



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
CIES



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA
CARIBE NICARAGÜENSE
URACCAN



T
164
C961
2001

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA INTERCULTURAL 1998- 2001

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAESTR@ DE SALUD
PÚBLICA INTERCULTURAL

**EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO
DE SALUD DE LA REGIÓN AUTÓNOMA DEL ATLÁNTICO
NORTE ENERO 2000 A MARZO DEL 2001.**

Autores : Dr. Carlos Cuadra Ramos
Dra. Antonia Gómez Guerrero
Dra. Claudia Larios Mendieta

Tutor : Lic. Manuel Martínez Moreira
Master en Salud Pública
Especialista en Salud Comunitaria.



Bilwi Mayo del 2001

DEDICATORIA

A Dios nuestro señor por dejarme alcanzar mis sueños de ser profesional en la medicina y poder ayudar al que más lo necesita.

A toda mi familia por haber contribuido de una manera u otra en la culminación de esta carrera.

A mis padres Jorge y Concepción por haberme apoyado siempre para que pudiera terminar mi carrera.

Dedicado muy especialmente a toda la población de la Región Autónoma del Atlántico Norte y en especial a los niños y mujeres jóvenes que son el futuro de la región.

A mis hijos que han sido todos ellos la razón por la cual me empeñe para salir adelante y poderles brindar un futuro mas seguro.

CARLOS JOSE

DEDICATORIA

*A Dios todo poderoso, por haberme
ayudado siempre hasta hoy día.*

A toda mi familia.

A mis queridas hermanas.

*A mis padres por su gran amor, su
sabiduría y bendiciones.*

*A mi tierna niña el mejor regalo
que DIOS y la vida me han ofrecido,
Claudita.*

CLAUDIA MERCEDES

DEDICATORIA

A mis Padres y Hermanos.

*Al pequeñito que ha iluminado
mi vida desde su estancia en mi
vientre, a mi hijo Juan Antonio.*

ANTONIA

AGRADECIMIENTOS

A nuestro tutor el Lic. Manuel Martínez por su interés brindado, y por la oportunidad que nos dio al concluir satisfactoriamente este trabajo.

A la Lic. Alta Hooker directora del Instituto de Medicina Tradicional y desarrollo comunitario por habernos dado sus valiosos aportes para la elaboración del estudio.

Al Lic. Christian Schnarf por su valiosa ayuda brindada en los momentos más difíciles.

A todas las personas que fueron entrevistadas ya que sin ellas no hubiese sido posible el estudio y a todos aquellas personas que de una u otra forma colaboraron con nosotros

A los Trabajadores del IMTRADEC por su cooperación y apoyo.

Al organismo OED por habernos brindado la oportunidad de estudiar esta Maestría

CARLOS, ANTONIA Y CLAUDIA

CARTA DEL TUTOR

En mi calidad de tutor del trabajo de tesis "EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE SALUD DE LA REGIÓN AUTÓNOMA DEL ATLÁNTICO NORTE ENERO 2000 A MARZO DEL 2001." Cuyos autores son los [Dr@s](#). Antonia Gómez Guerrero, Claudia Larios Mendieta y Carlos José Cuadra Ramos; considero que tanto el proceso metodológico, ejecución y elaboración del informe final requirieron un gran esfuerzo de parte de los autores, dado el contexto étnico cultural y lingüístico, en que les toco realizar este trabajo de tesis.

Se pueden apreciar los hallazgos del estudio sobre la evaluación de la implementación del Modelo de Salud, lo cual servirá para redefinir aspectos del Modelo de Salud que ayuden a mejorar las condiciones de salud de la población costeña tomando en cuenta su cosmovision y entorno sociocultural.

Por lo tanto considero que este trabajo de investigación, cumple con todo los requisitos para ser presentado como trabajo de Tesis de la Maestría en Salud Publica intercultural 1998-2001 Bilwi RAAN.

Lic. Manuel Martínez
Profesor Titular
CIES/UNAN Managua

RESUMEN.

Se realizó un estudio del tipo evaluación cualitativa del Modelo de salud de la RAAN en el periodo comprendido de Enero 2000 a Marzo del 2001. El objetivo general era analizar los factores de orden político, factores socioculturales, grado de desarrollo del modelo de salud, y los factores de orden económico y tecnológico que han incidido en el actual grado de implementación del modelo de salud de la RAAN.

La metodología utilizada para realizar el estudio fue a través de una entrevista a profundidad que se le realizó a 20 personas que conocían el modelo o habían participado en su elaboración. La guía de preguntas estaba estructurada con respuestas abiertas y cerradas que al ser contestadas por las personas fueron grabadas y luego transcritas y vaciadas en una tabla para su análisis e interpretación. Los resultados se presentan de forma narrativa.

Los principales hallazgos en aspecto político son que el modelo de salud surge como una necesidad de la Región y lo mandata la ley de autonomía, pero existe poca voluntad política por el Gobierno Central y Regional. La Comisión Regional de Salud ha tenido poca incidencia, y no ha sabido aprovechar las iniciativas que se han impulsado alrededor de la Implementación del modelo de Salud. En el aspecto sociocultural la Universidad URACCAN es la que mayor relación ha tenido con el Modelo de salud, siendo la Universidad CIUM BICU la que no tiene ninguna relación con el modelo. L 1

De las comunidades étnicas el grupo de Miskitos y Mayangnas son los que mayormente han impulsado el modelo. El modelo de salud permite la práctica de medicina tradicional y occidental de forma armoniosa, pero no está accesible la medicina occidental de la misma manera que está la medicina tradicional. En relación al factor económico y tecnológico no existe un presupuesto real para la implementación del modelo, esta basado en los aportes que hacen los ONG'S, la empresa privada y el seguro social tienen poca participación. Existe suficiente personal capacitado en la región, el cual puede encargarse de la administración de la salud en la región .

El documento "Modelo de Salud" no tiene bien definidas las etapas previas de inicio, desarrollo y consolidación por lo que se vuelve difusa la evaluación, no logrando precisar con exactitud si se ha logrado la primera etapa o esta más avanzado que eso. Se recomienda implementar el Modelo de salud a través del establecimiento de una base jurídica elaborando un plan de incidencia Internacional, Nacional y Regional.

La Comisión Regional de Salud deberá de crear la Secretaría de Salud con sus respectivas funciones y convocar a los diferentes sectores sociales de la región, consensado con ellos los aspectos del Modelo de salud que ya se han logrado en su implementación y actualizar algunos aspectos del modelo de salud que todavía están por discutirse.

Las universidades deberán continuar apoyando la implementación del modelo y redefinir sus perfiles y que se elaboren campañas de divulgación a todos los niveles, nacional, regional, municipal y local con mecanismos de monitoreo constantes para que exista empoderamiento del modelo de salud y existan cambios de actitudes en los diferentes sectores de las instituciones y la población.

ÍNDICE

I	INTRODUCCIÓN.....	1
II	ANTECEDENTES	2
III	JUSTIFICACIÓN	4
IV	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
V	OBJETIVOS	6
VI	MARCO DE REFERENCIA.....	7
VII	DISEÑO METODOLÓGICO.....	32
VIII	RESULTADOS	35
IX	DISCUSIÓN Y ANALISIS.....	44
X	CONCLUSIONES	65
XI	RECOMENDACIONES	67
XII	BIBLIOGRAFÍA	68
XIII	ANEXOS	70

L 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.

Se ha venido habiendo en Nicaragua el "entendimiento de que el desarrollo de la salud, concebida como un bien social, forma parte y apoya el desarrollo de la salud, concebida como un bien social, forma parte y apoya el desarrollo local sostenible, como un compromiso asumido de manera proactiva, firme y de consenso por las autoridades y la sociedad civil.¹

A raíz de la aprobación del Modelo de Salud de la RAAN en la administración del Gobierno Regional de 1996, el Consejo Regional Autónomo por medio de la Comisión de Salud asumió el reto de implementar un "Modelo de Salud" que pudiese corresponder a las necesidades de la población costeña. Obviamente para poder administrar la salud en la RAAN de manera eficiente era imprescindible contar con un Modelo que además reflejara la realidad multiétnica y cultural de esta región.

La implementación del modelo se tuvo que ir haciendo con acciones sobre la marcha por los múltiples obstáculos de índole político, económico y social que ha tenido.

Pero a pesar que en la región se haya aprobado este Modelo de Salud existen otras iniciativas de organizaciones indígenas, que junto a la O.P.S. han facilitado el proceso, para promover la equidad en la salud de los pueblos indígenas de la Región.

Hasta la fecha, la estrategia principal de la cual se ha valido la implementación del Modelo de Salud ha sido la incidencia en las diferentes esferas de la sociedad a nivel regional y nacional, por lo que el presente estudio está dirigido a abordar los factores que han incidido en su implementación de manera efectiva.

El propósito del presente estudio es hacer un análisis del Modelo de Salud evaluando su implementación desde su aprobación, y cuyos resultados de esta investigación contribuirán a dar insumos que permitan replantearse algunos aspectos para fortalecer el Modelo de Salud Regional.

¹ Modelo de salud de la región autónoma del Atlántico Norte

II. ANTECEDENTES

Con la llegada de los Europeos a la Costa Atlántica de Nicaragua, se comienza a mezclar las prácticas médicas tradicionales y las Europeas cristianas.

Unos misioneros Moravos a mediados del siglo XIX lograron ubicarse de forma paralela en las empresas transnacionales y abrieron la primera escuela de enfermería del país en Bilwaskarma, en el año 1935 y un año después el Hospital Thacler Memorial en Bilwas. (26)

El servicio de salud en la región se inicia en 1935 en Bilwaskarma a través de la Iglesia Morava y la Misión Católica, quienes instalan un dispensario Médico con las Madres de Santa Inés en 1946.

En esa fecha el Ministerio de Salubridad Pública estableció una unidad móvil en Waspam integrada por un médico, una enfermera, una educadora sanitaria, un laboratorista, una trabajadora social, una visitadora y dos inspectores sanitarios.

Equipos similares se instalaron en los puestos de salida: Puerto Cabezas y Prinzapolka. Se establecieron programas con campañas de saneamiento ambiental, prevención de enfermedades transmisibles, erradicación de enfermedades endémicas y organización de botiquines de primeros auxilios.

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

A fines del año 60 el Hospital Moravo en Bilwaskarma amplía sus servicios y programas comunitarias junto con la iglesia Católicas e instituciones del Gobierno.

Participan en ésta formación de líderes comunitarios, amas de casa, cooperativos y otros. Durante ese período continúa la atención médica a través de pequeñas unidades móviles de atención rural coordinadas con otros programas de desarrollo comunitario ofertadas a partir del inicio de la alianza para el progreso. Se suman los servicios de planificación familiar con financiamiento de USAI con vacunaciones, construcción de pozos y letrinas. Sólo en el Río Coco durante ese período pasaron por cursos de concientización unos 400 líderes comunitarios.

Mejor dicho otros programas se limitaron a ofertar, enfatizando los aspectos curativos dejando a un lado el aspecto preventivo.

Durante (1979-1981) se dió un gran impulso a las vacunaciones y extensión de cobertura de programas pero no duró mucho, ya que en esos años inició la guerra y en la zona se tuvo que limitarse a prestar servicios básicos en salud.

A partir de 1988 con la finalización de la guerra y sobre todo posterior a 1990 con el retorno de parte de la población a su lugar de origen hubo demanda de servicios, sin embargo la capacidad del sistema, debido por la falta de recursos y una política en salud que no estaba orientada a las necesidades reales de la población de la Costa Caribe Nicaragüense, repercutieron en una atención deficitaria.

Esto condicionó a las autoridades regionales a proponer un modelo de salud que estuviera de acuerdo a las necesidades de la región antecediéndoles los siguientes momentos a la elaboración del Modelo de Salud (6)

- Elaboración de un diagnóstico de la situación de salud de la RAAN por parte del gobierno Regional Autónomo (1994).
- Negociaciones con el Ministerio de Salud sobre el proceso de descentralización, sus alcances, implicancias, perspectivas, responsabilidades y desarrollo cronológico (1995).
- Diseño e implementación de un proyecto de apoyo al proceso de descentralización (de manera coordinada Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo y URACCAN), basado en la capacitación de los recursos humanos (1995- 1996).
- Acompañamiento en el proceso de identificación de necesidades y problemas para lograr el diseño del modelo de salud (URACCAN, Comisión de Salud y CIES) en 1996.
- Talleres con funcionarios del SILAIS-RAAN, alcaldes y otras autoridades regionales y municipales sobre las necesidades y requerimientos, así como posibles formas de implementación del modelo (1996)
- Talleres y encuestas sobre las necesidades en salud, problemas y posibles soluciones con representantes comunales, gremiales, representantes de las diversas etnias (1996).
- Trabajos orientados en los cursos de gerencia y la licenciatura de enfermería de URACCAN, con asesoría y acompañamiento del CIES. (1996)

III. JUSTIFICACION

Han transcurrido cuatro años desde que se aprobó el Modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte. Durante ese periodo se han creado instituciones como URACCAN; la clínica Bilwi, la Universidad CIUM BICU, clínica salud y familia. Se consolidó el SILAIS como unidad intermedia en salud entre el nivel central y el nivel regional.

Se ha venido trabajando en el desarrollo de los modelos de salud Mayangnas en Bonanza y el modelo de salud de los Miskitos en el barrio el cocal.

Por otra parte la comisión de salud del Consejo Regional Autónomo del Atlántico Norte ha realizado diferentes actividades como talleres, sesiones del consejo regional de salud donde se ha discutido los problemas de salud con todos sus miembros como parte de las acciones de seguimiento del desarrollo del Modelo de salud.

No existe un análisis todavía de los alcances y de los componentes que propone el documento, ni existe una evaluación completa del grado de implementación del Modelo de Salud.

Por las razones antes expuestas hemos decidido realizar el estudio evaluativo del Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte para que los resultados contribuyan a mejorar el presente documento o replantearse algunos de sus componentes para fortalecer el Modelo de Salud de la Región .

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que han incidido en el actual grado de implementación del Modelo de Salud en la Región Autónoma del Atlántico Norte , en las diferentes instancias del Gobierno Regional, Instituciones del estado, ONGs, Municipios, y comunidades étnicas en el periodo de 1997 al 2001?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General:

Analizar los factores que han incidido en el actual grado de implementación del modelo de salud de la RAAN, en el periodo de 1997 al 2001.

5.2 Objetivos específicos:

5.2.1 Identificar las influencias políticas en la implementación del modelo de salud.

5.2.2 Describir los factores socioculturales y su relación con la implementación del modelo.

5.2.3 Identificar las fuentes de financiamiento que contribuyen para su implementación.

5.2.4 Conocer el grado de desarrollo del modelo de salud de la RAAN.

VI. MARCO DE REFERENCIA

La búsqueda de la meta de "salud para todos" presenta nuevos y complejos desafíos. 500 años después del encuentro de dos mundos, las cifras disponibles permiten establecer las inmensas inequidades existentes entre los grupos poblacionales de la Región (en América se estima una población de 43 millones, agrupadas en una 400 etnias) dentro de las que la población indígena es una de las más vulnerables como se observa en los indicadores siguientes:

América

El 20% de los indígenas en Bolivia mueren antes de cumplir un año y 14% de los sobrevivientes mueren antes de alcanzar la edad escolar (2).

