión por las Autoridades Municipales para crear un SILAIS en el sector minero. • Hospital de Referencia Regional. • Planes de Extensión de Cobertura Municipal. • Elaboración de Planes Operativos Anuales. • Capacitaciones a ala red de Salud Comunitaria. • Comisión de Salud Regional, Consejo Regional de Salud funcionales

En el municipio de Siuna consideran que hay necesidad de **reorganizar los Servicios de Salud**, ya que aunque se hayan dado algunos pasos, como es el tratar de brindar al usuari@ una atención integral, hay que hacer una revisión exhaustiva que permita retomar elementos tales como el Plan de Cobertura (actualizarlo) y hacer una proyección de al menos 10 años, evaluar la capacidad que tiene el personal de salud en la resolución de los problemas que aquejan a los-as usuarios-as y promover una atención en salud con calidez.

Otros informantes consideraron con relación a este tema, que se ha hecho un abordaje somero en las reuniones del Consejo Regional, pero que en el nivel local, en la práctica, no se ha hecho nada. Incluso hubieron entrevistados que refirieron desconocer, qué se ha hecho en la reorganización de los servicios de salud.

La observación que hacen estos mismos actores del nivel local con respecto a la **atención a la población** en las Unidades de Salud de Siuna y que contribuyen al desarrollo de las unidades en función del Modelo de salud son: Redistribución de los recursos Médicos y de Enfermería, hacia los puestos de Salud (de 14 Puestos de Salud 6 tiene personal Médico y de Enfermería), instalación de una red de frío y radios de comunicación que permite traslados oportunos a la Unidad de Salud de Mayor Resolución.

Otras intervenciones que se desarrollan en el nivel local en función del modelo de salud que mencionaron los actores locales fueron, la asignación del Fondo para una Maternidad e Infancia Segura y la Estrategia de Casa Materna, que han permitido mejoras en la atención de salud, aunque sólo sea para el grupo priorizado, madre-niño.

Es notorio observar que varios informantes, miembros de la Comisión Municipal de Salud desconocen estas acciones dirigidas a mejorar la atención de salud y no las identifican como avances en la implementación del modelo de salud.

En contraste a lo antes dicho, la percepción del Nivel Regional es que sí ha habido avances, que pueden apreciarse en: la definición de estructura y funcionamiento de algunas sub-sedes en los municipios de Waspan, Puerto Cabezas, Rosita, Prinzapolka; conformación Grupos Integrales de Atención para llegar a las comunidades mas aisladas, aun cuando sean con fondos extrapresupuestarios; construcción de unidades de salud en las cabeceras municipales de Bonanza y Siuna, con aumento de la capacidad de resolución; discusión de la plantilla básica de recursos humanos y la política de recursos humanos de la región.

Es así que se afirma que todavía hace falta que las Unidades de Salud se organicen y administren de tal manera que permitan el acceso a la población, una atención dirigida a la familia y a los grupos vulnerables existentes en la región que no han sido priorizados.

No sólo a nivel Institucional se hacen esfuerzo por mejorar la atención a la población, sino que también desde la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua (URACCAN), a través del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario (IMTRADEC), que desarrollan actividades de acercamiento y articulación entre la Medicina Tradicional y la Occidental(encuentro entre Agentes Tradicionales de Salud y Médicos Occidentales ect..)

AVANCE EN LA ATENCIÓN DE SALUD A LA POBLACIÓN.

Municipio:

- Distribución de personal Médico y de Enfermería en las Unidades de Salud.
- Red de Frío Instalada en algunos Puestos de salud.
- Radios de Comunicación, instalados en algunos Puestos de Salud
- Atención a grupos priorizados Embarazad, Madre – Niño.

Región:

- Fortalecimiento de las capacidades del Ministerio de Salud – RAAN.
- Acercamiento de la Medicina Tradicional – Medicina Occidental.

Hasta ahora, los pasos se han dirigidos fundamentalmente al Fortalecimiento de la capacidad del Ministerio de Salud – RAAN, y muy poco para el desarrollo de las prácticas de los Agentes Tradicionales de Salud.

La presencia de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de la Región, con concepciones muy propias del proceso salud enfermedad y la demanda que tienen de la medicina tradicional para la resolución de sus enfermedades, permite el funcionamiento e interacción de modelos de atención tradicionales, caseros y el occidental.

Por tanto, la **relación entre el MINSA y curanderos, médicos botánicos, parteras, brigadistas**, es de suma importancia en la implementación del Modelo de salud.

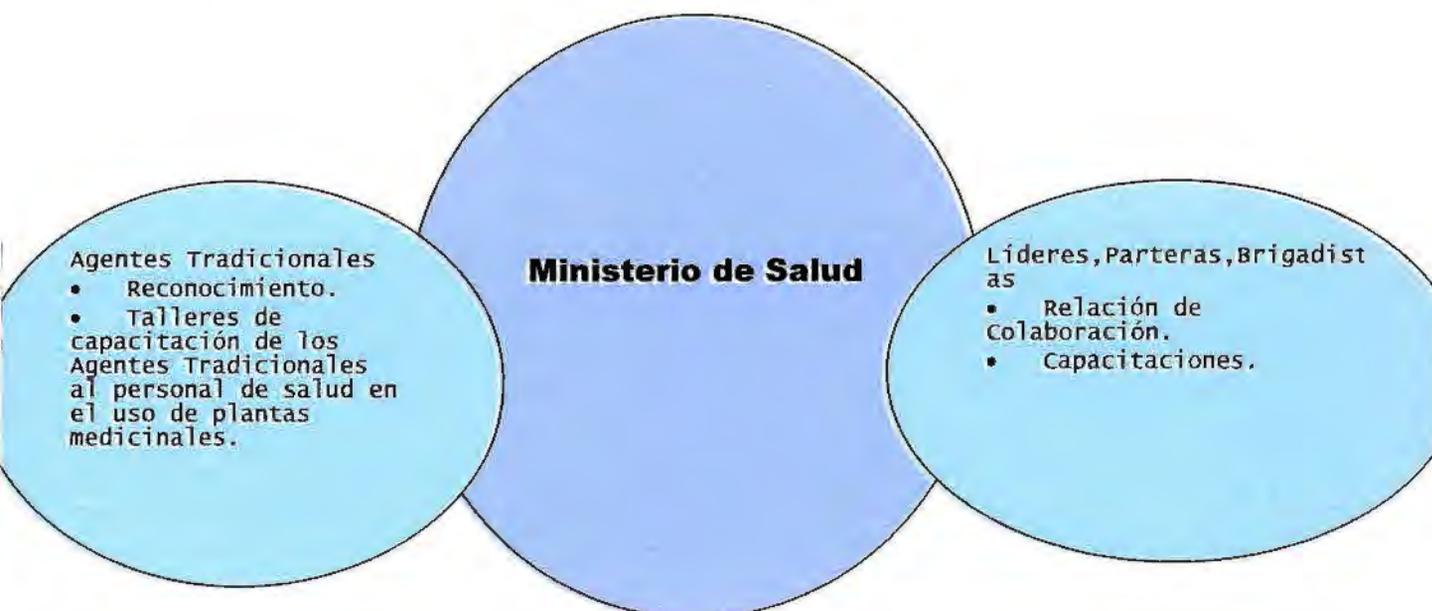
El Nivel Regional al ser abordado sobre dicho tema, refiere la necesidad de una relación mas de reconocimiento, es decir, que los médicos del Sistema entiendan estas practicas, las respeten e inclusive las reconozcan como una alternativa en las zonas mas alejadas del territorio, donde no hay acceso a medicamentos. Respuestas muy similares se dieron en el nivel local.

Quizás por ello se percibe una mayor relación entre el personal de salud, las parteras y brigadistas de salud que con los curanderos, especialmente en Siuna. Ya que la experiencia en la zona de Waspam y Puerto Cabezas son muy diferentes y puede apreciarse la relación del personal de salud con el agente tradicional de salud.

De una u otra manera se han visto avances en la prestación de servicios mediante la formación de redes comunitarias en donde interactúan los diferentes proveedores de servicios. Redes adecuados a las características de la región, aun cuando el MINSA no lo reconozca.

El IMTRADEC-URACCAN en el Nivel Regional, ha jugado un rol muy importante en la documentación de las enfermedades de filiación cultural y la promoción de encuentros entre médicos con prácticas occidentales y los médicos tradicionales.

INTERACCIÓN MINISTERIO DE SALUD – AGENTES TRADICIONALES – LIDERES, PARTERAS, BRIGADISTAS.



El **Modelo de Gestión**, otro de los componentes del Modelo de Salud, en su estructura debe ser: sencilla, clara, concordante con los lineamientos regionales, ser ágiles en sus gestiones, y fomentar la participación social. La organización de la instancia regional define los roles del nivel regional y municipal. (Consejo Regional Autónomo, Coordinación de gobierno Autónomo, MINSA central, Secretaría de salud, Comisión Regional de salud, SILAIS – RAAN, ect) así como las coordinaciones que se deben de dar entre los diferentes niveles.

La percepción del grado de **Implementación del Modelo de Gestión**, por el nivel municipal es que ha sido parcial, aduciendo que la misma depende mucho del avance de la Descentralización del Nivel Regional. Lo que permitiría a los municipios realizar sus propias gestiones, en función de ir mejorando la situación de Salud en el Municipio, quizás por ello las Autoridades Municipales y Diputados han gestionado ante el Ministro de Salud la apertura de un SILAIS en el sector Minero.

No obstante, algunos informantes consideran que se ha avanzado en la implementación del modelo en el Municipio, citando como ejemplo el manejo parcial de los fondos del FONMAT, ya que en el municipio se decide en que invertir. Así mismo valoran las gestiones con Organismos no gubernamentales y gubernamentales que apoyan actividades de salud en situaciones especiales. (Brotos, Jornadas de Vacunación, jornada de limpieza ect) y el hecho de tener una Comisión de Salud Municipal Funcionando.