La mortalidad infantil nacional en Chile fue de 17.1 por 1000 nacidos vivos, comparada con 20.6 en las comunidades indígenas (24), en el Perú fue de 169 por 1000 nacidos vivos en comparación con 269 para las poblaciones indígenas (10).

En México, la mortalidad entre los niños indígenas en edad preescolar es de 12.8 % frente a 4.8% en el nivel nacional (22).

La mortalidad por diabetes fue de 166 % mas elevada en los indígenas estadounidenses (servicio de salud indígena de los estados unidos 1996); en Canadá la tasa estandarizada por edad, de muertes por accidentes y violencia correspondiente a la población indígena es de 81/100.000 habitantes, comparada con 46 /100,000 para la población Canadiense (11).

Centroamérica

Se calcula que casi 11 millones de centroamericanos no tienen acceso a los servicios de salud del Estado. En cuanto a la cobertura del parto por personal capacitado y atención prenatal, para 1993, la cobertura era de 64 y 70% respectivamente.

En el período 1995-2000, cada año ocurrieron más de 1.1 millones de nacimientos y poco más de 200,000 defunciones. Hay por lo tanto, una tasa de crecimiento natural de 26.2 por cada mil habitantes. De acuerdo a valoraciones del Centro Latinoamericano de Demografía se tratan en su mayoría de países en transición moderada (El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Belice) puesto que muestran altos índices de natalidad, mortalidad y

crecimiento poblacional, mientras que Costa Rica y Panamá son considerados países en plena transición, con tasas de crecimiento poblacional menores. (8)

En Belice en 1995 los niños mayas en edad escolar, mostraron un retardo en el crecimiento mayor que el que presentan los niños de los otros grupos étnicos (23).

En Panamá las tasas de mortalidad por diarrea en las provincias indígenas superan en más de cinco veces las tasas nacionales.²,

La mortalidad de lactantes indígenas es 3.5 veces más alta en Panamá que el resto de la población (1).

En 1990 la tasa de analfabetismo de la población indígena fue de 44.3%, respecto a 15% de la población rural no indígena. (19)

En Guatemala, el porcentaje de población bajo la línea de pobreza hacia 1989 fue de 86.6% para los indígenas y 53.9% para los no indígenas. La tasa de mortalidad materna en la población indígena de Guatemala es de 83.5% más alta que la tasa nacional. (27) En lo que se refiere a años de escolaridad terminados, las mujeres indígenas siguen siendo las más desfavorecidas. En general, terminan menos de 3 años de educación formal, frente a 4 años de los hombres indígenas, 8 años de las mujeres no indígenas y 9 años de los hombres no indígenas.

En el caso de El Salvador se ha planteado que el 99% de los indígenas están bajo la línea de pobreza. (8)

En Honduras la esperanza de vida de los indígenas de los pueblos pech y lenca es de 39 y 47 años respectivamente para los hombres, y de 42 y 57 para las mujeres, comparada con 65.4 para los hombres y 70.1 para las mujeres a nivel nacional (Rivas 1993)

Otros datos también reflejan situaciones preocupantes, así se encontró que: En Nicaragua, en 1995, aproximadamente el 66% de la población indígena no tenía ningún acceso a la educación y la deserción escolar sobrepasaba el 40%; En 1993, 78% de los niños/as garífunas y 96% miskitus padecían desnutrición. Datos oficiales reflejan que para el caso de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica de Nicaragua en 1995, el desempleo alcanzó el 79% en el sur y 90% en el norte.

² En 1995, la tasa general por diarrea fué de 6.4 por 100,000 habitantes y en Bocas del Toro fué de 34.4

En el anterior contexto nos permiten reconocer que "la salud como bienestar integral, no es la resultante exclusiva de los servicios prestados a los individuos o colectividades, si no que depende también de las políticas adoptadas por los diferentes sectores estatales en el marco de la equidad". También se reconoce que " las acciones puramente medicas en la prestación de servicios de salud, además de insuficientes, han resultado inadecuadas para enfrentar el perfil epidemiológico tan complejo y de tan difícil resolución. (18)

La iniciativa salud de los pueblos indígenas en las Américas -SAPIA- es por principio una iniciativa de promoción de la salud, que resulta evidente al revisar la doctrina de esta estrategia definida en la carta de Ottawa, adoptada por la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud, en noviembre de 1986 (OMS 1986)

La carta de Ottawa dice que " la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma". La promoción de la salud ha sido "concebida, cada vez mas en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. De esta manera, la promoción de la salud es una estrategia para materializar la concepción de salud en el desarrollo (OPS 1991)

A partir de 1992, sobre la base de iniciativas de los países miembros, la OPS en conjunto con organizaciones indígenas ha facilitado un proceso para promover la equidad en la salud de los pueblos indígenas de la Región.

La Iniciativa de Salud de Los Pueblos Indígenas³, se ha regido por los siguientes principios:

- **Abordaje integral a la salud:** el concepto holístico de salud debe ser respetado, promovido y servir de base para el abordaje de un modelo integral de salud; atendiendo

³ En 1993 se realizó un Taller de consulta sobre el tema en Winnipeg, Canadá con participación de organizaciones y líderes indígenas, representantes de los países miembros y organizaciones no gubernamentales. Las recomendaciones de ese evento sirvieron de base para la Resolución V aprobada por el Consejo Directivo en septiembre del mismo año, y que ha servido de marco para La Iniciativa de Salud de los pueblos indígenas-SAPIA. La OMS, en 1976 creó un Grupo de Trabajo para promover la medicina tradicional a fin de aprovechar el conocimiento autóctono y el uso de la medicina tradicional en las comunidades, en 1978 recomendó la incorporación de agentes de medicinal tradicional como aliados importantes para mejorar la salud de las comunidades y posterior a la aprobación del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo ha resuelto priorizar medidas en ese sentido.

los elementos fundamentales de la salud indígena: espiritual, físico, emocional y mental.

- **Autonomía y autogobierno de los pueblos indígenas:** el derecho a participar en la definición e implementación de políticas de salud. Los pueblos indígenas deben tomar control y responsabilizarse de su propia salud.
- **Derecho de los pueblos indígenas a la participación sistemática,** dentro de las comunidades y frente a las instituciones en la implementación de los programas y proyectos de salud.
- **Revitalización de la cultura:** el derecho de los pueblos indígenas a que se respeten sus lenguas, tradiciones costumbres, espiritualidad. Esos elementos culturales deben de servir de base para la construcción de modelos alternativos de salud y desarrollo.
- **Reciprocidad:** para alcanzar la salud y el desarrollo de los pueblos indígenas hay un rol para todos los actores sociales y deben trabajar juntos

Los procesos de migración internos y transnacionales así como la mundialización en la comunicación y cultura, con el acercamiento más visible entre pueblos y culturas han servido de espacio idóneo para promover la incorporación del enfoque intercultural, como una estrategia para el establecimiento de relaciones respetuosas de las diversidades y comprometidas con la eliminación de desigualdades en las sociedades en general.

El avance en el reconocimiento jurídico de los derechos históricos de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, la promoción e implementación de los programas de educación intercultural bilingüe han enriquecido esos debates, extendiéndolas al campo de la salud pública. En septiembre de 1998, la OPS promovió la reunión de un grupo de trabajo sobre Recursos Humanos en Interculturalidad en salud para contribuir a la organización y provisión de servicios de salud integrales y culturalmente apropiados en la Región.

El concepto de pueblos indígenas⁴ como unidades colectivas que conservan sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas han estado vinculados a la situación de vulnerabilidad en que viven dichos pueblos. Los datos, reflejan no obstante,

⁴ El Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales aprobado en 1989 y ratificado por varios países de la Región y la Directriz operativa concerniente a los pueblos indígenas del Banco Mundial de 1991 coinciden en la definición de pueblos indígenas en general como descendientes de los pobladores antiguos

que la brecha de equidad es mayor en el caso de las mujeres indígenas. Al desafío que representa organizar los servicios de salud pluriculturales, multiétnicos y plurilingües, debe incorporarse el aspecto de género a fin de lograr la equidad.

Entre los esfuerzos que enfocan la Interculturalidad en salud están:

1. El reconocimiento constitucional y en algunos casos la aprobación de medidas legislativas especiales para el reconocimiento y ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas. En Nicaragua y Panamá hay Regiones y Comarcas con un régimen de autonomía indígena conformando con ello un marco idóneo para la descentralización de las acciones de salud, promovidas por la reforma.
2. Experiencias de prácticas exitosas de modelos de salud a nivel local que incorporan enfoques interculturales y de género en varios países. En Guatemala, entre los pueblos mayas Kekchí y Kakchiquel, en Honduras en el caso del Pueblo Lenca, en Nicaragua con la discusión e implementación del modelo de salud en la Región Autónoma Atlántico Norte.
3. La sensibilización e interés de organizaciones indígenas y agentes tradicionales de salud indígena en la Región: en Belice an Indian Training Institut en Belice, el Congreso General Kuna y otras organizaciones indígenas en Panamá, organizaciones miembros de la Coordinadora Indígena de Centro América-CICA, la Asociación de mujeres indígenas AMICA y el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario de la Costa Atlántica de Nicaragua.

Entre las desigualdades más evidentes en la Región Centroamericana están las inequidades en el acceso a los servicios de salud y saneamiento. Lo anterior coincide con planteamientos de la CEPAL, expresados a través de la División de Desarrollo Social, que ha postulado que precisamente es en salud donde la inequidad tiene su manifestación más extrema, puesto que se refiere a una “distribución del derecho a la vida”.⁵

La CEPAL ha señalado que la inequidad en salud no se redistribuye sino que se intensifica hacia los pobres, que no sólo mantienen la vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas sino que también acceden en condiciones desventajosas a las enfermedades degenerativas y están más expuestos a la violencia urbana, la mayor toxicidad de drogas de menor costo (y

antes de la conformación de los Estados, características culturales, económicas, sociales propias, incluido el idioma, autoidentificación individual y colectiva, gran apego al territorio tradicional y los recursos naturales.
⁵ CEPAL, documento compilado por Kliksberg, B. y mencionado por Soligmano.

del alcohol) y a los efectos de la contaminación del agua, el aire y el suelo en las zonas de asentamientos populares.

En todos los países centroamericanos se han iniciado procesos de reforma de los sistemas de salud, sin embargo, hay una percepción generalizada de que dichas reformas no van a reducir las brechas de inequidad y que no responden a las demandas y necesidades de la población multicultural de la Región.

Los objetivos de las reformas ⁶ han sido: eficacia entendiendo por ello, la capacidad de producir salud socialmente, satisfacción, expresión objetiva del bienestar provisto por los servicios de atención de salud y equidad, asignación de recursos para todos de acuerdo con sus necesidades. Otros identifican además, eficiencia y equidad.

También se identifican algunos objetivos explícitos y otros como objetivos implícitos. Se definen como objetivos explícitos, las razones macroeconómicas en los países, razones políticas e ideológicas, intereses corporativos y gremiales así como intereses de las agencias de cooperación(3).

Entre los aspectos sobre los cuales se requiere realizar aportes a las Reformas en salud en la Región están interculturalidad y salud, las implicaciones de las reformas del sector salud sobre los programas de salud reproductiva, los derechos humanos y la salud y, estrategias de participación social utilizadas para enfrentar las inequidades.

Entre los aspectos sobre los cuales se requiere realizar aportes a las Reformas en salud en la Región están interculturalidad y salud, las implicaciones de las reformas del sector salud sobre los programas de salud reproductiva, los derechos humanos y la salud y, estrategias de participación social utilizadas para enfrentar las inequidades.

También se ha discutido el tema del impacto de las reforma sanitarias sobre el acceso diferencial de las mujeres a los servicios de salud. Se ha señalado la urgencia de examinar de manera sistemática el efecto que, sobre la salud de las mujeres, podrían representar las medidas de ajuste estructural con las consiguientes reducciones del financiamiento de los servicios públicos y la privatización de los mismos y, se ha enfatizado promover mayor comunicación entre los involucrados en las iniciativas de reformas sanitarias de la Región a fin de aprender de las experiencias de cada uno. (13)

⁶ Carlyle Guerra de Macedo, Ex-Director de la OPS

Ha sido suficientemente documentado que para alcanzar mejores resultados de los procesos de modernización y reforma en salud, es necesario asegurar una adecuada participación social en los cambios que se impulsen. El hecho de que las reformas implican cambios en las políticas, requiere de procesos interactivos, del establecimiento de un consenso social que haga sostenible las acciones que se definan de forma concertada y que necesariamente deben responder a los nuevos desafíos en salud que la población de la región enfrenta, pero principalmente a los aportes de que la región pueda hacer desde su multiculturalidad en los enfoques de salud.

El nuevo impetu de integración, derivado de “Esquipulas II” en 1987 que estableció un programa para pacificar y democratizar la región, se basa en la estrategia contenida en ALIDES⁷ que también incluye a Belice y Panamá. Por otro lado, sin embargo, y frente a los planteamientos contenidos en las agendas gubernamentales, se evidencia un divorcio de las demandas de las diversas expresiones de la sociedad civil.

Hay un incremento de expresiones de articulación de esfuerzos endógenos, a través de los cuales, nuevos actores sociales expresan propuestas, opciones alternativas también en un esfuerzo de integración regional. Ha sido planteado, que hay una regionalización dinámica y endógena, que se construye desde abajo y desde adentro, procurando asegurar entrelazamientos territoriales, mediante el fomento de las estructuras económicas y de poder locales, así como de la búsqueda de equilibrios ecoambientales y ecosociales, de la preservación de la identidad histórica y la cultural”(12)

Los pueblos indígenas de la Región tienen una riqueza cultural reproducida a través de las prácticas de salud indígenas que se reflejan a través de la cosmovisión de estos pueblos, las relaciones armoniosas entre los seres humanos y la naturaleza, las relaciones de solidaridad interna, la profunda espiritualidad.⁸ Esas experiencias han comenzado a ser parte de modelos de salud integrales y holísticos en varios países, todavía en niveles muy localizados.

⁷ ALIDES. Alianza para el desarrollo sostenible de la Región.

⁸ La Fundación Menchú coordinó una investigación sobre la realidad educativa de los pueblos indígenas de mesoamérica bajo la asesoría de la UNESCO y la participación de organizaciones y universidades de la Subregión. El mismo estudio analiza las percepciones de los pueblos indígenas sobre los modelos de educación exógenos y endógenos e identifica los modelos pedagógicos endógenos a partir de los conocimientos, saberes y dones de los mismos pueblos.

En la medida en que esa diversidad entre los pueblos indígenas pueda potenciarse las respuestas serán una riqueza que de ser potenciadas podrán contribuir al establecimiento de nuevos modelos de salud sustentables, interculturales, respetuosas de la diversidad pero con propuestas coherentes y factibles para enfrentar las enormes desigualdades actualmente vigentes.

COMO REDUCIR LA BRECHA DE EQUIDAD EN SALUD A PARTIR DE UN ENFOQUE INTERCULTURAL.