En el nivel regional, los actores expresan entre las acciones que indican avances en la Implementación del Modelo de Gestión: La Comisión de Salud Regional con una presidencia, activa y conduciendo procesos, el Modelo de Salud de la RAAN como parte de la Ley General de Salud y su Reglamento, participación de los Actores Sociales en la Formulación del Plan Regional de Salud 2004 – 2015, conducción del proceso de Descentralización, conducción de Foros de Salud, Simposios, promoción e Intercambios entre Agentes Tradicionales de Salud y Comisión Regional de Salud, Coordinación de Gobierno del Consejo Autónomo, con Director de la Secretaría de Salud,

Por todo ello se puede decir que en general el Modelo de gestión se esta construyendo y que en todos los niveles se están desarrollando acciones que contribuirán a alcanzar lo que se ha propuesto.

Pasando ahora a **La Gestión Financiera**, tanto en el Nivel Local como Regional, la percepción de que es el componente del modelo donde menos se ha logrado avanzar, en el Nivel Local, solo el Personal de Salud del MINSA hace las programaciones, sin la participación de los actores sociales, mientras que en el Nivel Regional, el involucramiento de las Autoridades tanto de Gobierno como del Consejo Regional Autónomo se limita a la revisión de lo Presupuestado por el personal de salud del SILAIS.

Las programaciones elaboradas en el municipio, no son tomadas en cuenta ya que al final se les da los fondos que son destinados desde el Nivel Central, y regional del Ministerio de Salud. Sin embargo cuando la Unidad de Salud hace alguna recuperación de fondos, estos deben ser enviados al Nivel Regional donde son depositados en una cuenta y para su utilización posterior, la unidad deberá de justificar el gasto a realizar.

El MINSA municipal además de los fondos fiscales, recibe fondos dirigidos a acciones específicas de salud financiadas por OPS, Fundación DAMIAN, FONMAT, BID, y Fondo Social Suplementario. Algunas Unidades de Salud tienen convenios con empresas privadas y recuperan algún fondo.

La Alcaldía de Siuna no ha asignado ningún porcentaje de sus fondos que recuperan para las unidades de salud, sus aportes financieros son esporádicos, aunque un entrevistado afirma que anualmente destinan C\$ 20,000.00, que no entregan en efectivo, sino que en compra de boletos para traslado de pacientes a Managua, medicamentos, entre otros.

El Modelo de salud plantea una Planificación Estratégica orientada al **desarrollo de los recursos humanos**, en función del nuevo modelo de atención en salud, la comisión de salud regional y la secretaría de salud están dando pasos para la elaboración de una política de recursos humanos regional mediante la revisión y adaptación de la política de recursos humanos del MINSA central.

En la gestión propiamente dicha del desarrollo de los recursos humanos, se han realizado negociaciones con el MINSA central y Organismos no Gubernamentales, en función de fortalecer la capacidad del personal de salud, a través de postgrados en especialidades básicas, Maestrías en Salud Pública y Epidemiología, Diplomados y capacitaciones a la red comunitaria.



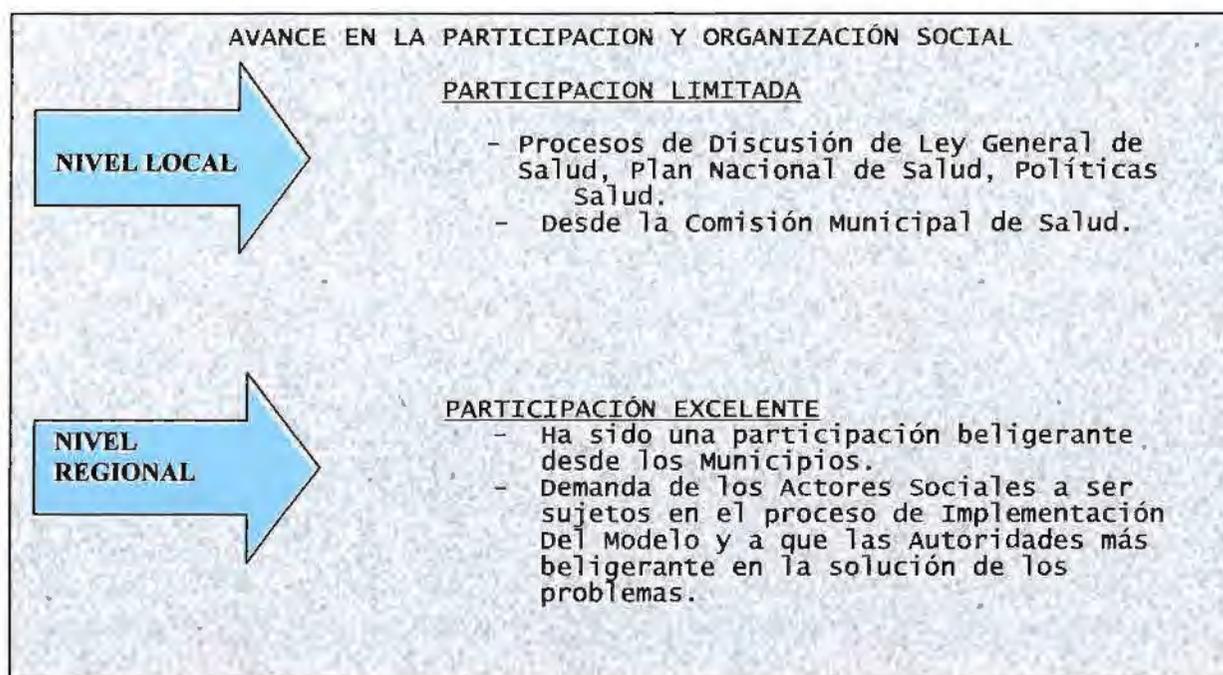
Para el desarrollo de la **participación y organización social** el Modelo de salud recomienda la promoción de modos efectivos de participación de la sociedad, desde la identificación de los problemas, hasta la elaboración y evaluación de planes de intervención.

En Siuna se considera que dicha participación es limitada y que se da fundamentalmente cuando los miembros de la Comisión de Salud Municipal se hacen presentes y aportan en las consultas locales y reuniones donde se abordan aspectos del Modelo de salud. Así como en la discusión de la Ley General de Salud, el Plan Nacional de Salud etc, Por tanto, será necesario mayor organización y participación activa y efectiva de la sociedad.

En el nivel regional, la misma participación es percibida como excelente, donde observan que hay una mayor organización social, con actores que demandan mayor beligerancia por parte de las autoridades regionales, en la solución de los problemas de salud, donde ellos-as pueden continuar siendo sujetos activos del proceso.

La divergencia de opinión entre el nivel local y regional, probablemente se deba a una retroalimentación insuficiente de las gestiones y logros de la estructura regional hacia la municipal así como a la necesidad de mayor apropiación y manejo del Modelo de Salud por el nivel local, especialmente de los roles que juegan cada uno.

Por lo tanto, los espacios creados para las Participación Social deberán ser más y mejor aprovechados en los dos Niveles, tanto por las Autoridades como por los Actores Sociales.



Un análisis objetivo del proceso de implementación del **Modelo de Salud de la RAAN**, a siete años de su aprobación nos obliga a revisar los **avances que se han tenido en las estrategias de implementación del Modelo.**

La primera estrategia era reiniciar el proceso de negociación con el MINSA Central para crear las condiciones jurídicas-legales, considerando el nivel regional que debido al proceso de diálogo permanente que se ha mantenido con MINSA Central, es que se logró incluir el Modelo de salud de la RAAN en la Ley General de Salud y su Reglamento, además que se logró instalar la Comisión Coordinadora del proceso de descentralización, lo cual beneficia no solo a la RAAN, sino que también a la RAAS.

De igual manera se ha logrado acordar con las autoridades del MINSA Central que todo proceso de implementación de políticas, programas, proyectos, normas y procedimientos debe ser consensuado con las Autoridades regionales, para evitar que estas se contradigan con los principios y estrategias de desarrollo del modelo de salud de la región.

Ahora, como en todo proceso, quedan tareas por cumplir en función de la descentralización de la administración de la salud. Sin embargo, ambos grupos de informantes (local y regional) consideran que la instauración de la Secretaría de Salud, la conformación y funcionamiento de la Comisión Regional y Municipal de Salud son acciones específicas importantes que garantizan una continuidad del proceso.

Por ello se convierte en un requisito, la definición de estrategias que permitan avanzar en el proceso de descentralización, tanto el Nivel Central como el Local. Siendo fundamental que se retomen las recomendaciones de los pilotajes que se han realizado en diferentes territorios de la región.

Lo que podría contribuir en un cambio de la percepción actual que tienen en el nivel local sobre el proceso de implementación del modelo, que ha sido lento y que aún con todos los avances en el nivel regional sienten que el Modelo no logra aún aterrizar en los Municipios.

La gestión para la formación del personal institucional y comunitario, como parte del proceso de desarrollo de los recursos humanos, ha sido continuo, tanto a nivel interno como externo de la región, con el propósito de poder administrar y conducir el proceso de desarrollo y fortalecimiento permanente del Modelo de Salud.

IX. CONCLUSIONES.

Después de haber pasado todo el proceso de contacto con los Informantes Claves, vivir en su entorno, recolectar información de una experiencia extraordinaria que viven los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas de la Región Autónoma del Atlántico Norte donde están avocados en las Construcción e Implementación de su Modelo de Salud que refleja cómo estos pobladores definen su propio Sistema de Salud, un Sistema que se aspira a que sea eficiente, equitativo, Intercultural, y posterior el Análisis de toda esta Información, es así que de acuerdo a nuestro punto de vista concluimos lo siguiente:

1. El Reconocimiento Jurídico – Legal de Modelo de Salud de la RAAN, permite reconocer el derecho que tiene los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas de la RAAN de construir un Modelo de Salud Intercultural.
2. Apertura del Ministerio de Salud de participar en la Implementación de Modelo de Salud. Por otro lado las negociaciones realizadas con el Ministerio de Salud hasta este momento son reconocidas como pasos fundamentales para continuar desarrollando en Modelo.
3. Se reconoce que en algunos componentes del Modelo ha avanzado más, que en otros, pero que estos avances son entre las Estructura del Ministerio de Salud del Nivel Central y las Autoridades Regionales.
4. El Modelo de Salud de la RAAN, a seis años de su aprobación, en el Nivel Local hay todavía desconocimiento de sus componentes y conceptos, principalmente de las Autoridades Municipales.
5. La implementación del Modelo hacia los territorios, no es un proceso planificado, teniendo como resultado la no apropiación de este, ya que es considerado por algunos Actores Sociales, que este beneficia aun territorio es especial.
6. Los avances en la Implementación del Modelo, que realizan las autoridades regionales, no son del conocimiento del nivel local.
7. Hay expectativa en el Nivel Local de cómo se hará la adecuación del Modelo al territorio.
8. En la Región se han dado avances fundamentales en cuanto a Participación Social, Interacción Ministerio de Salud, Medicina Tradicional – Natural.

X.- RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que el presente estudio expone es con el objetivo de contribuir a definir cómo en el Territorio de Siuna se Implementará el Modelo de Salud de la RAAN, partiendo de su propia dinámica y realidad.

A la Comisión Regional de Salud del Consejo Regional Autónomo de la Región Autónoma del Atlántico Norte, se le recomienda:

- Promover un plan de divulgación del Modelo de Salud de la RAAN y su Implementación dirigida a los territorios.
- Elaborar una agenda y cronograma de trabajo con el Municipio donde se dé inicio a otra etapa de la Implementación del Modelo: la adecuación y Seguimiento (Componentes) del Modelo de Salud de la RAAN.

A las Autoridades del Gobierno Municipal:

- Definir cómo y que componentes del Modelo de Salud de la RAAN serán adecuados al territorio.
- Que la Comisión Municipal de Salud, sea un espacio de participación donde converjan el mayor número de Actores Sociales del municipio.
- Asumir un papel más beligerante en la Comisión Municipal de salud para conducir apropiadamente el rol que les corresponde.
- Construir con la Actual Red de Salud comunitaria un Plan de Fortalecimiento, Funcionamiento y Seguimiento del trabajo en el marco del Modelo de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Cunningham Kain, Mirna
Etnia, cultura y salud: la experiencia de salud intercultural como herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua.
Guatemala, Abril 2002.
- 2.- Espinoza José R, Martínez Manuel, González Martha, Piura Julio, Pineda Alice
Salud Comunitaria: Conceptos, Métodos, Herramientas.
et al – 1ra Edición – Managua
Acción Médica Cristiana, 1999.
- 3.- Herrera, Héctor Áreas
Comunidad y su estudio
Madrid, España. 1995.
- 4.- Hernández Smpieri Roberto, Fernández Collado, Pilar Baptis Lucia.
Metodología de la Investigación.
2da. Edición, pág. 297
- 5- Nicaragua, Ministerio de Salud
Ley General de Salud y su Reglamento
Managua: MINSA/Asamblea Nacional
de la República de Nicaragua - 2003.
- 6- Oficina de Desarrollo de la Autonomía de la Costa Atlántica de Nicaragua
Estatuto de Autonomía de las Dos Regiones de la Costa Atlántica de
Nicaragua, y su Reglamento.
Puerto Cabezas, Bilwi - Octubre, 2003.
- 7- Organización Panamericana de la Salud
Análisis de las Organizaciones de Salud
Washington, D.C. - 1989.
- 8- Organización Mundial de la Salud
Salud Comunitaria: Manual de Epidemiología para Gestión de
Sistemas Locales de Salud, SILOS.
Editorial Pax, México - 1989.
- 9- Organización Panamericana de la Salud
Salud de los Pueblos Indígenas
Washington D,C. - 1993.
- 10 Organización Panamericana de la Salud
Desarrollo y Salud de los Pueblos Indígenas de Costa RICA
COSTA RICA, SAN JOSE - 2003.

- 11- Pineda, E.B, Alvarado L de, y Col.
Metodología de la Investigación
Washington, D.C.
1994.
- 12- Piura López Julio
Introducción a la Metodología de la Investigación Científica
Tercera Edición
Escuela de Salud Pública
Managua, 1995.
- 13- RAAN, Consejo Regional Autónomo.
Modelo de Salud de la RAAN.
Puerto Cabezas, Bilwi
Noviembre, 1996.
- 14- RAAN, Consejo Regional Autónomo
Reglamento General y Funciones de Consejos Municipales de Salud
Puerto Cabezas, Bilwi.
Noviembre, 1999.
- 15- RAAN, Consejo Regional Autónomo
Memoria de la Cuarta Sesión del Consejo Regional de Salud
Puerto Cabezas, Bilwi
Junio, 2000.
- 16- RAAN, Consejo Regional Autónomo
Memoria de la Sexta Sesión del Consejo Regional de Salud
Puerto Cabezas, Bilwi
Diciembre, 2002.
- 17- RAAN, Consejo Regional Autónomo
Memoria de la Octava Sesión de Consejo Regional de Salud.
Puerto Cabezas, Bilwi
Julio, 2003
- 18- Testa, Mario
Modelos de Salud
Centro Latino Americano de Administración Médica
Buenos Aires, Argentina.
- 19- Walt, Gill
Health Policy: An Introduction Process and Power
University Press. Po Wits
Johannesburg, South Africa - 1994.

ANEXOS

CUESTIONARIO

Dirigido a Informantes Claves.

Objetivo Específico 1.

d1.-Cómo cree usted que el marco legal del modelo de salud ha avanzado en el nivel regional y nacional.?

d1.- Podría decir en que leyes y ordenanzas se sustenta esta legalización.?

d2.- El modelo a tenido el respaldo de todos los concejales regionales y en especial los de Siuna.

d2.- Las autoridades municipales y concejales respaldan la implementación del modelo?

d2.- Como los concejales regionales y municipales se involucran en la implementación del modelo? Hay necesidad de mayor involucramiento? Cómo?

d3.- Considera usted que el actual modelo debe ser adecuado para implementarse en el municipio?

d3.-Que acciones concretas ha hecho el municipio para la adecuación del modelo a su propia realidad.?

Objetivo Específico 2.

d1.- Cómo cree usted que se ha avanzado en la organización administrativa del modelo, en la región y municipio? Cómo debería ser?

d2.- Que pasos se han dado para la reorganización de los servicios de salud.?

d2.- En Siuna, deben de ser reorganizados los servicios de salud? Cómo?

d3.- Cree usted que se han tomado medidas en las unidades de salud para mejorar la atención de salud a la población? Qué acciones se han hecho?

d3.-Hay intervenciones ejecutándose para este fin?

d4.-En cuanto al modelo de gestión, cree usted que se ha implementado?

d4.-Qué se ha hecho en Gestión, tanto en el municipio como en el nivel regional.?

d5.-Considera usted que hay mayor involucramiento para la planificación de los fondos en las unidades de salud?

d5.- Las unidades de salud tienen autonomía en cuanto a realizar acciones para suplir algunas necesidades que el fondo asignado no cubre?

d5.- La alcaldía asigna algún porcentaje para las unidades de salud?

d5.- Hay otras fuentes de fondos que le llega a la unidad de salud.?

d6.- Se ha definido alguna política de recursos humanos en la región y municipio?

d7.- Cual es el grado de participación que tienen los actores sociales en el proceso de implementación del modelo?

d7.- Cómo es la participación de estos actores sociales?

d7.- La participación social ha contribuido a enfrentar mejor los problemas de salud?

Objetivo Específico 3

d1.- Cuales acciones específicas podría mencionar usted que se han desarrollado en el municipio y en la región para la implementación del modelo?

d2.- Cómo podría usted describir lo que ha sido la Implementación del Modelo desde su aprobación hasta la actualidad?

Objetivo Específico 4

d1.- Podría describir cómo ha sido en esta etapa la relación entre el Ministerio de Salud y los curanderos, médicos botánicos etc.

d1.- Qué resultados se podrían mencionar de esta interacción.?

d2.-Podría describir cómo ha sido en esta etapa la relación entre el Ministerio de Salud y los líderes de salud, parteras, col-vol, brigadistas, promotores de salud.

d2.- Qué resultados se podrían mencionar de esta interacción entre la medicina comunitaria y el Ministerio de Salud.?

Objetivo Específico 5

d1.- Considera usted que se ha mejorado la cobertura de las unidades de salud? Porque?

d2.- Hay esfuerzos para mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de salud.

Matriz del Objetivo No. 1

o.	Preguntas	Informantes Claves Regionales	Informantes Claves Locales
1	<p>Cómo cree usted que el marco legal del modelo de salud ha avanzado en el nivel regional y nacional?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El nivel regional el Modelo de Salud fue aprobado sin mayores problemas, sin embargo en el nivel nacional solo se logró después de un proceso largo y de desgaste la inclusión del modelo de salud de la RAAN en la Ley General de Salud y su Reglamento. En general se puede apreciar un gran avance en lo que ha formulación se refiere, ahora nos hace falta hacer mayor uso de nuestros asideros legales para exigir el fortalecimiento y desarrollo del modelo. • En lo que más se ha avanzado es en el marco legal 	<ul style="list-style-type: none"> • Considero que ha avanzado ya que ha sido avalado por el Consejo Regional y Nacional. • Ha avanzado muy poco. • A nivel regional ha avanzado la divulgación del modelo y su marco legal. • Ha habido un gran avance. • Es uno de los aspectos con mayor avance, a través de diferentes leyes que se han aprobado a nivel nacional y regional. • Se ha avanzado pero no totalmente. • Hay interés para que esto se de, a avanzado. • Solo ha avanzado en el nivel regional, en el municipio esta iniciando sus primeros pasos. • Ha avanzado porque está avalado por el Consejo Regional Autónomo y a nivel nacional porque el modelo del MINSA como Rector de la salud lo ha tomado en cuenta. • Solo esta enterado a nivel regional.
	<p>Podría decir en que leyes y ordenanzas se sustenta esta legalización?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Modelo de Salud se sustenta en la Constitución de la República, la Ley de Autonomía y su reglamento, La resolución administrativa que diese el Consejo Autónomo cuando hizo ley el Modelo de salud para la RAAN, la Ley General de Salud y la Ley de Lenguas. • Constitución de la República, la Ley de Autonomía y su reglamento, Ley General de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • En la ley de Autonomía, el la Ley Genera de Salud. • Desconozco. • La Ley de Autonomía, Ley General de Salud. • Desconoce. • CNP, Ley Autonomía, Ley General de Salud. • No recuerda.(2) • Ley 28, Ley General de Salud, Ley 40. • No esta claro de eso. <p>Esta legalización se sustenta en la ley 28. de los Estatutos de Autonomia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desconozco.