Para los pueblos indígenas, la salud representa un estado de normalidad de equilibrio del ser humano con su propio espíritu, con su familia, con su comunidad y grupo social, con la naturaleza, con los espíritus y las fuerzas que la rigen. Esa situación de normalidad con consecuencias placenteras, incluye el hecho de sentirse bien en el grupo y que ese grupo también esté en equilibrio con el resto del entorno social.⁹

También ha sido planteado por los pueblos indígenas, la salud desde una perspectiva más integral, está vinculada desde el punto de vista colectivo a los aspectos políticos, económicos, sociales, culturales que se expresan a nivel individual a través de los aspectos físicos, mentales, espirituales y emocionales. Lo anterior coincide con los debates en las últimas décadas en el sentido de que el bienestar físico y mental de las poblaciones humanas tiene múltiples determinantes. La aceptación cada vez mayor de la validez de múltiples saberes sobre salud, reafirma la necesidad de buscar otras formas de abordar la salud-enfermedad- atención de los seres humanos.

Los pueblos indígenas han aceptado las siguientes premisas cuando abordan su situación de salud:

- Que existen muchos pueblos con diferentes formas de pensar y ver la realidad.
- Que cada pueblo tiene un acervo de conocimientos que se sustentan en bases espirituales, históricas y científicas así como en una propia manera de entender sus relaciones con los elementos de la naturaleza, con los otros pueblos y entre sus mismos componentes.

⁹ Salud Indígena. Ungurahui. Perú

- Que los sistemas culturales de cada pueblo deben estar en posibilidades de mantener activa su creatividad para adaptar respuestas al acontecer y para ello requieren una situación de igualdad y respeto mutuo con los demás pueblos.
- Que las situaciones de deterioro de la salud de los pueblos indígenas se mantienen y en muchos casos se agravan; como son: el deterioro y despojo de sus territorios, la subvaloración de su cultura.
- Que se han desactivado las prácticas de salud indígenas para sustituirlas por sistemas de salud ineficaces, generadores de dependencia, promotores de comportamientos insalubres en un medio ambiente cada vez menos sano y más pobre en su oferta de recursos.
- Que la recomposición y desarrollo de los sistemas de salud de cada pueblo indígena depende de su capacidad para revitalizar todos los elementos que le sirven como fuentes y fundamentos así como sus propios métodos de creatividad y transmisión cultural.
- Que si existe respeto e igualdad entre pueblos y poblaciones de diferentes culturas, la interculturalidad puede ser un factor multiplicador que enriquezca y potencie la capacidad de la población para alcanzar una salud equilibrada y estable.

LA INTERCULTURALIDAD EN LA SALUD

La Multiculturalidad se define por hechos sociales y consiste en la presencia dentro de una sociedad de diversas culturas, pueblos indígenas y comunidades étnicas como grupos con diferentes códigos culturales partiendo del punto que practican costumbres o hábitos diferentes. La Interculturalidad supone ir más allá de reconocer la existencia de diferentes culturas y debe buscar un intercambio y reciprocidad en la relación mutua así como, solidaridad entre los diferentes modos de entender la vida entre dichos grupos.

Interculturalidad es el fundamento que reemplaza al etnocentrismo de las relaciones interétnicas de dominación y se constituye en el mecanismo de convivencia entre las distintas culturas en contacto, y que garantiza cada una de ellas espacios para desarrollarse en forma autónoma; es la existencia de voluntad, conocimiento, valoración, entendimiento, interacción, participación, horizontalidad, respeto y solidaridad entre las culturas.

La salud intercultural propicia que cada persona, cada pueblo sea respetado, valorado y haga uso de los servicios de salud con modalidades diferenciadas que tomen en cuenta sus características culturales y personales. La interculturalidad debería mejorar la salud y los

servicios de salud de cada uno de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, puesto que permitiría desarrollar un enfoque holístico e incrementaría la capacidad humana de las personas involucradas. Tiene como características:

- Hacia la descentralización
- Los pueblos y comunidades asuman mayor cuota de responsabilidad
- Las comunidades y pueblos pasan a ser sujetos que participan en la construcción de su propio modelo de salud

También se ha planteado que la práctica de la interculturalidad se orienta a:

- Combatir las relaciones asimétricas excluyentes y discriminadoras
- Llegar a relaciones de equidad entre diferentes pueblos, culturas, etnias
- Valorar las diferentes culturas para eliminar el racismo
- Crear formas de poder compartido en las que todos los actores participan en la dinámica social
- Construir la ideología, los valores, las actitudes y las prácticas para lograr nuevas formas de relación

La salud indígena es por lo tanto, un sistema cuya fuente, se origina de la visión del mundo del pueblo (las normas de relaciones entre las personas, la espiritualidad, los conocimientos, saberes y dones) que en interacción con los fundamentos, la naturaleza (y el territorio), el pueblo compensado (gozando del ejercicio de autodesarrollo) y los individuos equilibrados (practicando libremente su identidad masculina y femenina, joven o adulto) generan una situación de armonía (funcionamiento normal de las relaciones con la naturaleza, los espíritus, la sociedad y uno mismo).

El aporte que este concepto de salud holístico brinda al debate y búsqueda de modelos equitativos en el proceso de implementación de las reformas de salud es importante, especialmente cuando se analiza a la luz del paradigma de interculturalidad. Entre algunas variables a considerar, cuando se incorpora el enfoque intercultural están, por ejemplo, las siguientes:

Concepto de sociedad

Hace defensa de la diversidad cultural de la nación: la reconoce, la promueve, la respeta. La diversidad es fuente de orgullo y riqueza de todos los pobladores/as

Definición del concepto de salud, proceso de salud-enfermedad

Es integral en su conceptualización y práctica

Base legal

Pleno reconocimiento y ejercicio de la diversidad, con equidad y derecho a la diferencia. Se promueve la práctica de la democracia cultural, la valoración e integración del personal comunitario y de los terapeutas de los sistemas de salud indígenas

Sistema educativo de Salud

Abierto. Valora y aplica el conocimiento universal, pero también promueve el rescate, valoración, investigación, difusión de ciencia y tecnológica en salud indígena y nacionales. Enseña y provee oportunidades para aplicar el conocimiento indígena en salud. Los educadores/as prestadores y organizaciones de base evalúan la contribución del curriculum a los fines de la formación y capacitación en multiculturalidad e interculturalidad y promueve transformaciones integrales, no parciales o aisladas

Sistema de salud

Incluyente. Abierto. Reconoce, investiga, respeta y aplica concepciones y prácticas de salud de otras culturas

Oferta de servicios de salud

Regular, equitativa y con pertinencia cultural. Provee coberturas integrales con servicios básicos y acceso a todos los niveles de atención. El servicio se provee en el idioma local, con patrones comunicativos respetuosos.

Organizaciones indígenas

Plena participación en la prestación de servicios de salud. Incorporación de enfoques indígenas. Poder compartido. Auditoría social

El concepto de interculturalidad involucra interrelaciones equitativas respetuosas de las diferencias políticas, económicas, sociales, culturales, etáreas, lingüísticas, de género y generacionales, establecidas en un espacio determinado entre las culturas diferentes para construir una sociedad más justa y, que a fin de darse se deben cumplir los siguientes principios:.(17)

- Diálogo fundamentado en el respeto a la diferencia
- Tolerancia a las contradicciones que conduzca a la solidaridad
- Democracia cultural
- Participación que incorpora la representación, la consulta, el consenso y la convergencia de objetivos comunes.

Los pueblos indígenas han planteado que la revitalización cultural es una de las fuentes de poder y autonomía, y que es su contribución para el establecimiento de nuevas relaciones de respeto, que sirvan de base para la construcción de nuevos modelos democráticos multiétnicos, incluyentes y pluralistas basados en la participación política en todos los niveles.

Los pueblos indígenas han definido poder, como la capacidad que tienen las expresiones de los mismos pueblos de incidir y participar en las decisiones sobre desarrollo armónico y bienestar social desde su propia cosmovisión indígena, tomando en cuenta la realidad de su entorno. Entre las diversas formas que han identificado para ejercer este poder, pueden señalarse las siguientes:

- Aunar esfuerzos para lograr consensos
- Promover transformaciones legislativas en los niveles nacionales, locales y regional
- Capacitaciones, especialmente a los que acceden a los niveles de espacios políticos
- Diálogo y relación permanente con otros movimientos sociales
- Que las autoridades tradicionales trabajen con las alcaldías municipales
- Abogacía en distintos niveles a fin de asegurar que se definan políticas públicas adecuadas
- Crear y participar en espacios de poder político
- Restaurar las instituciones de poder tradicional
- Fortalecimiento de las organizaciones locales
- Contribuir desde sus propios saberes y prácticas políticas en democratizar el Estado
- Fomentar la participación de las mujeres y jóvenes indígenas
- Establecer y fomentar alianzas con los mestizos y afroamericanos

Los pueblos indígenas se han propuesto impulsar el diálogo y las negociaciones con las instancias e poder en distintos niveles a fin de que incorporen sus demandas y propuestas en conjunto con otros sectores de las sociedades nacionales

Definición de Salud Publica en contexto indígena.

Para analizar la situación de salud, desde este enfoque holístico, requiere trabajar categorías como la participación política y social de la comunidad indígena, las relaciones entre los sistemas de salud tradicional indígena y occidental así como la situación epidemiológica.

Estos modelos se tendrían que desarrollar en el marco de la Modernización de los Estados centroamericanos, logrando un reconocimiento legal de la sabiduría indígena y teniendo como puntos de partida:

- 1. Integralidad:** El desarrollo de los sistema de salud indígena debe tener como su eje y meta la restitución de la armonía en todos los ordenes:
 - ✓ En cuanto a un modelo de desarrollo estatal pensando en el bienestar a largo plazo
 - ✓ Acceso y legalización de tierra
 - ✓ Propuesta productivas eficientes
 - ✓ Sistema sano de alimentación y nutrición
 - ✓ Sistema alternativo de educación
- 2. Respeto:** Serán respetado los valores y creencias de las diversas culturas en salud, solo de esta forma, se promoverá su desarrollo.
- 3. Intercambio:** Las políticas nacionales sobre desarrollo y transparencia de tecnologías contemplaran también los aportes de la ciencia y la tecnología indígena, y procuraran su desarrollo, intercambio e innovación permanente.

Servicios alternativos: Para el impulso de los sistemas o paradigmas complementarios de salud.

Actualmente en el ámbito de Centroamérica se están proponiendo reformas a los sistemas de salud publica, enfocando la salud como parte de la modernización del Estado. Uno de los pilares teóricos de la modernización es la Equidad.

Equidad: se trata de un juicio de valor relacionado con las instituciones de lo justo y lo ecuánime, distribución de los frutos del desarrollo en forma amplia, evaluación de los niveles de bienestar y participación social para sectores postergados y disminución de las diferencias económicas, sociales y políticas entre regiones, grupos e individuos, entre pobres y ricos.

En la Salud la inequidad se manifiesta en:

- ✓ El nivel y estructura de los procesos de salud enfermedad
- ✓ La exposición a factores adversos (de riesgos)
- ✓ El acceso a servicios de salud
- ✓ La participación en las decisiones sobre gestión y financiamiento.

La salud pública: se entiende como un servicio público cuya misión social es dar cuenta de los procesos de salud – enfermedades de las poblaciones (objeto de la epidemiología) y de los individuos que lo conforman (objeto de la clínica).

Incorpora la salud individual vista desde la solidaridad social, a la democracia política y social como responsabilidad pública. Conceptos básicos para el diseño de intervenciones (eficaces y eficientes) son los de promoción – prevención – tratamiento y rehabilitación, aplicables sea a nivel poblacional que al individuo.

En cuanto a la profundización de la democracia, esta requiere el desarrollo de la solidaridad social entre los diferentes grupos humanos que conforman la sociedad, la participación social en las decisiones y el control social de la gestión pública.

Requiere una cultura de diálogo, exige participación ciudadana en las discusiones de los objetivos nacionales, en la definición social de las necesidades colectivas y por el respeto y el espacio equitativo a todas las etnias presentes en el país, sean minorías o mayorías.

MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD

"La **Atención Primaria de Salud** es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y la autodeterminación. La atención primaria de salud forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo central y económico

global de la comunidad. Lleva la atención de la salud lo más cerca posible del lugar donde residen y trabajan las personas". (14)

Programas básicos de salud pública definidos en Alma Ata, 1978: (25)

1. Educación sobre los principales problemas de salud y los métodos de prevención y control correspondientes
2. Promoción de la suplementación alimentaria y de una nutrición adecuada
3. Abastecimiento de agua potable y saneamiento básico
4. Salud materno infantil y planificación de la familia
5. Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
6. Prevención y control de las enfermedades endémicas locales
7. Tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes
8. Suministro de medicamentos esenciales

El concepto de **atención integral de salud** es de hecho el fundamento de las diversas estrategias que actualmente se aplican en la atención de salud. Dicho concepto tiene implícitas diversas modalidades o formas de aplicar la medicina que es precisamente las que dan su carácter de integralidad. Así, considera:

- La aplicación de actividades preventivas, curativas y rehabilitadoras
- La atención de problemas de salud físicos, mentales y sociales
- El cuidado de todo el grupo familiar
- El trabajo en equipo
- La atención médica jerarquizada, progresiva y continuada
- El saneamiento ambiental y la proyección hacia la comunidad, promoviendo la participación activa de la misma. (4)

Uno de los aspectos fundamentales de la Atención Integral de Salud es que se debe tomar en cuenta la interacción de la persona enferma y su entorno. Este implica que con la curación de una enfermedad no termina la actividad de salud, pero incluye la búsqueda de la causa de la enfermedad y la incidencia en esta.

Se entiende que un **sistema** es un conjunto de componentes y actores relacionados entre sí con un objetivo común; en consecuencia, la definición de un sistema específico dependerá de su propósito, que es lo que le da su identidad y lo distingue de otros sistemas. (15)

El **sistema social general** es la combinación de la sociedad y la cultura, caracterizado por cierta forma de organización social y por un conjunto de instituciones, sectores y relaciones políticas, económicas, educacionales y culturales, todo enmarcado dentro de una serie de valores, creencias y normas de conducta que describen una forma de vida específica. Una comunidad es un sistema social en miniatura que ocupa un espacio geográfico dado.

El **Sistema de salud** incluye los elementos o componentes del sistema social que están relacionados directa o indirectamente con la salud. No se limita al sector salud, pero lo incluye, al igual que elementos extrasectoriales que afectan a la salud, como la educación, el sistema económico (empleo e ingreso), la cultura, el sistema político y los servicios públicos o privados como agua, electricidad y transporte. El objetivo o resultado deseado de un sistema de salud consiste en producir un mejor estado de salud para el individuo o la comunidad. Es por necesidad un sistema abierto, en una interacción continua y recíproca con el ambiente; por medio de esta interacción constante los componentes del sistema, los actores y las prioridades están sujetos a cambios.

El **sistema de atención de salud** corresponde a aquellos elementos o componentes del sistema social que se han diferenciado, de manera formal o informal, para realizar actividades de atención de la salud. Está constituido por el sistema institucional de los servicios de salud, públicos y privados; el sistema tradicional de atención de salud de la comunidad que emplea los agentes sanitarios tradicionales; y el sistema popular de atención de salud, que incluye el autocuidado, la atención familiar y la asistencia proporcionada a través de las redes de apoyo social, como grupos religiosos y laborales.

El **sistema de servicios de atención de salud** es un subsistema o componente del sistema de atención de salud, compuesta de los servicios institucionales cuya misión es dar servicios de salud. Este sistema está dividido en tres subsistemas: público (gubernamental), privado y seguro social.