<p>El modelo a tenido el respaldo de todos los concejales regionales y en especial los de Siuna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No sé hasta donde apoyan todos los concejales, sin embargo he apreciado la participación de muchos de ellos en los Consejos Regionales de Salud, aunque no necesariamente de Siuna. • Goza de reconocimiento por el consejo regional autónomo, por el trabajo que ha venido desarrollando la comisión regional de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Ha tenido respaldo pero no en su totalidad. • Me parece que han tenido muy poca participación, especialmente de las autoridades municipales. • Parece ser que Los concejales Municipales y Regionales desconocen el Modelo de atención en salud, ya que no se les observa involucrados en procesos de consulta y monitoreo. A nivel Local aseguramos que son pocos los involucrados en este proceso. • Hay muy poco respaldo. • El hecho que el modelo fue aprobado en el consejo regional, refleja el apoyo de los concejales regionales, en el nivel municipal hay una falta de respaldo. • Si hay respaldo al modelo • A nivel municipal ha sido poco • Si porque desde 1996 se trabajo y se aprobó, luego se apoyo en implementar el reglamento de las comisiones de salud, asiendo énfasis en el modelo. • En el municipio hay bastante respaldo de los concejales de las dos bancadas. • Aparentemente si, pero no se le ha tomado el debido interés para ponerlo en la práctica debidamente
<p>Las autoridades municipales y concejales respaldan la implementación del modelo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si respaldan la implementación del modelo, lo cual se expresa en el funcionamiento y desarrollo que ha alcanzado la comisión de salud municipal de Siuna, así como con la participación continua que han mostrado al menos dos concejales en los Consejos Regionales de Salud. • Institucionalmente es respaldado por todos, pero depende de las personas y situación en que se encuentren los municipios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las autoridades municipales y municipales respaldan la implementación del modelo pero no se exige su cumplimiento. • Los concejales regionales y municipales han tenido poco involucramiento por desconocimiento del modelo. Deben participar mas. • Solamente se observa el involucramiento a través de la comisión regional de salud con sus representantes y el gobierno regional con la participación de la secretaria de la salud. • Hay respaldo para la implementación del modelo. • No hay respaldo de hecho, la comisión de salud tiene un concejal asignado por el Alcalde para estar coordinando, la persona asiste a las reuniones, tiene voluntad pero no hay acciones concretas, solo hay apoyo político. • Si hay respaldo a través de la persona que representa a la Comisión Municipal de Salud. • Poco, puedo asegurar que no todos los concejales regionales y municipales conocen a profundidad el modelo quizás los que están involucrados en las comisiones de salud. • Al inicio apoyaron ahora se ven muy poco. • Si pero la participación esta limitada a la presencia de la señora que integra la Comisión. • Manejan que hay un modelo de salud en la RAAN pero no ha sido respaldado por la mayoría algunos lo hacen de manera coyuntural

<p>Como los concejales regionales y municipales se involucran en la implementación del modelo? Hay necesidad de mayor involucramiento? Cómo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Considero que el Alcalde podría involucrarse mas para que pueda priorizar los fondos que debe asignar a salud de acuerdo al modelo y además podrían avanzar mas si asume su responsabilidad como máxima autoridad en salud del nivel local, siendo la mejor forma de involucramiento, su presencia en las reuniones municipales y regionales de salud. También apropiándose del Modelo para dar respuestas viables a las necesidades de salud de su municipio, ya que aprecio su intensión expresa de crear una delegación de salud en Siuna para las tres minas y eso no necesariamente vendrá a solucionar los problemas de mortalidad materna e infantil sino mas bien las podría agudizar, ya que tendría un territorio mucho mayor al actual por el cual responder sin necesariamente contar con los recursos. • Se han involucrado, pero es necesario que realicen acciones concretas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Han participado en la divulgación del modelo pero considero que hay necesidad de mayor involucramiento como: Divulgación, Darle Seguimiento, Exigir Cumplimiento. • Los concejales regionales, municipales han tenido poco involucramiento desde el momento de su implementación, si hay necesidad de mayor involucramiento. Todas las autoridades municipales deben conocer el modelo e insertarse para su ejecución. • Claramente se evidencia la necesidad del involucramiento de todas las autoridades regionales y municipales sobre todo de los concejales para realizar las respectiva consultas a todos los actores sociales y en especial a la población de la región Atlántica Norte para detectar las necesidades más sentidas de estas y poder dar respuestas concretas y oportunas a través del modelo salud que corresponda. • Claro que es necesario mayor involucramiento. • Fundamentalmente el involucramiento parte de no oponerse a la implementación del modelo. • Participando en las diferentes actividades y programas de salud. • Al inicio apoyaron, pero ahora muy poco se ve. • Es necesario que los concejales regionales y municipales conozcan el modelo de Salud y desarrollen acciones por el municipio coordinadas con la sociedad civil, se divulgue el modelo por la radio, televisión para apropiarse de este conjunto de políticas publicas regionales. <p>La capacitación sobre el modelo es una acción importante pues cada 4 años hay cambios de autoridades y deben conocerlo para apropiarse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los concejales de las dos bancadas apoyaron al inicio el modelo, ahora casi no los miro. Del nivel regional desconozco. • Los concejales regionales y municipales se han involucrado solamente los que presiden la Comisión de Salud en ambos niveles.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Considera usted que el actual modelo debe ser adecuado para implementarse en el municipio?

- Por supuesto, no debemos olvidar que el modelo de salud es algo ideal, y la realidad actual es otra, esto quiere decir que tenemos que ir trabajando en función de nuestro ideal pero sin perder de vista que es lo que realmente podemos hacer con los recursos y el contexto actual. Yo creo que el modelo es una herramienta valiosa que tenemos y que los municipios deben aprender a usarla en función de su desarrollo. Además ella está viva es algo dinámico, por tanto debemos estar revisando su nivel de desarrollo de manera periódica.
 - Sí, cada municipio debe de adecuarlo a sus necesidades, no encajonarlo.
- Considero que el actual modelo de Salud debe ser revisado para adecuarlo de acuerdo a la realidad y necesidad del Municipio ya que los problemas de salud de este municipio defieren en relación a los otros Municipios.
 - Debe hacerse una revisión del modelo a nivel municipal para ver si necesita adecuación o no.
 - Claro que si, debe realizarse una revisión del mismo para adecuarse a la realidad del municipio e intervenir con eficacia y eficiencia ya que los problemas de salud de este municipio son diferentes a otros dentro de la misma región por tal razón las soluciones serán distintas y un aspecto muy importante a considerarse es la descentralización dentro de la misma región inclusive.
 - Claro que es necesario realizar adecuaciones. Importante la descentralización de Puerto para que las autoridades se interesen en realizar gestiones y trabajar para que la Comisión de Salud en Siuna gestione tener un SILAIS.
 - Si, si realmente queremos que el Modelo de Salud de la Región sea verdaderamente la respuesta para mejorar los servicios de salud es imperante que cada municipio lo adecue a su realidad y necesidades.
 - Si porque cada municipio tiene un sistema diferente. Debemos adecuarnos a la demanda que hay en el Municipio.
 - Si, es muy importante porque cada municipio tiene una realidad diferente.
 - El modelo debe adecuarse alas particularidades de los Municipios por ejemplo hay actividades de salud mas acentuadas en Waspam, Puerto Cabezas en cuanto a Sukias, en Siuna hay un desprecio a estas personas, y no se cree, se ha centralizado el Instituto de Medicina Tradicional en Puerto Cabezas debe trascender hacia los territorios del triangulo minero.
 - Si, porque es necesario definir la forma de trabajo con las distintas etnias.
 - Considero que el modelo está adecuado de acuerdo a las características propias de la región, ahora se debe adecuar de acuerdo a las características del Municipio.

Que acciones concretas ha hecho el municipio para la adecuación del modelo a su propia realidad?

- **Modelo de Atención:**

He visto la construcción y organización de su unidad de referencia en la cabecera, el desarrollo de algunos de sus puestos de salud sobre las vías principales sin tener un funcionamiento con sub-sedes, la construcción y puesta en marcha de su casa materna.

- **Modelo de Gestión:**

El funcionamiento de la comisión de salud con una presidencia que no necesariamente era el Alcalde. Ahora estas cosas no necesariamente se han hecho de manera conciente, ya que desconozco hasta donde han revisado el modelo de salud para irlo adecuando a su realidad.

- En Rosita se cuenta con una comisión de salud con amplia participación ciudadanía. En Bonanza se ha avanzado en el modelo de salud mayangna, en Siuna contamos con una comisión sólida, pero con poca integración del alcalde, en Waspan hemos avanzado poco.

- Lo único que ha hecho el Municipio es participar en la consulta del Modelo pero no se ha hecho nada por su implementación y adecuación en el Municipio.

- Desconozco acciones porque se elaboró a nivel Regional con muy poca participación Municipal.

- Se realizó una actividad de consulta con la representación del Gobierno Regional y las autoridades locales hace algunos meses, pero como ministerio de salud no se ha realizado una revisión del mismo por consiguiente no se ha trabajado una propuesta de adecuación.

- No se ha adecuado.

- No se han dado pasos y acciones en pro. Solo tenemos conciencia plena de adecuarlo pero no se ha iniciado esta etapa ya que esto debe partir del Municipio y no como iniciativa Regional.

- No nos hemos reunido para realizar este trabajo.

- Conozco, que las reuniones de discusión sobre los formatos para mirarlos con la Comisión Municipal de Salud han corregido cosas que hacia falta a los formatos.

- Acciones Realizadas:

En el 2000: se estudio el Modelo

En los Planes Municipales de Salud se han incorporado líneas del Modelo, sin embargo, no se evalúa y monitorea.

Las organizaciones de la sociedad civil han fortalecido el trabajo de implementar proyectos de Medicina Natural a partir de la aprobación del Modelo, sin embargo, hace falta mayor promoción.

- Se ha mejorado la atención al saneamiento ambiental en área urbana. Platicando con algunos líderes me han contado que ha mejorado la atención en los Puestos de Salud. Desde el trato, atención a mayor número de pacientes, y si no hay medicina en el puesto le orientan donde comprarla a bajo costo, esto también lo vemos en Siuna.

- Deben responder al principio de la reciprocidad, es decir, que la salud es responsabilidad e la sociedad civil.

- Conformada La Comisión Municipal de Salud.

- El trabajo con la Red de Salud: Parteras, Líderes de Salud, Brigadistas.

- Coordinaciones intersectoriales

Matriz del Objetivo No. 2

No.	Pregunta	Informantes Claves Regionales	Informantes Claves Locales
2	Cómo cree usted que se ha avanzado en la organización administrativa del modelo, en la región y municipio? Cómo debería ser?	<ul style="list-style-type: none"> • Sólo en el nivel regional, donde ya funciona la comisión de Salud del CRA, la Secretaría de Salud y la Comisión Regional de Salud, pero lo demás no está funcionando. • Desde hace dos años con el MINSA ha habido mayor apertura, el avance es lento pero nos estamos asegurando cometer lo menos errores que podamos. Necesitamos sí acelerar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se trabajó, años atrás en el Plan de Extensión de Cobertura. En el Centro de Salud con Camas se implementaron 3 clínicas de atención con el objetivo de brindar una atención de manera integral, La falta de recursos humanos Material y equipos fueron entre otras cosas que se llegó a la necesidad no poder seguir con esta modalidad, además que la alta rotación de los recursos humanos para poder cubrir las clínicas, genero malestar en los usuarios quejándose de que no tenían privacidad. • En el municipio las autoridades han venido trabajando en los Planes Operativos Anuales, acordes a las necesidades de las comunidades, con la participación de los agentes comunitarios. Por otro lado hay necesidad de dotar de más recursos humanos a las unidades de salud y Ampliar algunos puestos de salud. • La organización administrativa ha avanzado lentamente en todos los niveles, el gobierno regional a través de la Comisión Regional de Salud y la Secretaría de Salud en coordinación con el Ministerio de Salud son los órganos administrativos, pero se necesita mayor participación de los Gobiernos Municipales en las Administración de las Salud en su territorio, actualmente la responsabilidad cae solo en el ministerio de salud. A través del Ministerio de Salud y otras organizaciones se realizan actividades de organización comunitaria conformando las comisiones comarcales de salud. • Se ha avanzado, no como quisiéramos pero se ha avanzado. Es necesario realizar más capacitaciones a brigadistas, parteras y comisiones de salud de las comunidades, con temas de salud pero también divulgando el modelo de salud. • A nivel regional es donde más se ha avanzado, en el municipio muy poco. Lo que se ha realizado son reuniones de análisis para ver los ajustes de acuerdo a las necesidades del municipio. Hay que hacer mayor visita al terreno para ver los avances y agilizar un poco más. • Ha habido reuniones de discusión, se ha revisado las funciones de la comisión municipal de salud, para adecuarlas al municipio. • Se han realizado reuniones en Siuna y Puerto Cabezas, para impulsar el modelo.

<p>cont..... cómo cree usted que se ha avanzado en la organización administrativa del modelo, en la región y municipio? Cómo debería ser?</p>		<ul style="list-style-type: none"> • A nivel regional se ha fortalecido la gestión y apropiación del modelo, se cuenta con un Plan de Acción de salud, Una Comisión Regional de Salud funcionando, una comisión de descentralización de la Salud. A nivel Municipal hay una Comisión Municipal de Salud que se reúne trimestralmente, las acciones se realizan desde cada institución organización y organismo, luego se informa. • No maneja mucho este aspecto. • Se ha avanzado porque se crearon instancias municipales de salud, que deberán ser más autónomos de acuerdo a las particularidades de cada municipio.
<p>Que pasos se han dado para la reorganización de los servicios de salud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A nivel de los municipios de Puerto Cabezas, Waspam, Rosita, Bonanza y Prinzapolka se han definido los núcleos y sub-sedes a desarrollar, y algunos como Santa Martha, Alamikamban, Sahsa, Musawas, Andres. San Carlos y Bilwaskarma han estado luchando por desarrollarse. Se ha tratado de mantener actualizado los listados del personal voluntario. Se ha iniciado el trabajo de los Grupos Integrales de Salud en los municipios pero con una dependencia exclusiva de fondos extrapresupuestarios. En las cabeceras municipales de Waspam, Bonanza y Siuna, se ha reemplazado los Centros de Atención y se ha incrementado el nivel de Resolución en Bonanza y Siuna, para que estos puedan ir complementando la atención que reciben las personas en los puestos de salud o por el personal voluntario. Rosita y Puerto Cabezas en proceso de Ejecución así como el Hospital de Bilwi. El Hospital de Bilwi aún muy distante de funcionar como un verdadero centro de Referencia Regional. Mientras que el de Siuna le hace falta completar el personal médico especialista para servir de referencia del sector minero. Queda pendiente la reclasificación de las unidades de referencia en la nueva tipificación de unidades que realiza el MINSA. • La discusión de plantilla de RRHH, política de RRHH de la región ect. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se dieron pasos en adecuar ambientes de atención, asignación de recursos humanos a clínicas de atención integral y equipamiento a cada ambiente. Fue un modelo de servicio que mejoraba la atención pero la unidad de salud tiene muy poco recursos humanos, materiales, por lo que se volvió a la forma de atención por programas. • Se ha trabajado en el clima organizacional; sensibilización al personal para mejorar la atención; Instalación de un buzón de quejas; Realización de encuestas de satisfacción del usuario; evaluación de desempeño del personal; Aplicación de normas y reglamentos de la institución. • Solamente en la etapa de consulta a nivel regional. • En el municipio en años anteriores, se hizo un esfuerzo de implementar un modelo de atención integra, a través del proyecto de Fortalecimiento ejecutado por la Unión Europea pero por falta de suficiente recursos humanos, materiales y de infraestructura, no permitió su establecimiento, volviéndose a la atención por programas. • No maneja. • Se ha avanzado en las diferentes problemáticas para resolver las necesidades de salud. • Se han capacitados a los líderes en manejo de botiquines, realizado visitas a las comunidades. • La reorganización de los servicios de salud se ha trabajado en el nivel municipal y discutido a nivel regional. • Se ha tratado de fortalecer las comisiones de salud en las comunidades a través de las cuales de les da seguimiento a las unidades de salud para que haya mejor atención. • Los pasos para la reorganización de los servicios de salud han sido: Se ha ampliado la participación social, se trabaja con la red de salud, se han creado puestos de salud accesibles a la población rural, se práctica la medicina natural, en el centro de salud la atención al binomio madre-niño es integral, se hace énfasis en la prevención y control de enfermedades.

<p>En Siuna, deben de ser reorganizados los servicios de salud? Cómo?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el caso de Siuna hace falta retomar el Plan de Cobertura que prepararon y actualizarlo haciendo una proyección de al menos 10 años, ya que en dicho plan aparece claramente como creen las personas del municipio que deben ser reorganizados los Servicios de Salud. • Sí, de acuerdo a sus necesidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Considero que deben ser reorganizados la atención integral con la adecuación de los ambientes; Asignación de recursos médicos y de enfermería para brindar atención integral.(2) • Sí, en las unidades de salud deben realizar la reclasificación de la unidad de salud, dirigir la atención integral a todos los programas y unidades de salud. • Si hay necesidad de la reorganización de los servicios. Ya hay condiciones para que se implemente una atención integral a la familia, en ambientes adecuados. Por otro lado en todos los Puestos de salud debe de dotarse de personal médico, para lograr mayor resolución de las dolencias del usuario. • Si es necesario realizar cambios en la prestación de los servicios, ya que la mayoría de las veces hay mala atención a las personas. • Sí. A través de reuniones, analizar el problema y buscar soluciones que mejoren el servicio. • Si, el personal de salud debería tener mayor capacidad, mejores relaciones humanas para mejorar la atención en salud. • Se han mejorado los servicios de salud especialmente en maternidad y en atención integral al niño. • Tal vez no reorganizarlos por completo, sino mejorar un poco lo que hay hasta el momento, teniendo un médico, un enfermero o un líder en el puesto de salud. • Si, para que haya una mejor organización, tomar en cuenta o apropiarse de recursos humanos calificados. Además es necesario que el modelo se desarrolle hacia la autosostenibilidad.
<p>Cree usted que se han tomado medidas en las unidades de salud para mejorar la atención de salud a la población? Qué acciones se han hecho?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creo que apenas se han dado pequeños pasos y sobre todo al fortalecimiento de la capacidad del MINSA y otro poco en el involucramiento de las personas cuando miden la satisfacción de los usuarios en las encuestas que aplican algunas unidades como parte del programa de calidad nacional que impulsa el MINSA. Se ha hecho poco por ir desarrollando las prácticas de los agentes tradicionales de salud así como la tecnología adecuada para la región. Por tanto se puede decir que la forma en que están organizadas y administradas las unidades de salud no permiten un acceso a toda la gente y tampoco el enfoque de la atención es a la familia, ni se priorizan algunos grupos vulnerables. • Sí algunas, muy institucionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se han asignado recursos médicos y de enfermería para los diferentes programas. De los 14 puestos de salud 6 tienen personal médico y enfermeras. Instalación de la red de frío en 5 puestos de salud. Instalación de Radios de Comunicación en 4 puestos de salud. Se ha estratificado a las comunidades. Se ha ampliado la cobertura a través de FONMAT y APS(por 1 año). Se ha abastecido de insumos médicos para grupos priorizados. • Fortalecimiento a la Infraestructura. • Realización de planes de mejoría de la calidad de la atención, implementación de guías de monitoreo, realización de encuestas de satisfacción al usuario, revisión periódica de estándares de calidad.

<p>Cont. Cree usted que se han tomado medidas en las unidades de salud para mejorar la atención de salud a la población? Qué acciones se han hecho?</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Creo que no se han tomado medidas para el mejoramiento; las unidades de salud consideran que con mayor abastecimiento material es mejorar la atención, pero se observa que el personal de salud no brinda una atención con calidez y calidad, todavía hay quejas de maltrato al usuario. En la línea de atender a grupos priorizados(Embarazada – menor 5 año) de la población ha habido intervenciones como APS (por un año) que atendieron alrededor de 16 comunidades, y actualmente el FONMAT. • Muy poco. • Si, cuando nos enteramos que hay problemas nos comunicamos con los delegados y de esta forma mejora el sistema. • Muy poco. • No conozco mucho. • No he visto, que se hayan tomado medidas. • Si, se han tomado medidas.
<p>Hay intervenciones ejecutándose para este fin?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones como tal, considero el trabajo que ha venido desarrollando la URACCAN a través del IMTRADEC con los agentes tradicionales de salud y el programa de calidad del MINSA. Otros tendrán que desarrollarse, siguiendo los lineamientos estratégicos del Plan Regional de Salud. • Si el trabajo que se hace con la red comunitaria en salud, con los agentes tradicionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • El Fondo para una Maternidad e Infancia Segura. Equipamiento y rehabilitación del Centro y Puesto de Salud. Capacitación periódica del personal de salud. • Extracción Dental; FONMAT; APS. • En el municipio se realizaron inversiones en infraestructura, equipo médico y no médico, capacitación a los recursos de salud, • Para la extensión de cobertura esta FONMAT y la estrategia de Casas maternas. • Desconozco. • No tengo conocimiento. • Unos proyectos dirigidos a la madre y el niño. • He visto mayor gestión por parte de los actores sociales y se trabaja en conjunto con la comisión municipal de salud. • Si. • Si

En cuanto al modelo de gestión, cree usted que se ha implementado?