El informe preparado en 1920 bajo la dirección de **Bertrand Dawson** se propone la reestructuración de los servicios de Salud en los medios civiles:

- Todos los planes de servicios médicos (preventivos y curativos) deben coordinarse estrechamente.
- Cualquier plan de servicio debe ser accesible a todas las clases integrantes de la comunidad... que los servicios sean gratuitos

- Además cualquier plan elaborado debe hacerse de manera que puede crecer, ampliarse y adaptarse a las condiciones locales. Debe comprender todos aquellos servicios médicos necesarios para la salud de la población
- Los servicios para las familias de una región específica deben tener como base un centro primario de salud, o sea, un establecimiento que ofrezca servicios de medicina curativa y preventiva.

Un **sistema local de salud** consiste de un conjunto interrelacionado de recursos de salud sectoriales y extrasectoriales responsable por la salud de una población y un ambiente definidos en una región geográfica específica. A través del sistema local de salud se coordinan los recursos del sector salud y de otros, se facilita la participación social y se revitaliza y reorienta el sistema nacional de salud, haciéndolo más sensible a las verdaderas necesidades en materia de salud y desarrollo del país.

Este modelo hace énfasis en la atención integral que coordina todos los recursos disponibles en el sector salud y otros ajenos a éste para la promoción, prevención y tratamiento. Se debe analizar la situación de la salud empleando las zonas geográficas más pequeñas que sean posibles, para identificar sus necesidades y prioridades y los recursos extrasectoriales y de la comunidad disponibles para atenderlas. Las acciones se debe agrupar de acuerdo a como se encuentran los problemas en la población y deben llevarse a cabo integralmente por las diversas agencias y categorías de personal, asimismo deben abarcar a toda la población en lugar de ser agrupadas por patología o programas verticales. La amplia participación social de las comunidades, todos los tipos de proveedores de atención de salud, y una extensa participación de ONG e instituciones extrasectoriales es esencial a este modelo al definir necesidades, identificar y coordinar recursos, planificar y llevar a cabo acciones y evaluar resultados.

Para el desarrollo de sistemas locales de salud se indica cambios estratégicos claves, como:

(14)

- La descentralización y desconcentración: implica transferencia de funciones, autoridad y capacidad de decisión a niveles locales en lo que respecta a la determinación de contenidos programáticos, la negociación con la comunidad y organizaciones sociales y la posibilidad de movilizar recursos. Con la descentralización se logra mayor contacto

del sistema nacional de salud con la población, lo que contribuye a que los objetivos, políticas y planes de salud corresponden a las verdaderas necesidades de los usuarios.

- La participación social: se debe generar la activación de la participación comunitaria, la expresión de los grupos formales e informales de las comunidades en el proceso de deliberación y concertación de los aspectos de salud que les afecta directamente. Es necesario que la comunidad tenga parte no sólo en las acciones y decisiones sino también de la responsabilidad por resultados concretos.
- La intersectorialidad: lograr una inserción plena del sector salud en el desarrollo nacional. Todo esfuerzo de desarrollo de la salud con un enfoque amplio exigirá la conjunción de todas las fuerzas sociales y económicas con el propósito del bienestar colectivo. Implica la búsqueda de la optimización de los recursos y mecanismos de asignación de recursos que incorporen criterios de prioridad y equidad.
- La readecuación de los mecanismos de financiación: la necesidad de asegurar el apoyo financiero al sector de salud. Esto implica cambios cuantitativos y cualitativos en las fuentes tradicionales de financiamiento, así como la búsqueda de fuentes alternativas de financiamiento.
- El desarrollo de un nuevo modelo de atención: en el nuevo modelo son trascendentales los espacios (estilo de vida, mejoramiento del medio familiar y social, etc.) en donde la comunidad y las organizaciones sociales pueden tener una participación efectiva, posiblemente más aún que las propias instituciones del sector salud.
- La integración de los programas de prevención y control: la programación local no solamente contiene los instrumentos y métodos para la detección de los problemas de salud y sus operaciones para resolverlos, sino que también es capaz de lograr la coordinación entre programas optimizando el uso de los recursos.

EL CONTEXTO

Bilwi y la Región Autónoma del Atlántico Norte. RAAN.

La Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), es la más extensa del país abarcando un territorio de más de 34.000 km². Está localizada en el extremo nor oriental de Nicaragua, En su división política administrativa se encuentran 7 municipios.

Así la RAAN queda conformada como sigue.: Puerto Cabezas (Bilwi), Waspam, Rosita, Bonanza, Siuna, Prinzapolka y Waslala este último (actualmente bajo la administración de Matagalpa).

Puerto Cabezas es el principal municipio de la región y rescató su nombre tradicional de Bilwi para su casco urbano, por iniciativa y resolución emitida por el Consejo Regional Autónomo en 1996.

La población se caracteriza por ser multiétnica y pluricultural. En esta macroregión se encuentran asentados 4 grupos étnicos: los miskitos, los sumos (Mayangnas), los criollos y los mestizos.

Se estima que el 42% de la población es mestiza, el 40% miskitos, el 10% criolla y el 8% suma o mayangna.

Organización comunitaria miskita

En las comunidades miskitos generalmente se organizan:

La Asamblea Comunitaria conformada por los miembros mayor de edad de la Comunidad, es la encargada de elegir los dirigentes comunitarios

El Consejo de Anciano lo conforma las personas mayores de 40 años, los cuales por lo general todos son hombres. Ellos son la máxima autoridad dentro de la comunidad.

Le sigue el Juez, el cual es elegido cada año. El se encarga de controlar el cumplimiento de las leyes comunitarias, gestionar y organizar actividades comunitarias, entre otros. Un segundo juez y la policía civil le apoyan.

El Consejo Consultivo: lo integra el director de la escuela primaria, padres de familia, el pastor y el juez.

Los pastores: son representantes de Dios y tienen bastante influencia, ya que como líderes espirituales son guías y como toda la población es "cristiana" son reconocidos como unos de los principales líderes dentro de la comunidad.

La enfermera y los agentes comunitarios de salud se encargan de velar por la salud de la población tanto en la atención asistencial, como de la promoción y prevención.

Grupos religiosos de ambos sexos y diferentes grupos etarios, que recaudan fondos y realizan actividades religiosas y sociales

Aspectos históricos de Bilwi (Puerto Cabezas)

Los orígenes de Bilwi, datan de tiempos anteriores a la llegada de las empresas madereras al lugar denominado por los británicos como Bragmans Bluff.

La mayor parte de los terrenos del perímetro de la ciudad de Bilwi le pertenece a la comunidad indígena de Karatá, que dispone de títulos reales otorgados en tiempo de la ocupación Británica.

La inmensa mayoría de los habitantes de Puerto Cabezas se autodenominan como pertenecientes a la etnia miskita. Sus hábitos, su cultura, su idioma, en fin, todo el que hacer diario están condicionado por esta realidad.

La gran mayoría de los barrios que componen la ciudad de Bilwi, en especial los periféricos presentan una estructura social que corresponde a las comunidades indígenas de la RAAN.

A raíz de las importantes migraciones poblacionales durante el decenio de los años 80, como consecuencia de la guerra que azotó la región, una fuerte cantidad de habitantes engrosó la población de los 24 barrios existentes en la ciudad y 75 comunidades rurales

Las estimaciones de la población para 1999 fue de 45.595 de las cuales el 48% son hombres y el 52% mujeres, según información del SILAIS RAAN.

La ciudad de Bilwi como tal, presenta una población aproximada de 25.000 habitantes y una extensión de 5,240 kms², con una densidad poblacional de 9.5 habitantes por km², citando como fuente a INITER.

En Nicaragua se han promulgado leyes que fortalecen el contexto autonómico y multicultural de las regiones autónomas. Estas leyes son las relativas a la Ley de Autonomía, la ley de lenguas.(21)

La Ley de lenguas

Artículo 1

El español es el idioma oficial del estado. Las lenguas de las comunidades de la Costa Atlántica de Nicaragua serán de uso oficial en las Regiones Autónomas, en los casos que establezca la presente ley.

Artículo 6.

El estado establecerá programas para preservar, rescatar y promover las culturas miskita, Sumu, Rama, Creole y Garífona. Así como cualquier otra cultura indígena que aun exista en el país, estudiando la factibilidad futura de la educación en la lengua materna respectiva.

Artículo 8.

Los consejos regionales Autónomos en coordinación con las autoridades educativas nacionales desarrollaran los programas educativos bilingües interculturales, respetando las normas básicas contenidas en esta ley, los que deberán de responder a sus necesidades particulares y deberá abarcar su historia, geografía, recursos naturales, sus conocimientos y técnicas, sus sistemas de valores y sus aspiraciones sociales, económicas y culturales. El estado proveerá de estos programas con los recursos apropiados para cumplir este fin.

Artículo 11.

Las leyes, decretos, comunicados y cualquier otra documentación emitidas por el Estado nacional deberán traducirse y divulgarse en las lenguas de las comunidades de la costa Atlántica.

Artículo 12

Los mensajes de salud publica deberán ser elaborados y diseñados de acuerdo a las características culturales de las comunidades de la costa Atlántica, también serán traducidas y ampliamente divulgados en dichas lenguas, en las regiones autónomas.

Puerto Cabezas está a 560 Km. de Managua, vía Waslala y a 523 Km., vía Río Blanco. Las religiones más importantes son la morava (sobre todo en territorios con predominio indígena y Creole) y la Católica Apostólica Romana (en el territorio con predominio mestizo).

Las principales fuentes de ingreso de la población son la agricultura de subsistencia, la pesca, el trabajo forestal, la minería artesanal (güirisería) y el comercio en pequeña escala.

La historia de la Costa Caribe es distinta a la del resto del país, ya que mientras en el Pacífico la colonia española dominó durante la época previa a la Independencia, en el Atlántico hubo predominio británico. Posteriormente fueron las grandes empresas transnacionales las que decidieron el contexto de la región.

En la década de los 80 el territorio fue víctima de una guerra entre hermanos, teniendo que desplegarse hacia otras regiones o territorios mas del 60% de la población.

Durante decenas de años los habitantes de la Costa Caribe Nicaragüense han estado reivindicando sus derechos por determinar su desarrollo. En 1987, luego de un intenso período de pugnas y en el marco del proceso de pacificación, posterior a una guerra entre hermanos, la asamblea nacional decretó la ley de autonomía (Ley No. 28).(26)

Esta ley faculta entre otros a los pobladores de las regiones autónomas del Atlántico Norte, a administrar la salud en coordinación con el ministerio correspondiente, de acuerdo a su realidad y características sociales y sobre todo de acuerdo al carácter multiétnico e intercultural de su sociedad.

En el Marco del proceso por reglamentar y aplicar dicha ley, la comisión de salud del consejo regional autónomo, posterior a la realización de un diagnóstico sobre la situación, diseñó en conjunto con un amplio sector de la población y estructuras del estado, un modelo de salud propio en el que se ha reflejado los intereses y necesidades de la población por un lado, y por otro los elementos viabilizadores actualmente aceptados. Este modelo fue aprobado por unanimidad en el Consejo Regional Autónomo en 8 de Octubre de 1997, así mismo en dicha sesión se instó a las autoridades regionales a iniciar con el proceso de implementación de dicho modelo.

Obviamente un cambio tan profundo en las estructuras y procesos en el que además se ve involucrado un ministerio de estado, conllevaría un sin número de obstáculos y problemas en su ejecución, al temor al cambio, se le agrega elementos relacionados a la pugna por poderes, revalorización de conceptos y no por último intereses políticos partidistas, todos, elementos que se oponen al sentir de la población costeña por lograr un instrumento que les permite ser sujetos de su propio desarrollo.

EL MODELO DE SALUD DE LA RAAN (6) VER anexo 3.

Desde hace siglos, las practicas sanitarias tradicionales contribuían a la sobre vivencia de la población indígena bajo condiciones climatológicas extremadamente difíciles, que sin embargo no son aprovechadas adecuadamente en la situación actual. Los conocimientos de los antepasados de la población Mayangna y Miskita permitieron combatir las enfermedades típicas de la región. Estas tradiciones se relacionan con la propia cosmovisión de los grupos indígenas y con su actitud ante el fenómeno enfermedad-salud. Siempre ha habido posibilidades de impedir enfermedades en el ámbito local o de minimizar sus efectos. Este tipo de prevención se practicaba con determinadas dietas, costumbres de vida y condiciones de vivencia adecuadas a la zona. Por otro lado esta tradición se manifiesta con conocimientos profundos de medicina natural y hierbas medicinales.

Los pueblos indígenas conocían y estaban preparados para curar la mayoría de las enfermedades conocidas por ellos. En la actualidad es necesario llevar programas de salud preventiva y curativa tanto con medicina indígena, como occidental.(9)

Actualmente en la RAAN el Sistema de Salud se encuentra en un proceso de transformación para poder responder a los nuevos retos mediante la descentralización de la administración de la salud. Según la ley de autonomía, la administración de la salud le corresponde al gobierno regional autónomo. Para ello es fundamental crear las condiciones necesarias: voluntad del MINSA central, personal adecuadamente capacitado, organización eficiente del sistema, mejoramiento de la infraestructura, coordinación con y entre las diferentes instituciones, entre otros.

LA RAZON DEL SER DEL SISTEMA DE SALUD DE LA RAAN

Garantizar la presentación de servicios de salud a la población de la Región Autónoma del Atlántico Norte.

Los principios del modelo de salud de la RAAN:¹⁰

- La atención de salud debe ser integral, es decir, considerar los elementos curativos, de rehabilitación, preventivos y de promoción, haciendo énfasis en estos dos últimos
- Se debe garantizar de manera sistemática la participación social
- Se debe promover la Revitalización cultural
- La salud también responsabilidad de la sociedad
- La equidad en la atención es un elemento primordial, priorizándose a: el binomio madre-niño, las comunidades étnicas, los grupos poblacionales productivos en la pesca, la minería y el trabajo forestal
- Toda la población debe tener acceso (económico, cultural y geográfico) a la atención básica en salud.

La base de la prestación de los servicios será la propia comunidad. Para tal efecto, seguirán siendo eslabones fundamentales de la atención en salud las parteras empíricas, los líderes de salud, los brigadistas, curanderos, profetas y sukias. Las funciones del personal del Puesto de salud serán:

- Prestar atención integral a la población del territorio inmediato
- Organizar al personal voluntario (líderes y parteras)

- Apoyar el desarrollo de las comisiones comunales de salud
- Servir de base logística para el personal voluntario
- Servir de centro de referencia y contrareferencia
- Funcionar como base orgánica de la vigilancia epidemiológica

PRINCIPIOS DEL SISTEMA

Las políticas y principios de la atención en salud a la población de Región Autónoma del Atlántico Norte deben estar comprendidas en el marco de referencia de las políticas Nacionales de salud, respondiendo sin embargo específicamente a la población costeña, sus intereses y particularidades culturales.

Los principios del sistema de salud de la RAAN han de ser:

- La atención en salud debe ser integral, es decir considerar los elementos curativos, de rehabilitación, preventivos y de promoción, haciendo énfasis en estos dos últimos.
- Se debe garantizar de manera sistemática la participación social y en especial la de los diferentes pueblos indígenas y comunidades étnicas en todo el proceso.
- Se debe promover la revitalización cultural.
- Las acciones deben responder al principio de la reciprocidad, es decir que si bien la salud también es responsabilidad de la sociedad civil, la estructura de gobierno debe asumir su rol como gestos, normados y supervisor en conjunto con los demás actores sociales.
- La equidad en la atención en salud es un elemento primordial, priorizándose a:
 - Al binomio madre-niño.
 - La población perteneciente a las comunidades étnicas,
 - Los grupos de poblaciones productivos en la pesca, la minería y el trabajo forestal.
 - Toda la población, y en especial los grupos desprotegidos deben tener acceso a la atención básica en salud. Esto se refiere al acceso económico, social geográfico y cultural.

¹⁰ Ibid 6.

OBJETIVOS DEL SISTEMA DE SALUD

Objetivo general

Mejoramiento del nivel de salud de los pobladores en la RAAN , sus familias y comunidades, dentro del marco de su medio ambiente y considerando las particularidades de cada uno 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 mas vulnerables.
- ◆ Contribuir al mejoramiento de las condiciones higiénicos 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 practicas tradicionales.
- ◆ Aportar al desarrollo comunitario.

ESTRATEGIA DE DESARROLLO.

1. Fortalecimiento del proceso de descentralización
2. Fomentar un entorno que permita a la unidad familiar mejorar su salud.
3. Impulsar el desarrollo de la atención primaria
4. impulsar el fortalecimiento de la atención hospitalaria
5. mejorar la calidad de atención
6. Fortalecer institucionalmente el sistema de salud regional.
7. Desarrollo del marco jurídico

VII. DISEÑO METODOLOGICO.

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Bilwi cabecera del municipio de Puerto Cabezas y de la RAAN.

La duración del estudio se realizó durante los meses de Enero 2000 a Marzo del 2001.

Tipo de estudio:

La investigación es del tipo de evaluación cualitativa del modelo de salud.

La población del estudio:

Toda la población de la RAAN.

Descriptores del estudio

1. Implementación: Factores políticos, factores socioculturales, fuente de financiamiento y grado de desarrollo del modelo
2. Análisis del Modelo de salud: principios, políticas, componentes y estrategias.

Fuentes de información:

Fuentes primarias:

Se entrevistó a 20 personas de las 22 prevista, pero dos de ellas consideraron que no manejaban la información suficiente para hacer la entrevista.

Como fuentes secundarias se usó: documentos, informes, memorias de sesiones del consejo regional de salud.

Mecanismos de recolección de información:

Para la recolección de información se usó los siguientes mecanismos:

Se hizo una entrevista a los informantes claves con una guía de recolección de la información con preguntas abiertas y cerradas, grabando dichas respuesta y luego se transcribieron textualmente para su análisis correspondiente.

Criterios de selección

Inclusión:

1. Conocimiento de la existencia del modelo de salud
2. Participación en su elaboración
3. Que el entrevistado tenga algún tipo de relación con la implementación del modelo.

Criterios de exclusión

1. Que no tenga conocimiento de la existencia del modelo de salud.
2. No tenga ningún vínculo con el modelo de salud

Lista de personas a entrevistarse:

Miembros y ex miembros de la comisión de salud del consejo regional de salud:

1. Lic. Alta Hooker: ex presidenta de la comisión de salud y directora actual del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario de URACCAN

3. Sr. Eddy McDonald: actual presidente de la comisión de salud del Consejo regional Autónomo.

4. Dr. Ned Smith Cassis ex presidente de la comisión de salud del Gobierno regional

5. Dr. Pedro Rupilius ex asesor de la Comisión de Salud del Gobierno Regional

Directores (ex) de SILAIS

6. Dr. Kenneth Serapio Hunter ex director de SILAIS

7. Dr. Kairo Gutiérrez director actual del SILAIS

Dirigentes de URACCAN

8. Dra. Mirna Cunningham rectora de URAACCAN

9. Ing. Albert Sinclair Vicerrector de URACCAN

Funcionarios del MINSA

10. Lic. Ruth Mercado responsable del área rural del SILAIS

11. Lic. Sandra Hooker ex directora de la Escuela de enfermería

12. Dr. Eduardo Torres Pérez. Director del Hospital Nuevo Amanecer

13. Dr. Juan Bautista Carrasco Medico Internista del H N A.

14. Lic. Joy Martín Jefa regional de enfermería del SILAIS

15. Lic. Ada González directora de la escuela de enfermería

Directores y ex directores Municipales

16. Dra. Sofía Sánchez directora del centro de salud del Municipio de Waspam.

17. Dr. Oswaldo Silva ex director del municipio de Rosita.

18. Dr. Humberto Castro Olayo ex director del Hospital Nuevo Amanecer.

ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

19. Dra. Florence Levis coordinadora del proyecto fortalecimiento de los sistemas de salud en la RAAN.

20. Dra. Marilú Rodríguez Directora de la Clínica Salud y Familia

21. Dr. Domingo García. Sub director de la Clínica Bilwi

Comunidades étnicas.

22. Hamilton Sebastián dirigente de la comunidad Mayangna Sauni As

23. Lic. Serafina Espinosa Coordinadora de área de etnomedicina del IMTRADEC

Procedimiento/análisis:

La información recolectada se ordenó por los Descriptores del estudio correspondientes.

Se usó tablas de frecuencia para ordenar la información recolectada

Toda la información obtenida se interpretó y analizó presentándose en forma narrativa los resultados.

VIII. RESULTADOS

Las profesiones que tenían los entrevistados fueron mayormente los médicos con un 60 por ciento, seguido de las enfermeras con un 25 % se dio un caso de auxiliar de enfermería un ingeniero y una de las personas no tienen profesión.

La distribución de la escolaridad estuvo en la mayor parte por profesionales (universitaria) y solo dos de las personas tenían un grado de escolaridad secundaria.

Todos han tenido algún cargo de dirección y todos actualmente están con cargos dentro y fuera del sistema de salud.

FACTOR POLÍTICO

- 16 de los encuestados participaron en su elaboración 4 de ellos no participaron.
- Todos lo apoyaron en algunas cosas aunque algunos tenían sus dudas. Solamente uno de ellos no lo apoyo.

Surgimiento del modelo

- Surge como operativización de un derecho que está en el estatuto de autonomía.
- Por iniciativa de un grupo de personas.
- Surge por el contexto de la modernización del estado
- Por interés de un grupo de personas con fines personales
- Descontento manifiesto de la población en un diagnóstico de salud de la región.

Voluntad política

- Hay una voluntad política manifiesta en todos los escritos a nivel de gobierno pero que en la realidad no hay nada concreto.
- No hay porque ellos realmente quieren mantener una hegemonía.
- Yo creo que depende quien está en el gobierno regional
- No hay. De parte del gobierno regional y el MINSA Central
- En lo que yo he percibido, que desde su nacimiento el modelo ha tenido muchos obstáculos, que ha habido muy poca voluntad política.

Aprobación del modelo de salud.

- Todos respondieron que el modelo de salud está aprobado por una resolución del consejo regional de salud, aunque no manejan fechas, pero del ministerio de salud todos coincidieron que no está aprobado el modelo.

Relación de la ley de autonomía modelo de salud.

El modelo de salud se deriva exactamente del estatuto de Autonomía como señala el Artículo 8 que reconoce y establece que todos los programas nacionales que se ejercen en la región deben de hacerse en coordinación con el Ministerio respectivo.

Los factores que han facilitado la implementación del modelo de salud.

- La coyuntura política del país.
- Creo que lo ha facilitado también es que se haya anexado a una Universidad como lo es URACCAN por que es ahí donde se están forjando los recursos del futuro.
- El hecho de que fue consultado a las bases.
- También como pueblo indígena y étnico hay voluntad de parte de hasta de la OMS y la O.P.S. de que tiene que haber un modelo definido para los que son pueblos indígenas y étnicos que debe ser propio
- la ley de autonomía
- existencia del IMTRADEC
- aportes de los ONG en formación de recursos
- participación de la sociedad civil
- Existencia del G.R.A. y la comisión de salud.

Factores que han restringido la implementación del modelo

- Falta de voluntad política del gobierno central con recorte presupuestario para la región así como temor a la pérdida de poder del ministerio de salud.
- Falta de políticas del estado que obstaculiza el avance en salud por los cambios constante de delegados de salud por razones políticas.
- Falta de unidad de los costeños alrededor de temas sentidos como son los salud, educación etc.
- Desconocimiento del modelo de salud en la mayoría de la población urbana y de las comunidad así como de las instituciones del estado.
- Falta de asesoramiento de las comisiones municipales de salud
- Actitud apática de las autoridades locales y del mismo personal de salud.

El papel del consejo regional autónomo y la comisión de salud con relación al modelo.

- Ellos son un ente político y en el MINSA habemos los técnicos, entonces creo que su papel debe de ser de presión, de grupo de apoyo y de presión fuerte al, gobierno central

para que se pueda aceptar de una vez por todas lo que es el modelo de salud de la RAAN.

- El CRA y la Comisión de salud debe ser el que viabiliza , impulsa ,motiva a la implementación del modelo, tanto en la creación de reglamentos y leyes que tienen que ser aprobados siendo el vínculo principal entre gobierno y sociedad civil.
- Facilitar una amplia alianza nacional
- Negociación continua y constante a todos los niveles.
- Ellos tiene que estar velando para que se trate de implementar además de ser coordinadores prácticos para que este modelo se eche a andar en todos sus aspectos.
- no ha habido un seguimiento del modelo, a nivel interno, la CRS y el CRS a como lo es el propio gobierno, hasta el momento no le han dado seguimiento a todas las etapas, debe de haber un poco mas de involucramiento de todas estas personas.

Actitud del MINSA en relación a la implementación del modelo

- Temor a la pérdida de poder
- Rechazo
- Desconocimiento y temor a la discusión
- Posición dual si al MINSA central y no quemarse ante ninguna instancia regional
- Los miedos superan las capacidades y el estatismo es mas fuerte que la intencionalidad de implementar el modelo.
- Creo que el nivel municipal ,local, todavía ellos como que no están muy apropiados del modelo, haría falta que ellos cuando lo estudiar un poquito mas y vieran como lo pueden ir implementando. La actitud de ellos entonces no tiende a ser de obstaculización, si no quizás de esclarecer dudas. En el nivel regional lo que he visto es un celo de o que es esa secretaria de salud, pero también a lo mejor es por confusión, de no entender algunas definiciones que se han hecho, entonces ha habido eso.

Interculturalidad y si esta incorporado dentro del modelo de salud

- Si esta incorporado el termino
- Esta mencionado de que debe de tomarse en cuenta las diferencias , la diversidad cultural que existe. el modelo de salud retoma la interculturalidad por que no esta claro ahí, habrá que definir las dimensiones de la interculturalidad y después puedes medir y decir.

Iniciativa por parte del Gobierno Regional y la comisión de salud para la implementación del modelo.

En términos generales todos refieren que no hay voluntad del gobierno regional pero si de la comisión de salud

- “Mientras esta esa señora como gobernadora no habrá avance ninguno”
- Hasta donde tengo entendido la comisión de salud se ha conformado un comité de trabajo con el MINSA, la Universidad el mismo gobierno ya tenemos yo siento un banco de profesionales listos para gerenciar nuestro modelo. Esa es una iniciativa que se han hecho ya. Lo otro que se ha estado haciendo es buscando como se haga ese nexo bien fuerte entre el gobierno regional y el MINSA y no como que fueran rivales, si no que se han tratado de acercar a ellos, y trabajar. ha estado trabajando ya con los curanderos, y los sukias para ir retomando el trabajo de ellos e ir mejorando
- Disposición para acompañar el proceso
- Interés actual para implementar el modelo
- Ha habido algún grado de apropiación del modelo.
- Depende de la persona que esta al frente de la comisión de salud.

Las iniciativas que se han impulsados para el desarrollo de la implementación del modelo

- Si para la implementación ya esta el IMTRADEC
- una de las iniciativas a través de ong que han estado interesados en el desarrollo del propio modelo y el mismo
- Decir exactamente que se no, nosotros estamos haciendo unos trabajos de la universidad hace como 4 años, es un estudio para la atención en los diferentes centros, , esa es una de las iniciativas que se hizo para profundizar eso, son iniciativas para que podamos institucionalizar de manera oficial este modelo en el territorio.
- Las iniciativas que se dieron en términos del ámbito legal digamos el CRA y la comisión de salud.
- La búsqueda de que este modelo sea reconocido por las autoridades nacionales dentro del ámbito de coordinación para establecer un sistema que permite la mejor atención.
- Incidencia a nivel local: sociedad civil.

- La cooperación externa donde se plantea cosas que hay que sufragar y es favorecido por alianzas como la OPS BID y Banco Mundial.

Grado de avance conoce usted acerca de la implementación del modelo

- Esto no es mensurable ya que es una cuestión cualitativa ya, que mas bien es de cambio de actitudes.
- Lo que se ha avanzado es que se ha establecido las bases del modelo de salud. que es lo mas sustancial .
- lo considero que andará quizás un 70-75% ,por que si bien es cierto de que no se ha avanzado mucho esta por allí.
- La intencionalidad, estructura , modelos, escritos, y otra que se plasman en los hechos cotidianos en o teórico hay un montón hay un trato mas humano, se respeta mas la medicina tradicional A nivel de implementación tal vez estará en un 20-25 %.

La descentralización de poder hacia los municipios para la implementación del modelo.

- Sin duda alguna no podemos repetir el mismo error que aqueja la región con respecto a resto del país hacia los municipios, la toma de decisión debe estar mas cerca del población
- Hombre si no creyera yo en eso, entonces no puedo creer en la autonomía tampoco; porque es una descentralización desde la comunidad al municipio, a la región

Condiciones para la descentralización del sistema de salud

Actualmente hay condiciones para la descentralización.

- Solo decirte que si estamos esperando las condiciones, bueno nunca los vamos hacer, hay que hacerlas; la teoría de que mientras está uno esta creciendo y le hace sombra al otro, entonces uno se desarrolla y el otro no sepáralos y vez el resultado.
- Si tomamos en cuenta la descentralización, desde el punto de vista de la capacidad de gerenciar yo creo que si hay, pero lo que pasa es que no están bien ubicadas, ahora por las políticas del nivel central que existen ahorita.

Factores socioculturales

Influencia que tienen las Universidades en relación al a implementación del modelo

- La universidad URACCAN es la que mayor responsabilidad le asume la gente entrevistada, la CIUM BICU no le ven ninguna relación con el modelo.

- Las universidades forman recursos para un nuevo modelo de salud con un paradigma distinto, los cuadros serán más permeables para romper con los paradigmas viejos.

La influencia que tienen las instituciones del estado con relación a la implementación del modelo

- La mayoría contestó que las instituciones del estado desconocen el modelo
- Estas responden a las orientaciones del nivel central
- Hay doble subordinación
- Miedo a perder su empleo los delegados
- Ven al MINSA como responsable único de la salud.

Influencia que tienen las ONGs en relación a la implementación del modelo

- Han asimilado mejor que las instituciones del estado
- Son los voceros del modelo
- No debe de ser definitiva la influencia de una ONG para impulsar un proyecto que es de la región, el papel lo debe de hacer la gente de la región.
- Debe ser un eslabón para lograrlo.