- A nivel del Consejo Regional Autónomo y la Coordinación de Gobierno (Secretaría de Salud) considero que sí. Pero de allí hacia los municipios y comunidades o comarcas todavía no, aunque hay niveles de desarrollo diferente en los municipios. Por ejemplo la Alcaldía de Puerto, ha estado tratando de asumir su rol de responsable de la salud.
- Sí, pero más en el nivel regional, en los municipios todavía no se han dado pasos concretos.

- Se ha implementado a través de las intervenciones de FONMAT y APS, Promoción de casas maternas.
- Se ha implementado a través de proyectos se ha logrado equipamiento a las unidades de salud, mejoras en infraestructura, ect.
- No se ha implementado aun en su totalidad. Porque no hay una verdadera descentralización que permita a las unidades de salud realizar las respectivas gestiones que ayuden a solucionar los problemas existentes en las unidades.
- Si se ha implementado
- Los avances que se han dado parten del nivel regional.
- Si.
- Si, se esta implementando.
- Desconozco.
- Lo que he visto en gestión es cuando vino el ministro de salud se solicito mas recursos humanos especializados y elevar a categoría de hospital al centro de salud de Siuna.
- Si se han implementado algunas acciones, pero no en su totalidad, de acuerdo al modelo en si.

Qué se ha hecho en Gestión, tanto en el municipio como en el nivel regional?

- Nivel Regional
 - ❖ Comisión de Salud del CRA con Presidencia funcionando, conduciendo diferentes procesos:
 - ❖ Introducción del Modelo de Salud en la Ley General de Salud y Su Reglamento
 - ❖ Formulación Participativa de lineamientos estratégicos de Salud de la RAAN
 - ❖ Formulación Participativa del Plan Regional de Salud 2004-2015
 - ❖ Conducción del proceso de descentralización de la salud a la región en conjunto con la RAAS.
 - ❖ Gestión de proyectos de fortalecimiento y desarrollo del Modelo de Salud: Desarrollo Modelo de Atención.
 - ❖ Gestión de proyectos de atención a principales problemas de salud de la región.
 - ❖ Gestión de recursos para asegurar procesos participativos.
 - ❖ Conducción de Foros de Salud: Salud Comunitaria, Autonomía y Descentralización de la Salud
 - ❖ Dos Simposios de VIH
 - ❖ Promoción e Intercambios entre Agentes Tradicionales de Salud y
 - ❖ Comisión Regional de Salud que se reúne al menos dos veces por año, con 8 asambleas realizadas hasta ahora.
 - ❖ Coordinación de Gobierno con Director de la Secretaría de Salud que aún no administra la salud en la región.
- Nivel Municipal
 - ❖ Comisiones municipales están conformadas y funcionando.
 - ❖ Algunos territorios como Santa Martha, Alamilkamban, Sahsa, Musawas ya han estado desarrollando comisiones a nivel comunitario/territorial
 - ❖ (Sub-sedes).
- En el municipio se esta haciendo a través del FONMAT, a través de la asignación de fondo para ser ejecutado en la unidad de salud de acuerdo al Plan Operativo anual. El presupuesto para compra de medicamentos esta centralizado.
 - Se ha logrado la implementación en el Municipio la estrategia FONMAT; Proyecto de Fortalecimiento con la UE, La asignación al municipio de GINECOBONOS; la estrategia de casa maternas, capacitación a recursos humanos.
 - A nivel local sean realizado gestiones con organismos no gubernamentales e instituciones para resolver algunos problemas presentados, solicitando a demás apoyo para algunas actividades específicas como jornadas de salud, jornadas de limpieza, traslado de pacientes ect..
 - A nivel regional se han gestionado más número de plazas para las unidades de salud, becas para especialización de médicos, maestrías para médicos y enfermeras, financiamiento para la implementación del modelo, creación de una comisión técnica para la descentralización de la salud ect.
 - Tengo conocimiento que se han gestionados becas.
 - A nivel municipal, gestión a través de la alcaldía y diputados para apertura de un nuevo SILAIS, para dar mejor cobertura a nivel del triangulo minero.
 - No manejo lo que se ha hecho en el modelo de gestión.
 - Si, pero muy poco.
 - No conozco, que se esta haciendo.
 - En el nivel regional se ha conducido una política sanitaria que promueve el respeto a la diversidad biosocial con amplia participación; se han facilitado procesos de concertación y compromisos entre diversos actores de los municipios y comunidades promoviendo la paz, la solidaridad y el desarrollo económico de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, ha habido seguimiento para el cumplimiento de las responsabilidades que tiene el gobierno central, regional y municipal a través de resoluciones, convenios, disposiciones; el rescate y desarrollo de la medicina tradicional; creación de la comisión regional de salud.
- En el Municipio, se tiene una estructura que permite delimitar responsabilidades y atribuciones; se ha fomentado la participación social.

<p>Cont.. Qué se ha hecho en Gestión, tanto en el municipio como en el nivel regional?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de las comisiones de salud en diferentes niveles, la creación de la secretaria de la salud, el nombramiento del secretario de salud, ect. 	
<p>Considera usted que hay mayor involucramiento para la planificación de los fondos en las unidades de salud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el Nivel Regional se que hay un nivel de involucramiento pero hace falta más. No es bueno que el Consejo y Gobierno solo revisen lo que ya se ha preparado por el MINSA, sino mas bien hay que asegurar su presencia durante todo el proceso. En los niveles municipales y comunitarios esta participación es aún mas limitada. • Todavía hay necesidad de mayor involucramiento, especialmente de las autoridades regionales y municipales. 	<ul style="list-style-type: none"> • En la unidad de salud cada año se realiza programación y presupuestación de acuerdo a las prioridades , donde participan los responsables de programas y subdirecciones. No se recibe lo que se ha programado. • Si ha habido mayor involucramiento en la planificación, pero los niveles superiores siguen asignando lo mismo. • No porque la planificación sólo la esta realizando el ministerio de salud sin la participación de las autoridades municipales, representantes de la sociedad civil y comisión de salud. • Es una Participación limitado donde sólo están involucrados el personal de salud. • No • Poco, porque solo se conocen los fondos que se utilizaran para la construcción de las unidades de salud. • No hay Involucramiento. • Considero que no se ha informado sobre este avance, solamente conocimos en una reunión que había sub ejecución. • En los puestos de salud es que he visto recaudar ayuda económica, y que este fondo es utilizado para venir a buscar los medicamentos y para el traslado de pacientes. • Se involucran más, pero planifican ajustadamente.
<p>Las unidades de salud tienen autonomía en cuanto ha realizar acciones para suplir algunas necesidades que el fondo asignado no cubre?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos tienen convenios firmados con empresas privadas: Bonanza con la empresa minera, Rosita con la empresa minera y la de madera. • No. 	<ul style="list-style-type: none"> • En la unidad de salud se realiza recuperación económica, pero el dinero que se recupera debe ser enviado al SILAIS y ellos lo depositan a una cuenta. Se puede hacer uso de ese dinero 23 días después, de acuerdo a las necesidades de la unidad. • No • No, todo esta centralizado. • No. Todavía esta centralizado. • No. • Desconozco. • Tienen poca autonomía. • No hay autonomía, todo lo tienen que consultar. • Desconozco • Considero que no, porque el fondo que les asignan es poco.

<p>La alcaldía asigna algún porcentaje para las unidades de salud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Las Alcaldías deberían invertir un 10% de sus ingresos en salud, pero no se conoce a ciencia cierta. La Alcaldía de Puerto Cabezas ha estado informando de sus inversiones en salud de manera directa durante las reuniones de planificación o en las Asambleas Regionales de Salud, pero algún informe escrito que se pase al Consejo o a la Secretaría de Salud desconozco. Las Alcaldías apoyan a veces a regañadientes con boletos aéreos para pacientes graves, medicamentos, pero también algunos dan sin pesar a las Casas Maternas e invierten en Agua y Saneamiento, así que a lo mejor lo que falta es documentar y que se inicie un proceso de información sistemática que permita visualizar los aportes reales que hacen. Sólo en el municipio de Puerto Cabezas. 	<ul style="list-style-type: none"> A Los puestos de salud construidos por el FISE la alcaldía asigna un porcentaje para reparaciones menores. No tienen asignado un monto en específico, en algunas ocasiones ayudan en combustible, transporte. No, las alcaldías no asignan ningún porcentaje, aunque el modelo de salud propone que debe ser el 10% del presupuesto de esta para el área de salud. No asignan un porcentaje. Cuando las unidades de salud son construidas por el FISE la alcaldía asigna un fondo para reparaciones menores: Por otro lado pueden ayudar en algunas ocasiones en traslado de pacientes, combustible ect. Las Alcaldías dan poco apoyo. Directamente para unidades las unidades de salud no, anualmente se asignan C\$ 100.00 para ayudas sociales para traslado de pacientes, compra de medicamento. No asigna un porcentaje. La alcaldía asigna un fondo de donación para salud, aproximadamente C\$ 20,000.00 al año y es centralizado en la administración de esta. No tengo conocimiento. Según el modelo deben de dar el 100% pero, desconozco si lo hacen.
<p>Hay otras fuentes de fondos que le llega a la unidad de salud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Todas las unidades de salud sobreviven con los fondos extra presupuesto que les llega, ya sea del PMSS, OPS, Fondo Social Suplementario, BID, de algunas ONG extranjeras. Sí de algunos proyectos. 	<ul style="list-style-type: none"> Si, Fondos de la fundación DAMIAN (apoya el programa de Leishmaniasis); Fondo Mundial (apoya programas de VIH-SIDA, Malaria y TB); Fondo de OPS (apoya la vacunación), todos estos fondos llegan a la unidad a través del SILAIS. No Después del fondo fiscal se recibe financiamiento del mismo ministerio de salud a través del programa FONMAT, recaudación por venta de servicios (permisos sanitarios, certificados de salud, servicios odontológicos y otros). Reciben fondo a través de FONMAT y algunas recuperaciones por venta de servicios(certificados de salud, servicios odontológicos ect..) Desconozco. No, hay. Desconozco, porque no informan de esto. Desconozco. No se, ya que no se informa. Sí, proyectos.