El rol de las personas que están involucradas en la implementación del modelo

- Los actores sociales formales de la superestructura trabajan por la presión que se les ejerce. En este caso el MINSA
- Por otro lado la sociedad civil los presiona con una participación activa entonces depende del lobby que se haga alrededor de esto.
- Los partidos asumen una posición de conveniencia que apoyan coyunturalmente.
- Debe de ser de compromiso de los egresados de cursos de diplomados, licenciatura, maestría, divulgar el modelo de salud y hacer trabajo de incidencia.

Actitud de las comunidades étnicas en relación al modelo.

Los grupos más fuertes que pelean esto son los mayangnas y los miskitos.

- Hay iniciativas concretas de la población Mayangna. La población miskita ha sido anuente
- La población Creole se ha mantenido al margen por lo establecido por la sociedad,

- Los miskitos y los mayangnas los que más fuerte han impulsada
- Para los mestizos es indiferente.

El modelo permite la practica de la medicina occidental y la medicina tradicional y como se manifiesta esa practica.

Permite la practica de ambas pero no debe ser excluyente la una de la otra además hay que fortalecer la medicina occidental ya que desde hace varios años se ha mantenido casi la misma planilla de especialistas para la región y no ha cambiado mucho.

Factor económico y tecnológico

Presupuesto por parte del Gobierno regional para la implementacion del modelo

- La mayoría desconocen si hay presupuestos

Centralización del presupuesto

- De existir estaría totalmente centralizado

Financiamiento alternativo para la implementacion del modelo

- 7 de los entrevistados dijeron que desconocían si existía el resto afirmo que existe de parte de algunas ONG pero que es insuficiente todavía
- Deberá de hacerse una planificación en base un plan de salud las intervenciones de los ONG para capitalizar mejor los recursos económicos.

Aporte de las ONGs en relación a la formación de recursos humanos

- Ha estado basado en la preparación de los recursos humanos , lo cual ha estado en manos de estos y no ha sido visto como una necesidad de las instituciones del estado.

Participación de la empresa privada para la implementacion del modelo

- Todos respondieron que no existe participación de la empresa privada por desconocimiento y falta de promoción del modelo de salud.

Como cree usted que debería ser esta participación

- Participación consensuada de los responsables de dar salud a la población a partir de un plan maestro .
- Crear programas comunitarios donde estos aporten y se beneficien.
- Establecer mecanismo de coordinación interinstitucionales e intersectoriales.
- Exigirles a la empresa privada remuneración por la prestación de servicios de salud.

Participación del seguro social

- Todos coinciden que no ha tenido ninguna participación dentro del marco del modelo de salud.

Como debe de participar

- La participación del seguro social esta contemplado en el modelo de salud pero habrá que ampliarlo
- Que existan clínicas de atención aquí en la región para los trabajadores.
- Revisar su participación ya que con la experiencia que se ha tenido en el pacifico ha sido de perdidas para el sistema de salud.

Personal de salud capacitado eu la región

- Todos coinciden que hay suficiente personal capacitado .
- Habrá que hacer un inventario de todos recursos humanos por profesión
- Prepararse para el futuro con nuevos recursos en otras especialidades de salud

Personal de salud seria capaz de administrar la salud en la región

- Todos coinciden que si.
- Las universidades y los otros centro de formación tiene que redefinir sus perfiles ya que hay mucha necesidad en la región y no solo faltan auxiliares y enfermeras.
- Muy plenamente convencida de eso lo malo es que no necesariamente esta dentro del sistema, pero si en la región y dentro del mismo minsa. Por la situación política hay desaprovechamiento de los recursos.

Coherencia interna y externa.

- Si hay coherencia entre las políticas nacional sy las del modelo de salud contestaron todos ,pero habrá que revisarlas
- La diferencia es que el modelo trata de aplicar las políticas ,el MINSA no es papel mojado.

Grado de avance del proceso de descentalizacion.

- Ocho de los entrevistados dijeron que no ha habido, el resto dijo que muy poco.
- Si es en el ámbito institucional está muy difícil para este año yo lo veo muy apegado a la centralización

Grado de pertinencia del modelo de salud

- Es muy pertinente. La ley de autonomía dicta algo ahí en relación a la responsabilidad del gobierno y del MINSA.
- Es un derecho de tener algo diferente en tu atención de salud por eso es altamente

Nivel de ejecución del modelo en relación a su organización administrativa.

- En su totalidad no existe la estructura administrativa completa solo en parte
- Habrá que definir funciones definidas para la secretaria de salud.
- Problemas de presupuesto para operativizar esta estructuras.

Influencia del componente de gestión en la atención de salud

- Creo que el modelo de gestión tiene que estar acompañado del modelo de atención , que este sea oportuno , no pueden estar separados. Debe estar dirigido a lo que la población quiere o el comunitario.
- La comisión del mismo modelo ha jugado un papel beligerante,
- Donde uno municipios están mas avanzados que otros.
- la gestión lleva un componente de negociación comunitaria, que influye positivamente.
- Yo creo que el componente de gestión es la clave de todo este proceso.
- Ese es el papel que hay que hacer ... gestionar y gestionar, hasta cansarse

Nivel de negociación con el MINSA

- Es bastante difícil por que el MINSA central con quien debe de negociar por ejemplo es con las instituciones formadoras,
- Nulo, es un desastre ese MINSA
- yo creo que existe no plenamente negociación, sino de interconexión
- Hay apertura pero no se ha dado seguimiento.
- El punto de negociación es que siendo un interés por ambas lados ya poderse sentar y decir que es lo que haya diferente de ese modelo y ver las particularidades que a cada quien le interesa
- Yo lo llamo que hay un coqueteo entre los defensores del modelo y el MINSA por que responde a presiones. Da pena decirlo pero el modelo lo apoya la gente de afuera que del propio MINSA.

IX. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Factor político

La idea del modelo de salud surge de la necesidad de operativizar un derecho que está en el estatuto de autonomía, que es el que las autoridades Regionales Autónomas administran la salud por un lado en coordinación con el MINSA y el otro artículo que plantea que las autoridades regionales autónomas deben de reconocer y respetar la medicina natural ancestral de los pueblos indígenas y comunidades étnicas. Entonces prácticamente el modelo de salud surge de varias fuentes: la 1ª fuente es la necesidad de ejercer esos derechos, de definir como ejercerlo. En 2º lugar nace del fracaso total de respuesta de la situación de salud que se refleja en las comunidades de la Costa Atlántica en general o sea que el modelo actual de salud no está resolviendo los problemas.

La 3ª fuente de origen del modelo de salud es la demanda de las comunidades de la Costa Atlántica de que sus formas tradicionales de salud sean respetadas y sean además de respetadas, reconocidas y tengan un respaldo institucional.

El cuarto elemento surge a raíz de un descontento manifiesto en un diagnóstico de salud de la población por la calidad de la atención, en el modelo de gestión, el centralismo, ese tipo de cosas, la gente estaba descontenta.

El quinto elemento es la idea de la Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo y de algunos funcionarios que veía la posibilidad o la alternativa, o la oportunidad para mejorar el sistema de salud actual.

El sexto elemento es el surgimiento de todo el proceso de modernización de las estructuras del estado, era la época del comienzo del noventa donde por influencias desde afuera, o sea las tendencias internacionales se dio todo un todo un proceso de modernización de las estructuras estatales o de transformación de las misma que preveía como uno de los elementos principales un proceso de descentralización y de modernización del estado. Entonces la combinación de todas estas fuentes fue lo que originó el modelo de salud.

VOLUNTAD POLITICA

Según los entrevistados hay voluntad política en algunos niveles. Se cree que a nivel local, municipal y regional en la Costa Atlántica hay voluntad de implementar el modelo, y se manifiesta desde la dirección del SILAIS hasta abajo, desde las autoridades del Consejo Regional Autónomo, hay voluntad política para implementar el modelo, tampoco se puede decir que a nivel del MINSA no hay voluntad política rotunda, lo que no ha habido es un mecanismo adecuado de concertación entre el nivel regional y el nivel central, no se ha podido vender el producto bien, a nivel del MINSA, entonces obviamente esto se refleja en que todavía el MINSA desconoce el contenido del modelo.

En términos generales todo mundo dice que apoyan el modelo, pero no saben a que se refiere cuando dicen el modelo. Entonces hay que diferenciar entre la voluntad política manifiesta del gobierno y el Ministerio de Salud en donde se plantea que hay voluntad política en modernizar la salud en descentralizar y hacer los sistemas mas ágiles donde la toma de decisiones estén mas cerca de la población que si la hay por todos los escritos, planes, propuestas, planteamientos a nivel internacional, pero esa voluntad política no se ha transformado en política pública. Y no se ha transformado o no se ha logrado operativizarse a nivel de un presupuesto o plan operativo para la implementación del modelo.

Aprobación del modelo de salud.

En términos generales el modelo de salud esta aprobado por las instancias del gobierno regional o sea el Consejo Regional Autónomo en octubre 97 se aprobó el Modelo de Salud como modelo pertinente para la región.

Se sabe de que la constitución le da salida a la posibilidad de la administración de la salud desde las instancias regionales o sea no hay impedimentos legales, y hay un aprobación explícita por parte de las autoridades regionales en relación a la implementación modelo de salud.

Relación de la ley de autonomía modelo de salud.

El modelo de salud se deriva exactamente del estatuto de autonomía como señala el Artículo. 8 que reconoce y establece que todos los programas nacionales que se ejercen en la región deben de hacerse en coordinación con el Ministerio respectivo. Establece que la administración de la salud es una competencia de las autoridades autónomas y el estatuto

que reconoce la medicina natural son los artículos de estatuto que respalda el modelo de salud. Todavía queda la duda de que cuando se va a reglamentar la ley de autonomía y por ende el modelo de salud.

Actualmente hay un proceso de discusión en la asamblea nacional respecto a la propuesta de reglamentación presentada por los dos Consejos Regionales Autónomos, así mismo se esta discutiendo la ley general de Salud en donde se debe de aprovechar el espacio que tiene los diputados costeños para que sea incluido el modelo de salud como modelo único de la región. Toda esta negociación política esta en manos de los representantes de la región que deberán cerrar filas para lograr los planteamientos antes mencionados.

Los factores que han facilitado la implementación del modelo de salud.

A nivel internacional se ha dado todo un movimiento alrededor de la modernización del estado y dentro de esto la modernización del sector salud, estas tendencias apuntan hacia la descentralización y toma de decisión de la población alrededor de su salud, además se suma el interés mostrado por la OMS de apoyar los procesos de integración de los pueblos indígenas y comunidades étnicas indígena para el rescate de su medicina tradicional.

Otro de los factores que ha facilitado hasta donde ha llegado el modelo de salud es precisamente el de la voluntad política de las autoridades en la región donde hay un consenso. Pero esa voluntad no es tan manifiesta ya que depende de la persona que esta en el gobierno, podemos decir que hay personas que impulsan el modelo desde adentro, caso de la comisión de salud que ha dado muestras de apertura en el ultimo año pero la ha faltado todo un plan de intervención para que sus acciones sean mas concretas. Otro de los que ha sido determinante es el proceso de definición y aprobación, fue un proceso muy participativo a través de consultas en todos los municipios, con distintos sectores, entonces no fue un modelo que se inventó desde arriba y se impuso hacia la gente, sino que fue un modelo que surgió desde las comunidades, surgió desde los municipios y se logró incorporar los planteamientos de las gentes que surgieron del primer diagnóstico que hizo la Comisión de Salud. Y el consejo regional, entonces el hecho de ser un modelo que nació desde abajo determina que con aprobación o sin aprobación se va ir dando en la medida en que hayan coordinaciones para su implementación.

Otro elemento que ha sido importante es el proceso es que el modelo de salud se haya anexado a la Universidad URACCAN para la formación de los Recursos Humanos que

han estado articulados a la implementación del modelo; desde los diplomados en salud comunitaria, pasando por las licenciaturas de enfermería que son los técnicos en salud rural, hasta el nivel de la maestría en salud pública intercultural que se está llevando a cabo en la región y que comenzó con los primeros cursitos de gerencia en salud, porque el modelo de salud se va poner en practica en la medida en que los actores institucionales o comunitarios en este caso por ejemplo los actores del MINSA que son determinantes no lo vean como una amenaza no lo vean como un modelo que les está quitando su empleo o les está amenazando su estabilidad en esa medida, también va ser aceptado e implementado.

FACTORES RESTRICTIVOS

Uno de los factores importantes es la falta de apoyo del MINSA a nivel central y esta falta de apoyo se ha dado en un periodo es que ha habido un proceso de recentralización del estado; prácticamente todas las decisiones se toman desde Managua, pero todas estas decisiones se dan por que ellos no están compenetrado de los problemas de la región y en el pacífico se vive una realidad , aquí en la costa es otra, aunque haya voluntad política para implementarlo a nivel de la región, la verdad es que la gente tiene temor o tiene cuidados desde el SILAIS o desde las instancias del MINSA de involucrarse en un proceso que se ve como muy autonomista, muy proclive al régimen autonómico que no está siendo respaldado desde Managua. El otro factor tiene que ver con recursos el modelo se está discutiendo y se está tratando de implementar en una fase del proceso de modernización y reforma del sector salud que prácticamente se caracteriza por recorte de subsidios, por recorte de presupuestos y por concentración de muchas de las responsabilidades del MINSA hacia el sector privado ,no hay recursos materiales, recursos financieros para poner en práctica un modelo de alto contenido social y que prácticamente no es compatible con el proceso de modernización del sector salud .El tercer elemento en contra es que el modelo ha sido negociado desde la región, a través de los consejos regionales autónomos solamente. Esto ha determinado una polarización, región centro. No se ha logrado construir una amplia alianza nacional de respaldo al modelo desde otros sectores de la sociedad civil que hagan el trabajo de incidencia en Managua. Además se le puede agregar el aspecto político partidario que esto ha venido bloqueando los intentos por hacer valer el modelo de salud que se expresa en la alta rotación de personal en los cargos claves del ministerio, comenzando por la dirección del SILAIS.

Esto afecta por que cuando un director regional está comenzando a entender el proceso lo quitan, por esa misma falta de políticas de estado en donde no hay continuación de los procesos.

Otro factor importante es la falta de apoyo de las instituciones del estado ya que desconocen el modelo por la misma falta de beligerancia de la instancia en esta caso la Comisión Regional de Salud que no ha sabido capitalizar las oportunidades que ha tenido.

El papel del consejo regional autónomo y la comisión de salud con relación al modelo.

El papel del consejo regional autónomo deberá de continuar facilitando la participación de la sociedad civil y de distintas instancias, lo que es el consejo regional de salud la instancia amplia donde participa todo mundo, se deberá de institucionalizar, como una buena forma de asegurar participación ciudadana colectiva en el monitoreo del modelo.

El CRA y la Comisión de salud debe ser el que viabiliza , impulsa ,motiva a la implementación del modelo, tanto en la creación de reglamentos y leyes que tienen que ser aprobados siendo el vinculo principal entre gobierno y sociedad civil. Son ellos los coordinadores prácticos para que se eche a andar el modelo.

La comisión de salud o el consejo regional tendrá que hacer gestiones a nivel internacional nacional y regional en la búsqueda de financiamiento para el modelo canalizados a través de las instancias que se puedan identificar para tal efecto para la implementación del modelo y además deberian identificar municipios pilotos o áreas piloto o temas del modelo piloto en donde se comience a implementar. No se debe de dejar eso como una responsabilidad del Ministerio de salud o una responsabilidad de URACCAN o del Instituto de medicina tradicional y desarrollo comunitario(IMTRADEC).