Se ha definido alguna política de recursos humanos en la región y municipio?	<ul style="list-style-type: none"> • Una Política de RRHH expresa, escrita y aprobada de la región, pues no. Aunque tengo conocimiento de la formulación de un plan de desarrollo de los RRHH de la RAAN y también existe una Política de RRHH del MINSA que bien podría ser adecuado a la región. • Se quiso iniciar en elaborar la política de Recursos humanos de la región, no se ha avanzado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todavía no se ha definido una política de recursos humanos en la región ni municipio. • No • Si, contemplado en el modelo de salud y en las programaciones de las necesidades de salud. • No en su totalidad, sólo lo que se plantea en el Modelo de Salud. • No • No existe una política, pero sí demandas. • No • Se han promovido maestrías, postgrados para médicos, enfermeras esto fortalece la capacidad de los recursos humanos. • Solo se que viene personal de Managua y se les asigna a un puesto de salud. • No tengo conocimiento.
Cual es el grado de participación que tienen los actores sociales en el proceso de implementación del modelo?	<ul style="list-style-type: none"> • Creo que el aspecto que mejor se ha desarrollado del modelo hasta ahora es el de la participación de los diferentes actores de la sociedad costeña, que ha sido muy buena y muy beligerante. • Hay un grado muy bueno de participación hasta el nivel municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Considero que es bastante pasiva en el municipio, no así en el nivel regional. • Es muy poca la participación que tienen. • Casi nula, solamente algunos organismos no gubernamentales han participado en el proceso de consulta e implementación. • La participación limitada, • Poca Participación. • La participación limitada. • Si hay participación cuando bajan orientaciones y a través de de la integración en la comisión municipal de salud. • Muy poca... • Ha habido participación en la discusión del modelo , pero no he sido involucrado en su implementación. • Es mínima,
Cómo es la participación de estos actores sociales?	<ul style="list-style-type: none"> • Creo que es algo que puede apreciarse en los niveles de exigencia que van teniendo en los consejos regionales de salud, donde ya no quieren llegar solo a escuchar o medio decir sus problemas sino que quieren hacer aportes mas sustanciosos a la salud y creo que es algo que el consejo y gobierno regional debería de capitalizar. Sin embargo, es un espacio tan rico que debería de ser aprovechado mas y mejor. • Se han integrado a todas las discusiones del diseño del modelo. 	<ul style="list-style-type: none"> • La participación ha sido más de consulta en el nivel municipal. • Solo en reuniones. • Es poca. • Hay involucramiento en las reuniones regionales donde se discuten situaciones de cómo se avanza en la descentralización y/o algunos problemas urgentes de salud a resolver, también en la discusiones de la Ley General de Salud, Plan Nacional de Salud, Políticas de Salud, Plan Regional de Salud, esto a través de la Comisión Municipal de Salud. • Es una participación poca. • Se da a través de la comisión de salud, nos coordinamos para mejorar el sistema de salud, para poder dar cobertura a las demandas. • Limitada a participar en la comisión municipal de salud. • Es buena. • Sólo en a través de la comisión de salud. • Únicamente a través de la comisión de salud. Existen organizaciones que trabajan en salud que ayuda al modelo a desarrollarse.

La participación social ha contribuido ha enfrentar mejor los problemas de salud?

- Los cuestionamientos de los actores a los dirigentes los ha obligado a rendir cuenta de manera periódica de la gestión que hacen de los acuerdos que se han firmado en presencia de ellos, esto ha contribuido a enfrentar mejor los problemas de salud.
- Ha contribuido en algunos problemas, se ha logrado un vínculo Managua – la región. Las soluciones han sido mancomunadamente.

- Considero que si, pero es necesario involucrar a los líderes religiosos para sensibilizar a la población evangélica. Por otro lado como producto de la participación social, se ha mejorado el sistema de referencia de la comunidad hacia las unidades de salud
- Muy poco.
- A nivel local la participación social que más se observa y no precisamente en el proceso de implementación del modelo, es la de los agentes comunitarios sobre todo, los líderes que si contribuyen al proceso de solución de los problemas de salud.
- Sí. Las comunidades han contribuido a enfrentar mejor los problemas de salud
- Si
- Si.
- Si, los comunitarios, han participado.
- El apoyo de los diferentes sectores sociales ha sido determinante para enfrentar los problemas de salud.
- Claro que si, en las reuniones de la comisión los líderes, plantean los problemas o actividades a realizar de cara a los problemas de salud.
- Si, organizaciones civiles que ejecutan proyectos de diferentes temas como letrificación, agua, salud sexual y reproductiva.

Matriz del Objetivo No. 3

No.	Pregunta	Informantes Claves Regionales	Informantes Claves Locales
3	Cuales acciones especificas podría mencionar usted que se han desarrollado en el municipio y en la región para la implementación del modelo?	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel Regional <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se ha mantenido un proceso de diálogo y negociación permanente con las autoridades del MINSA central. ❖ Se incluyó el Modelo de salud en la Ley General de Salud y Su Reglamento ❖ Se instaló la comisión coordinadora del proceso de descentralización de la administración de la salud a las Regiones Autónomas y se ha logrado que la implementación de cualquier Política, Norma, Programa, Proyecto en la región sea revisado y consensuada con las autoridades regionales. Pero hace falta pasar a una descentralización efectiva del modelo de atención, gestión y del presupuesto. ❖ Se ha mantenido el funcionamiento de la Comisión Regional de Salud que no ha dejado de reunirse. ❖ Se instaló la Secretaria de Salud, se nombró a un Director y se preparó una propuesta de sus funciones. Nivel Regional y Municipal <ul style="list-style-type: none"> ❖ Se han conformado e instalado todas las comisiones municipales de salud, todas funcionan aunque algunas han avanzado más que otras. ❖ Se ha estado piloteando en diferentes territorios: Barrio El Cocal, Santa Martha, Musawas Bonanza, Alamikamban Prinzapolka. ❖ En Siuna Médicos del Mundo Francia quiso pero no supo como pilotear el modelo en dicho territorio. ❖ Se ha estado preparando de manera continúa a los recursos humanos de la región para la gerencia del Modelo de Salud intercultural. • Poder armonizar la relación con el MINSA Central, legalizar el modelo en la ley general de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de la secretaria de salud, Comisión Regional de Salud, Comisiones Municipales y comunitarias de Salud; Adecuación de ambientes donde se prestan servicios de salud; involucramiento actividades de salud a líderes y parteras. • Capacitación a Recursos Humanos, estrategias de casa materna • La Presentación del modelo de salud. • La creación de las comisiones de salud, municipal y comunal. • Creación de la secretaria de salud, nombramiento del secretario de salud, creación de estructuras como comisiones de salud, comisión técnica para la descentralización de la salud. • Revisión del modelo para ajustarlo. • Invitaciones para dar a conocer información sobre el modelo; promoción del modelo a través de la radio. • Asambleas regionales de salud; foros; creación del modelo de salud mayangna, creación de la secretaria de salud, comisión para la descentralización, comisión de lucha contra el SIDA; capacitación a comisiones municipales de salud, • Para mi, no hemos iniciado la implementación. • Reestructuración de ambientes de atención y del personal.

Cómo podría usted describir lo que ha sido la Implementación del modelo desde su aprobación hasta la actualidad?

- Se ha mantenido un proceso de diálogo y negociación permanente con las autoridades del MINSA central. Se incluyó el Modelo de salud en la Ley General de Salud y Su Reglamento, Se instaló la comisión coordinadora del proceso de descentralización de la administración de la salud a las Regiones Autónomas y se ha logrado que la implementación de cualquier Política, Norma, Programa, Proyecto en la región sea revisado y consensuada con las autoridades regionales. Pero hace falta pasar a una descentralización efectiva del modelo de atención, gestión y del presupuesto, Se ha mantenido el funcionamiento de la Comisión Regional de Salud que no ha dejado de reunirse. Se instaló la Secretaria de Salud, se nombró a un Director y se preparó una propuesta de sus funciones. Se han conformado e instalado todas las comisiones municipales de salud, todas funcionan aunque algunas han avanzado más que otras. Se ha estado piloteando en diferentes territorios: Barrio El Cocal, Santa Martha, Musawas Bonanza, Alamikamban Prinzapolka. En Siuna Médicos del Mundo Francia quiso pero no supo como pilotear el modelo en dicho territorio. Se ha estado preparando de manera continua a los recursos humanos de la región para la gerencia del Modelo de Salud intercultural.
- Ha sido un proceso lento pero con la seguridad que vamos alcanzando lo que nos hemos propuesto en el modelo.

- Ha sido un proceso lento.
- Se ha observado impacto en los indicadores priorizados como, la reducción de la mortalidad materna, aumento de cobertura en parto institucional, CPN y Planificación Familiar, detección temprana del CaCu, disminución de la mortalidad infantil y perinatal.
- Como un proceso de Divulgación, consulta y ratificación del marco legal de las autoridades correspondientes.
- Ha sido un proceso, muy bueno, pero que debe de avanzar más.
- Han habido varios momentos, en un inicio hubo poca voluntad política y las acciones fueron más a nivel regional; Posteriormente hubo por parte de las autoridades del ministerio de salud apertura para la revisión del modelo, lográndose crear estructuras de participación de los diferentes actores sociales, es así que se han participado en la discusión de las Políticas de Salud, Plan Nacional de Salud, Ley General de Salud, Funcionamiento de las comisiones de salud ect. Actualmente se trabaja en el proceso de descentralización, creándose una comisión técnica y para dar cumplimiento a esto están las mesas de trabajo discutiéndose componentes como, gestión y uso racional de recursos para la salud (insumos médicos y no médicos), Descentralización y desconcentración presupuestaria, reorganización en la prestación de servicios y fortalecimiento institucionales/cooperación externa.
- Sólo conocemos que el modelo se aprobó, pero no como se implementará.
- Se formaron las comisiones municipales de salud, fortalecimiento de las comisiones de salud.
- Ha sido hasta el momento un proceso lento, con dificultades, pero que poco a poco se esta construyendo lo que el modelo refleja.
- Considero que es necesario darlo a conocer a las comunidades y barrios a través d asambleas y no dejarlo sólo a nivel del MINSA o la comisión municipal de salud.
- A través de la implementación de estrategias y proyectos: FONMAT, APS, Brigadas médicas.