Un tercer elemento de trabajo del Consejo Regional es que debiera de seguir tratando de facilitar una amplia alianza nacional que haga que el modelo salga del ámbito regional y se vuelva un tema de debate a nivel nacional y a nivel internacional para que vuelva nuevamente desde afuera hacia dentro y tenga mayor posibilidad de respaldo nacional o sea una alianza amplia y con sensibilización, con divulgación, sobre el modelo y que, todo proceso debiera de ir acompañado de la implementación de un sistema de monitoreo gerencial de implementación del modelo, o sea ir planteándose metas con indicadores bien claros que permitan ver los avances desde lo político, desde lo cultural, lo tecnológico y lo economico. Ese sistema de monitoreo si pudiera ir complementado con un análisis de

los informe de salud de la región anual donde se vaya midiendo a través de algunos indicadores si los lugares donde se está implementando el modelo se está mejorando la situación de salud o está empeorando, eso podría ir dando pautas de que hacer en la región.

Actitud del MINSA en relación a la implementación del modelo

Es una actitud de desconocimiento, una actitud de ignorancia, o sea cuando el MINSA ha tenido una alta rotación de personal desde que se comenzó el modelo hasta ahora han pasado como 5 o 6 ministros de salud, cuando cada ministro logra entender que existe un modelo ahí no más lo cambian, o sea que no ha habido como una interlocución permanente desde del MINSA, y lo mismo ha sucedido con secretarios generales del MINSA y los directores regionales de salud o sea con las instancias del MINSA ha habido una alta rotación que ha impedido que haya una actitud, una posición institucional sobre el modelo, ha habido personas del MINSA a nivel institucional que lo han apoyado pero no ha habido una posición que se sienta con seriedad y diga la posición del MINSA sobre el modelo desde el nivel central es ésta, digamos que ha habido como una actitud como de ignorar el modelo, de no involucrarse en un tema que lo ven como muy político o muy complejo o enredado entonces han estado al margen del modelo. Los miedos superan las capacidades y el estatismo es mas fuerte que la intencionalidad de implementar el modelo.

El nivel municipal, local, del ministerio de salud todavía ellos como que no están muy apropiados del modelo, hace falta que ellos lo estudien un poquito mas y vieran como lo pueden ir implementando. La actitud de ellos entonces no tiende a ser de obstaculización, si no quizás de esclarecer dudas. En el nivel regional lo que se ha visto es un celo de la secretaria de salud, pero también a lo mejor es por confusión, de no entender algunas definiciones que se han hecho, habrá entonces que esclarecer todas las dudas para un mejor entendimiento.

El concepto Interculturalidad y su incorporación dentro del modelo de salud

El enfoque de Interculturalidad está incorporado en el modelo de salud aunque esta mencionado debe de tomarse en cuenta las diferencias, la diversidad cultural que existe, pero no esta claro en el modelo las dimensiones de interculturalidad por lo que habrá que definir las y luego poderlas medir y decir.

Por un lado se busca el respeto por las distintas culturas que componen la sociedad y por el otro a aceptarlas ya que una puede tener influencias sobre la otra , todo esto es un proceso horizontal que conviven en un terreno y vive un proceso.

La Interculturalidad es una herramienta metodológica, una herramienta que define actitudes, que define relaciones entre sistemas culturales diferentes y obviamente desde el momento que el modelo de salud parte de la necesidad de articular el sistema de salud tradicional practicado por los pueblos indígenas y comunidades étnicas con el sistema de salud académico que es el que practica la medicina occidental está haciendo un enfoque de interculturalidad, desde el mismo momento en que el modelo prioriza lo que desde el punto de vista de la gente de la Costa son como es su cosmovision, donde les aprieta el zapato en salud por encima de otras cosas está definiendo una política que tiene que ver con una realidad cultural concreta que es la realidad de la Costa. Desde el momento que el modelo de salud plantea un rol para las parteras, para los curanderos, para los sukias, y no solo el rol de los trabajadores de salud que se entienden como tradicionales en el sistema de salud occidental está también reconociendo el aporte de estos sectores hacia la salud entendida desde una visión mucho más integral, entonces el modelo de salud sienta las bases para iniciar un proceso de interculturalidad en salud y no digamos que se ha alcanzado pero si sienta las pautas que de aplicarse bien podría contribuir a desarrollarse la interculturalidad en salud.

Iniciativa por parte del Gobierno Regional y la comisión de salud para la implementacion del modelo.

En términos generales no hay una voluntad del gobierno regional por que depende del partido gobernante y de la persona que esta al frente del Gobierno, en la actualidad es imposible la implementacion por " la señora que esta ahí" pero si la comisión de salud ha tenido una actitud voluntariosa, coyunturalista para enfrentar el tema del modelo, todos quieren que se aplique el modelo pero no existe un plan que diga que pasos se van a seguir, no existe una estrategia claramente definida de cuales son las áreas hacia los cuales se va enfocar para la implementación del modelo, todos los esfuerzos han estado enfocados a lo que se acordó en el año 97 cuando se dijo el siguiente paso es que lo apruebe Managua y se cree la secretaria de salud del Gobierno Regional y desde que se definió esa estrategia no se ha salido de eso, todavía esta en función de que se nombre el Secretario de Salud en el

Gobierno Regional y que Managua acepte el modelo pero nunca ha habido una discusión para decir como todos pueden interactuar para presionar a Managua o como se puede presionar al Gobierno Regional para que nombre un secretario de Salud idóneo, no ha habido una discusión estratégica, sino que ha habido una discusión más de principio y más declaraciones de buena voluntad que acciones en lo concreto.

Las iniciativas que se han impulsados para el desarrollo de la implementación del modelo

Las iniciativas que se han impulsado a nivel general son las siguientes:

Las iniciativas desde el punto de vista legal como es el establecimiento del Gobierno regional y la comisión de salud que los esfuerzos han estado dirigidos a cristalizar en una resolución de la aprobación del modelo.

Otra de las iniciativas esta en la búsqueda de que el modelo sea reconocido por las autoridades nacionales.

También ha habido iniciativas de debate conceptual que la implementación del modelo ha permitido que se comience a hablar de Interculturalidad en salud, que se comience a definir que se entiende por Interculturalidad y que algunos sectores comiencen a preocuparse por la Interculturalidad, como algunos ONG que están preocupados por este abordaje.

Otra de las iniciativas es la implementación concreta del modelo en áreas bien específicas por ejemplo el de la Clínica Bilwi, los barrios donde trabaja que en área de trabajo del MINSA pero la clínica atiende gratuitamente a la población, el caso de Krabutingni con la rehabilitación de pacientes adictos a las drogas utilizado un enfoque intercultural, la formación de promotores de salud, el abordaje de los problemas de salud con equipos multidisciplinares casos de los maestros de Luxemburgo (crisis siknis) que fue abordado por un antropólogo, un epidemiólogo, un médico internista y una curandera El otro campo en el que ha habido mucho desarrollo, es el de la formación de recursos humanos en la región con una nueva visión de la salud. Ha sido el campo más desarrollado donde se ha trabajado el tema, desde la metodología en las enseñanzas desde las reformas de los currículos, desde la creación de los textos que tiene que ver con el modelo.

Otra de las iniciativas impulsadas es la creación del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario (IMTRADEC) que ha impulsado el rescate de la medicina tradicional y ha sido como la parte operativa del modelo, que se materializa con un comité

de trabajo con la comisión de salud, el MINSA y URACCAN para la implementación del modelo.

Por otro lado se ha trabajado a nivel de incidencia con la sociedad civil ejemplo de ello es la realización del foro nacional y centroamericano de la sociedad civil y las reformas del sector salud.

Otra de las iniciativas ha sido la creación de conciencia social a nivel de la cooperación externa donde se plantea las cosas que se quieren sufragar y que ha sido favorecido por alianzas e instancias como lo es la OPS, el CIES, las universidades, las distintas redes que hay, el banco mundial apoyan este tipo de iniciativa.

Grado de avance acerca de la implementación del modelo

Toda la intencionalidad estructuras, modelos escritos iniciativas, que se han hecho a nivel teórico hay bastantes cosas por que se conoce lo que se quiere hacer, pero otra cosa es lo que se plasma en la realidad, en los hechos cotidianos, en algunos municipios ya tienen sus modelitos de atención, donde han modificado mas bien el trato se ha vuelto mas humano, donde se acepta mas a los medicos tradicionales, pero estos cambios no han sido institucionales si no que mas humanos.

Valorarlo es muy difícil porque es una cosa más a nivel de actitudes y más cualitativo que cuantitativo si se valorara a nivel del personal del MINSA se diría que en los municipios de Puerto Cabezas y Waspam probablemente hay un 80% del personal de salud que conoce algo del modelo y le entiende por lo menos algo del modelo, en el caso del sector minero es más reducido el número de personas del MINSA; Si hablamos de personal de salud que trabaja en ONG's en el área de salud tal vez volveríamos a lo mismo, los que trabajan en el sector de Pto. Cabezas y Río Coco conocen el modelo, los que trabajan en el sector de las minas es un porcentaje menor. En el caso de gente vinculada al área de docencia es donde más se ha desarrollado el modelo, es la gente vinculada al área de docencia ya sea en la Escuela de Enfermería o ya sea URACCAN conocen el modelo y en el campo, es variado.

Esto es realmente un proceso largo para mencionar un ejemplo en España se tardó 25 años en descentralizar la salud, entonces al nivel de implementación del modelo se han sentado las bases para seguir con este proceso. Pero todo esto requiere de un financiamiento con el cual en la actualidad no se cuenta.

La descentralización de poder hacia los municipios para la implementación del modelo.

La descentralización es uno de los elementos importantes que tiene que desarrollar el modelo de salud pero ha de ser una descentralización integrada, no tiene que ser solo del poder sino también de recursos y entonces si solo hay una descentralización de poder pero los municipios no cuentan con los recursos para implementar el modelo o no tienen algunas veces los recursos materiales, pero no necesariamente tiene que ser recursos materiales sin no el nivel de negociación local que puedan tener los directores de área ese poder político es lo que hace falta.

No se debe de cometer el mismo error que aqueja a la región con respecto al resto del país quiere decir que las decisiones se deben tomar mas de cerca de la población esto implica que mas se tiene que descentralizar. La municipalización es una de las alternativas dentro del contexto regional que deberá estar en armonía con la administración de la salud a nivel regional para que no se de esa contradicción con la ley de autonomía ya que potenciaría la capacidades locales.

Habrà que diferenciar el termino de descentralización y desconcentraci3n.

El termino de descentralización puede significar la transferencia de la autoridad sobre empresas publicas desde funcionarios políticos a una junta directiva relativamente autónoma, el fomento de las aportaciones económicas regionales a los esfuerzos nacionales de planificación, la transferencia de funciones administrativas ya sea en direcci3n descendente en la jerarquía, espacialmente o por problemas ; el establecimiento de unidades legislativas de menor tamaño o la transferencia de responsabilidad a órganos legislativos subnacionales , la esperanza de conseguir un mundo mejor mediante una participaci3n individual mas intensa.

La desconcentraci3n se aplica ala transferencia de cierto grado de autoridad administrativa a oficinas locales de ministerios del gobierno central puesto que la desconcentraci3n implica la transferencia de autoridad administrativa mas que política se considera la forma mas moderada de la descentralización.

El ministerio de salud realmente ha asumido una postura de centralizar todo, los directores tienen que consultar todo desde lo mas mínimo hasta lo más complejo. Se considera que si

este paso no se da en la realidad poco avance tendría la implementación del modelo de salud en la región.

Condiciones para la descentralización del sistema de salud

No todos los entrevistados coinciden en que actualmente haya condiciones para la descentralización de la salud en la región. Muchos de los entrevistados consideran que la infraestructura actual de salud no presta las condiciones para la atención adecuada de la población, hay debilidades en el sistema administrativo, hay debilidades en el sistema financiero, en la respuesta rápida a los problemas de salud, pero que no son los peores en relación al Pacífico.

Sí se menciona que hay suficientes recursos humanos capacitados dentro y fuera del sistema de salud en la región, pero habrá que revisar su ubicación de acuerdo a su perfil ocupacional.

Se tiene una base, un proyecto de consenso que es el modelo de salud, que permitirá a esa base material poder articular una propuesta de implementación del modelo.

Hay voluntad en la región para llevar a cabo el modelo y no se puede estar esperando que se den todas las condiciones para descentralizar, la teoría dice que un dos árboles están creciendo junto y uno le hace sombra al otro entonces uno se desarrolla y el otro no, sepáralos y veras los resultados.

Si se adopta una posición dinámica en la cual se van creando las capacidades y a medida que se crean las capacidades y se desarrollan las mismas se van asumiendo que es una manera real que ha demostrado éxito en toda la vida empresarial. Si realmente se da el proceso de descentralización tal vez aparezcan otros problemas que con una buena asesoría técnica, con el acompañamiento de una manera gradual es técnicamente realizable en unos pocos años y lo que se plantea es apoyar el proceso para fortalecerlo.

FACTORES SOCIOCULTURALES

Influencia que tienen las Universidades en relación a la implementación del modelo

Las universidades siempre son formadoras de recursos, y si estas forman recursos para un nuevo modelo con un paradigma distinto los cuadros que se producirán van a ser más permeables a ese paradigma que permitirá quebrar con los paradigmas viejos y buscar nuevas alternativas, por eso las universidades tienen que estar en un proceso constante de revitalización y adecuación a las nuevas realidades.

Todos los entrevistados coinciden que la universidad URACCAN es la que mayor influencia ha tenido y ha sido determinante en el modelo, desde la concepción del modelo, la definición del modelo, la consulta y lo que se ha hecho hasta el momento en cuanto a implementación en todo lo que se refiere a la formación de recursos humanos,

Todos coinciden que la Universidad CIUN BICU no ha tenido ninguna participación en la implementación del modelo.

Se plantea que la BICU podría jugar un papel importante por ejemplo en el campo de su carrera de derecho, como en su carrera de administración pública si incorporara el modelo de salud en sus dos planes de estudio, para que de esa forma los abogados saldrían con el análisis de un caso concreto de implementación de la autonomía desde el campo del derecho y los administradores podrían analizar el enfoque de descentralización del área de la salud que en el campo de las políticas sociales es importante.

Además ambas universidades deberían de orientar el trabajo investigativo de los estudiantes alrededor de los componentes del modelo de salud para que sea conocido, divulgado y puesto en práctica en sus investigaciones comunitarias.

Lo más importante de todo esto es que ambas Universidades si lograran una articulación armoniosa alrededor del modelo de salud para sacarlo adelante y dejarse de diferencias que son muy perjudiciales a la región. Además se debe pensar que en un futuro puede que vengan otras Universidades a la Región que tienen concepciones de formación tradicionales que agravaría aun más el problema.