Matriz del Objetivo No. 4

No.	Pregunta	Informantes Claves Regionales	Informantes Claves Locales
	Podría describir cómo ha sido la relación entre el Ministerio de Salud y los curanderos, médicos botánicos etc	<ul style="list-style-type: none"> • Ha sido de un poco mas de reconocimiento, pero aún hace falta mucho para que sea una relación de verdadero respeto y aceptación por parte del MINSA. Aceptan mucho mas los botánicos que los tradicionales indígenas. • Excelente, los reconocen, aceptan, los respetan 	<ul style="list-style-type: none"> • Creo que a nivel regional ha habido una mejor relación del ministerio de alud, curanderos y médicos botánicos. Pero a nivel local no se ha logrado involucrar a los curanderos. • Ha habido un acercamiento o aceptabilidad de lo que son los curanderos – médico, más relación médico – partera – líderes comunitarios. • Todavía el ministerio de salud no reconoce dentro del modelo la medicina tradicional como parte de este, por tal razón los curanderos y médicos botánicos no están incorporados en el sistema de salud nacional y regional por lo que son visto como una práctica tradicional de las comunidades, por tal razón se mantiene un aislamiento entre las dos partes, con algunas excepciones como lo ocurrido recientemente en la comunidad de Río Coco. • A nivel municipal la relación es muy poca. • A nivel de Puerto Cabezas y Waspan, es donde se observa una buena relación, mayor confianza y respeto entre el ministerio de salud y los curanderos, médico botánico. En el municipio esta relación no se ha construido. • Excelente • Con los curanderos es muy poca. Con los promotores sí hay buena relación. • En Siuna no se ha promovido. • Poca relación. • A nivel de Puerto Cabezas y Waspan se da más esta relación, en el municipio es muy limitada.
	Qué resultados se podrían mencionar de esta interacción?	<ul style="list-style-type: none"> • Creo que el IMTRADEC es quien mejor manejo esto, pero hasta donde yo he participado se han logrado hacer dos o tres diálogos entre el personal médico y los agentes tradicionales de salud y también se han realizado capacitaciones a los líderes de salud y auxiliares de enfermería donde los agentes tradicionales son los que enseñan el uso de las plantas como medicina. Una de las demandas de los agentes tradicionales de salud es el de contar con un centro de atención donde las personas puedan acudir sin temor y ellos no tengan que estar exponiendo a sus familiares por atender en sus casas. • Abordaje de las enfermedades de filiación cultural, Foros sobre enfermedades particulares de las comunidades miskitas, Intercambio de experiencia entre la medicina tradicional y occidental. 	<ul style="list-style-type: none"> • Que haya mayor involucramiento con estos agentes. • Mejorar las coordinaciones para las referencias y contrarreferencias. • Muy poco resultados debido al aislamiento. • Casi no hay resultados, por que no hay mucha relación. • En el nivel regional, en acompañamiento con INTRADEC, se ha documentado las enfermedades de filiación cultural. Encuentro entre curanderos, médicos botánicos y médicos occidentales. Construcción de un vivero de plantas medicinales. • Muy poco. • No muchos resultado por la pobre coordinación existente. • No hay resultados por que no se ha promovido. • Los curanderos tienen mayor acercamiento con los organismos. • Hay mayor reconocimiento de agentes tradicionales, se les ha fortalecido.

<p>Podría describir cómo ha sido la relación entre el Ministerio de Salud y los líderes de salud, parteras, col-vol, brigadistas, promotores de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En algunos municipios como Puerto Cabezas, Prinzapolka Río Abajo y a la orilla del Mar, Río Coco arriba creo que hasta Siuna, de abandono y desatención por falta de recursos y de iniciativa. En cambio Rosita, Bonanza, parte de Prinzapolka, parte de Waspam han logrado mantener su red apoyándose en fondos de cooperación o en otros aliados nacionales ONGs. Hasta finales del 2002, Puerto empezó a atender el personal después de casi 4 años de abandono. • Muy buena, en los municipio de las minas y Waspan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las relaciones han mejorado, se ha brindado capacitaciones periódicas. las coordinaciones están funcionando. • Ha sido una relación de ayuda mutua. • En el nivel municipal la relación entre los agentes comunitarios ha mejorado sustancialmente ya que existe una mayor comunicación, se han realizado capacitaciones en diferentes temas de salud, apoyo de materiales a col-vol. • Muy buena. • En el municipio la relación con los líderes, parteras, brigadistas es de colaboración en jornadas de salud, referencia de pacientes, capacitaciones. • Muy buena, se ha tomado en cuenta a los líderes, parteras, col-vol y los brigadistas. • Muy buena. • El MINSA ha fortalecido su trabajo con las parteras, líderes, mediante capacitaciones. • Excelente sobre todo con las parteras y líderes de salud • Muy buena, hay mayor integración.
<p>Qué resultados se podrían mencionar de esta interacción entre la medicina comunitaria y el Ministerio de Salud?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Que donde se ha mantenido la red comunitaria los problemas de mortalidad y morbilidad son menores y hay un importante grado de organización y desarrollo comunitario. • Buenas coordinaciones para enfrentar los problemas de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • El estar utilizando la medicina comunitaria como alternativa ante la necesidad de medicamentos. • La medicina comunitaria, siempre es la alternativa de solución para muchos pacientes con escasos recursos económicos. • Resultados muy positivos, ya que los agentes comunitarios son los que conocen y tratan en primer lugar los problemas de salud a nivel local e informan al ministerio de salud para que en conjunto busquen solución a los mismos, realizan las referencias a los pacientes que deben ser manejados en centros asistenciales, participan activamente en diferentes actividades de coordinación en los puestos de salud, se planifican visitas comunitarias y están incorporados en las comisiones locales de salud que coordinan los trabajadores de la salud en cada puesto de salud. • Mejoramiento en las relaciones. • Hay poco resultado, se debe hacer esfuerzo para el rescate de la medicina comunitaria en el municipio • La combinación de las dos medicinas. • Ya los propios médicos del MINSA orientan la utilización de plantas medicinales; Hay coordinación con los promotores. • Hay anuencia que los médicos receten medicina natural. • Hay poca promoción de la medicina tradicional. • Se les ha brindado capacitaciones . se ha realizado intercambio de experiencia, ect.

Matriz del Objetivo No. 5

No.	Pregunta	Informantes Claves Regionales	Informantes Claves Locales
5	<p>Considera usted que se ha mejorado la cobertura de las unidades de salud? Porque?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No, porque la política del MINSA no seguir creciendo en cantidad se ha aplicado parejo en el país y no se ha tomado en cuenta las necesidades que tienen nuestras regiones. Aunque también hace falta tener un Plan de Cobertura Regional que contemple el crecimiento que debe tener la red para que no se construyan por decisiones políticas sino que técnicas. • Sí ya que se han mejorado algunas condiciones en las unidades de salud como: mayor capacidad de resolución, mejoramiento en las comunicaciones, mejoramiento de la infraestructura. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, a través de extensión de cobertura a comunidades de difícil acceso, con los proyectos de APS y FONMAT.(2) • Si se ha mejorado la cobertura con respecto a años anteriores, han aumentado el número de partos institucionales, CPN, VPCD, Planificación Familiar, de se visitaron todas las comunidades a través del PAI en la primera jornada de vacunación y se estratificaron 35 de estas para ser inmunizadas con la vacunación de las Ameritas, logrando coberturas generales del 100% para todos los biológicos en los grupos priorizados, se ha fortalecido la red de notificación comunitaria. • Sí, aunque este mejoramiento este dirigido a grupos priorizados, al momento de ejecutarse algunas estrategias o proyectos como FONMAT, APS, ya que cuando esto se termina de ejecutar, se vuelve a la situación inicial. • Si ha mejorado, ya que ha través de las asambleas se ha logrado conseguir mayor aprovisionamiento. • Si ha mejorado pero no hay medicamentos • Se supone que sí, desconozco las estadísticas. Hay resultados positivos mediante las estrategias establecidas por el MINSA y el apoyo de las organizaciones de la sociedad civil. • En cuanto al personal sí. Pero se carece de equipos y medicamentos. • Si se ha mejorado porque existen puestos de salud, recursos humanos, divulgación, educación, estrategias.
	<p>Hay esfuerzos para mejorar la accesibilidad de la población a los servicios de salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El acceso geográfico quizás en algunos municipios con la implementación de los equipos básicos de salud (brigadas móviles), pero el acceso cultural todavía tiene que ser definido y en lo económico todavía tienen que gastar demasiados los pobres de la región para recibir una atención médica pública o privada. • Hay esfuerzos, pero todavía el sistema tiene limitaciones por los fondos asignados, capacidades locales ect. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se hace esfuerzo a través de las Brigadas Médicas de penetración o con el trabajo de terreno.(2) • Sí, se están realizando más visitas comunitarias (brigadas médicas, trabajo de terreno) por los recursos médicos y de enfermería. Se ha orientado a los recursos permanecer en las unidades de salud y se esta realizando un mejor monitoreo de estos, se están realizando un mejor abastecimiento de medicamentos a los puestos de salud. • Si. A través de la construcción de puestos de salud en comunidades núcleos, brigadas medicas, ect. • Si, con la formación de redes de líderes de salud, brigadistas. • Si, Hay un hospital. • Sí, y se refleja en la casa materna, FONMAT, APS. • Claro que sí, hay lucha de las comunidades para esto, pero con poco avance. • Si, por la presencia de brigadas médicas,