La influencia que tienen las instituciones del estado con relación a la implementación del modelo

Hasta el momento las instituciones del estado no ha tenido ninguna influencia en la implementación del modelo de salud y esto ha sido por falta de involucramiento de parte de la comisión de salud del gobierno regional. Se menciona también el doble subordinamiento que tienen los delegados, una es al nivel central y la otra al gobierno regional el que les paga y da orientaciones es el nivel central por eso la gran dificultad de implementar el modelo

Las instancias del estado que tienen un papel determinante son las que están involucradas a la administración Autónoma, el Consejo Regional, el Gobierno regional, los Consejos Municipales, las Alcaldías Municipales, y obviamente las autoridades comunales, estas

instancias del estado son determinantes para la coordinación de las políticas de salud y por lo tanto la implementación del Modelo en sus áreas específicas, ahora desde las otras instancias del estado sería, si se lograra efectivamente consolidar las comisiones de salud, y el consejo regional de salud que son instancias interdisciplinarias y que las instituciones del estado podrían jugar un papel determinante, por ejemplo el Ministerio de Educación, si este se apropiara del modelo de salud pondría en su campañas de salud dentro de las escuelas comenzar a utilizar a divulgar el concepto del modelo de salud o en algunas instancias del estado que son más autónomas como el seguro social, éste necesita tener un enfoque de las Regiones Autónomas de cara al modelo de salud y está establecido en el modelo de salud pero eso sí, necesita o quiere decir que el seguro Social debería hacer una discusión seria sobre el modelo de salud o ENACAL que es el responsable de abastecimiento de agua, tiene que ver mucho con el modelo de salud, entonces debiera de haber también nuevas políticas dentro de ENACAL vinculadas a lo del modelo de salud o MACFORD para poner otro ejemplo que sea en el marco del modelo de salud donde se aborde el tema de salud ambiental, ese es un aspecto en el que debiera estar involucrado.

Hasta el momento por el hecho de que el Consejo Regional Autónomo, la Comisión de Salud no tenga una estrategia clara para la implementación del modelo de salud, se han perdido grandes oportunidades para comenzar este debate dentro de cada uno de las delegaciones de los Ministerios en la región, de cómo ellos pueden redimensionarse para poder comenzar a poner en práctica el modelo de salud y no necesitan mas dinero, lo que necesitan es hacer lo que ya están haciendo de una forma un poco diferente, que el meollo es el famoso plan o la famosa estrategia para la implementación del modelo.

Influencia que tienen las ONGs en relación a la implementación del modelo

Esa influencia ha sido determinante, ya que la alta dependencia que hay en la región a la cooperación internacionales grande. Prácticamente hay áreas de la región que están en manos de la cooperación internacional y una de esas áreas es precisamente el campo de la salud, lo que hace el gobierno es financiado por el Banco Mundial, por ASDI, por el BID, por la Unión Europea. Lo que hacen los ONGs es financiado también por organizaciones internacionales, si se lograra a través de la definición de una estrategia comprometer a la cooperación internacional gubernamental y no gubernamental a implementar el modelo como una condición para su presencia en la región sería importante, sería la formula de

cómo convencer al MINSA. Las Ongs son un eslabón para lograr la implementación efectiva del modelo de salud.

El rol de las personas que están involucradas en la implementación del modelo

El rol de las personas a estado supeditado al momento coyuntural que se vive. Se comenzó algo con mucho entusiasmo, pero se ha dejado relegado como que fuera responsabilidad de otras personas. A lo mejor es necesario que se vuelvan a involucrar en el proceso y reflexionar un poco sobre lo que se puede seguir aportando, por que ya muchos de las personas no están en el sistema con el MINSA pero estas personas pueden seguir aportando al sistema de salud y además son ciudadanos, familia. Hace falta que se haga algún encuentro con ellos, con todos y escuchar lo que se tiene que decir o que ideas nuevas tienen, metas para la implementación o la actualización del modelo por que ya ha pasado una etapa bastante importante y hay un nuevo contexto ahora. Este rol de las personas involucra también a los recursos humanos preparados en el marco del modelo de salud ya que la pregunta es: ¿hasta donde estas personas han hecho un trabajo de incidencia de acuerdo a sus cargos que ocupan? la respuesta tal vez la encontraríamos en un estudio que se pueda hacer sobre el desempeño de los egresados de los diferentes cursos, eso seria una tarea mas.

Revisando el rol de la sociedad civil costeña, Ésta es una experiencia nueva que recordar que en la Costa la participación se limitaba a la participación de las iglesias, y después en la última mitad del siglo pasado la participación política, pero la participación en la sociedad civil como tal es un concepto nuevo que se está desarrollando. Además al entender que la sociedad civil es multiétnico, entonces es compleja y pasa desde las organizaciones indígenas, las organizaciones multiétnicas, las que tienen enfoque mas hacia ONG's, los que tienen enfoque más hacia lo comunitario, si efectivamente se lograra fortalecer una alianza regional, unas redes regionales alrededor del modelo de salud y éstas realmente comienzan a tener una visión mucho más estratégica incrementarían su capacidad negociadora y podrían jugar un papel importantísimo para la implementación del modelo. Según los entrevistados los actores sociales formales en este caso el MINSA trabajan bajo ciertas presiones, si la presión que se les ejerce es leve, la respuesta es leve, en este caso el MINSA es el que tiene que ser convencidos.

También hay que analizar el rol de los partidos políticos que tiene una actitud de conveniencia, cuando ven que las cosas marchan hacia una dirección lo toman, pero si no ven ningún provecho político lo dejan, caso claro de esto es la reglamentación de la autonomía que solo en tiempos de campaña electoral se habla de ello.

Actitud de comunidades étnicas en relación con el modelo de salud

La actitud de las comunidades étnicas en relación con el modelo de salud son de respaldo, especialmente las comunidades indígenas, estas quieren ver la práctica, ellos llevan a cabo una práctica de salud que articula los sistemas de salud de una forma totalmente normal, cotidiana, respaldan a un modelo de salud que haga eso y que les permita no sentirse mal porque ya no los regaña el médico porque van primero van donde el sukia, donde el curandero, ellos es lo que han estado esperando y lo identifican como un buen modelo de salud, el respaldo de las comunidades indígenas es básico al modelo, tal vez las comunidades campesinas en sector de las minas no sean tan concretas en el sentido de que hay mayor desconocimiento porque muchos son colonos que apenas están llegando a la región y que no conocen mucho de la autonomía, entonces su reacción ante la autonomía es de desconocimiento, tal vez su respaldo a una propuesta del Modelo de Salud desde un enfoque intercultural como éste no lo entienden tanto, pero las comunidades campesinas también tienen problemas serios de salud y estarían anuentes a discutir y a poner en práctica algo que ellos pueden percibir como provechoso para sus comunidades. Las comunidades que mas apoyo le han brindado han sido los Mayangnas y los Miskitos por los procesos que se han llevado a cabo con ellos, la comunidad Creole han vivido mas tímida como escondiéndose o refugiándose el lo establecido por la sociedad demostrando no tanta capacidad de rebeldía contra lo establecido.

Practica de la medicina occidental y la medicina tradicional y manifestaciones de esa practica

El modelo de salud permite la practica de la medicina tradicional y occidental incluso es la parte medular, la razón de ser del modelo de brindar una atención integral al paciente. El reto esta en complementar ambas culturas de atención en salud, no solo por se tiene una sociedad cultural, donde el respeto a las distintas culturas es necesario, sino para lograr mayores grados de eficiencia y de efectividad de la atención y una satisfacción de la

población, quiere decir que cualquier tipo de atención restringente a la otra , va restringir las capacidades en la calidad de la atención ,por lo tanto tiene que lograrse.

En la actualidad los servicios de salud están disparejos, los médicos tradicionales han estado por años en sus comunidades y han atendido siempre a la población, quiere decir que esta medicina ha estado accesible siempre, que pasa con la medicina occidental hay deficiente provisión de medicamentos los médicos esta en las cabeceras municipales, las enfermeras obstetras también, los hospitales no cuentan con los recursos tecnológicos y presupuestario adecuados para funcionar adecuadamente ¿cómo puede ser accesible a un comunitario de una comunidad? Este es el reto que debe tomar el Ministerio de Salud de fortalecer sus unidades básicas de salud para que el paciente realmente tenga esa oportunidad de acceder a ambas medicinas. Por lo tanto ambas medicinas deben de ser complementarias y no excluyentes.

Con respecto a las manifestaciones de la practica en el propio MINSA, sin que lo haya aceptado oficialmente el Modelo de Salud hay algunos cambios dentro del Ministerio de Salud en la región por ejemplo en las prácticas en el hospital, permitir que lleguen familiares con sus sukias, con sus curanderos, la misma forma de abordaje que los médicos tienen con los pacientes en el hospital donde demuestran que hay algunos cambios que se están dando dentro del mismo sistema; el mismo nivel en el abordaje del Grisi Siknis, desde el MINSA donde toman en cuenta que es un síndrome cultural y que por lo tanto tiene que tener un enfoque diferente, las referencias que las mismas enfermera les hacen a los paciente hacia el curandero o los casos de que el curandero acepta que no es un caso a ser resuelto por el y le dice al paciente que busque la medicina occidental. Son algunos cambios que tal vez uno no mide bien, pero que efectivamente comienzan a verse.

FACTOR ECONÓMICO Y TECNOLÓGICO

Existencia de presupuesto por parte del gobierno regional para la implementación del modelo y si hay centralización del mismo

La mayoría de los entrevistados dijeron desconocer si existía presupuesto de parte del gobierno regional para la implementación del modelo y los que dijeron que había este era totalmente centralizado. Realmente el Gobierno regional como no es su prioridad no aprovecha la oportunidad e financiamiento que podría tener. Si se habla del MINSA

tampoco tiene un rubro dentro del presupuesto para la implementación, existe un fondo que es brindado por O.E.D que se le entrega a la Comisión Regional de Salud , al SILAIS y al Hospital y que se ejecuta junto con el IMTRADEC para la implementación .

Financiamiento alternativo para la implementación del modelo

Los entrevistados siete de ellos dijeron que desconocían si existía financiamiento alternativo, el resto afirmó que solo existe de parte de algunas ONGs pero que es insuficiente todavía. Si se explotaran todas las capacidades propias de la región o del estado o de la sociedad en su conjunto podría que hay fuentes de implementación del modelo y no se están utilizando por ejemplo las empresa pesqueras, las empresa madereras, las empresas mineras, las propias comunidades tiene recursos que no se están utilizando.

Esto se ve bastante difícil también por que el dinero que se recauda en calidad de impuesto en las municipalidades este dinero no retorna a las mismas, se queda en las arcas del Gobierno Regional y ha habido múltiples protestas alrededor de esto, por lo que debe de pensarse en una estrategia diferente

Aporte de las ONG's en relación a la formación de los Recursos Humanos.

El estado ha estado poniendo muy poco esfuerzo desde el punto de vista financiero para la formación de recursos .Casi todos los recursos que se forman en la región y en el país los vienen de las grandes instituciones, ya sea el banco Mundial, el BID. Esto es una debilidad por que mientras mas se traslada la responsabilidad de formar los recursos a estructuras externas menos responsabilidad tiene el gobierno dejando ese eslabón estratégico para el crecimiento del país en manos de otro , tanto el lo financiero como en lo temático

Pero ese aporte no es criticable por que precisamente la desconfianza generada por el gobierno en las muestras de corrupción los ONGs prefieren ellos formar al/la gente y buscar contra partes mas confiables para la ejecución de sus proyectos.

Los distintos programas que se han hecho con URACCAN, ha recibido financiamiento de ONG's en todos los niveles. Desde el nivel de formación de líderes comunitarios en los diplomados hasta el nivel de especialización que es la Maestría, en todos los niveles hay aporte ese debe ser el papel de la gente de la región dirigir su recursos hacia donde los necesita

Participación de la empresa privada y el seguro social para la implementación del modelo

La empresa privada no tiene ninguna participación coincidieron todos los entrevistados, pero es no por que no quierax/ nadie, les hace el planteamiento que apoyen por lo tanto no se sabe que postura asumirían ellos si de anuencia o de rechazo. Igualmente el seguro social no ha tenido ninguna participación dentro del marco del modelo de salud.

El modelo establece un sistema o varios sistemas combinados de financiamiento y uno de los sistemas es el de la empresa privada. El modelo no define claramente cual es el rol como puede ser este aporte de la empresa privada, menciona el de la ampliación de la cobertura del sector social como una de las formas de financiamiento alternativo para el modelo pero al hablar del seguro social se requiere también de que las empresas en la región tienen la obligatoriedad de asegurar a sus trabajadores y de esa forma financiar una parte de lo del modelo de salud. Efectivamente cuando hablamos de la empresa privada, habría que ver: La empresa privada no vinculadas al campo de la salud y la empresa privada vinculada al campo de la salud, una de las cosas de la comisión de salud debería de hacer es una resolución del Consejo Regional diciendo: "Clínicas privadas en la región tienen la obligación de organizarse de acuerdo a los principios del modelo de salud y comenzar a legislar en la región en base a su resolución que ya existe; eso podría ser, o podría comenzar a negociar y decirles las empresa privadas en la región que tienen a su personal asegurado deben de hacer que las instancias previsoras del seguro social se implemente el modelo de salud. Pero hay que hacer un análisis mas profundo en relación ala participación del seguro social, la experiencia en el pacifico es de que los hospitales que le prestaban servicios al INSS, actualmente tienen deudas enormes por lo que no es realmente rentable trabajar con ellos.

Personal de salud seria capaz de administrar la salud en la región

Todos los entrevistados coinciden en que hay suficiente personal capacitado para administrar la salud en la región pero no todos los municipios tienen los suficiente recursos para administrar la salud. Se tendrá que hacer un inventario de recursos humanos por las diferentes áreas de trabajo en el área del sector salud para luego dirigir la formación en base a ese diagnostico. Se ha visto un fenómeno bastante importante y es la especialización de las enfermeras, con respecto a la auxiliares de salud. Esos es bueno pero los otros perfiles

por ejemplo l@s [tecnic@s](#) de anestesia, los, citotecnologos, fisioterapeutas, sicólogos, trabajadores sociales etc. Son poquisimos los que hay, y es importante mencionarlo por seria otra de los grandes retos que tiene las instituciones formadoras de recursos humanos dentro del marco del Modelo de Salud, afinar ese detalle de las Universidades de que sea el eslabón entre la ciencia y los requerimientos reales de la población ya sea en el campo de la administración publica, de la medicina, de la gestión, de la provisión de servicios de salud.

GRADO DE DESARROLLO DEL MODELO DE SALUD

Coherencia interna y externa entre las políticas nacionales de salud y las del modelo de salud.

Nada que se está planteando en el modelo de salud es contradictorio a los principios y las políticas del modelo de salud, están planteadas en el marco del proceso de modernización del sector salud. Lógicamente habrá que ajustar en como compatibilizar un Modelo de Salud que pretende dar cobertura total con un sistema de salud que reduce el curso para los sectores o algunos sectores, como garantizar que las prioridades que están planteadas en el modelo de salud coincidan con las prioridades a nivel central desde el punto de vista de cobertura total; a nivel de cobertura total en este país lo único que existe ahora son las jornadas de vacunación y desparasitacion , no hay nada mas, de allí todo lo demás cobran; se puede decir que hay muchos puntos de coincidencia, pero que habrá que revisarlas las políticas de salud ya que esto es una cuestión dinámica , los conceptos están cambiando y ahora el funcionamiento de los sistemas públicos, privados mixtos tiene una dinamita diferente que esta condicionada por las fuentes financiadoras que dictan lo que se tiene que hacer en materia de inversión social.

Ya el año próximo se vencen esas políticas y en términos de implementación habría que comenzar a encontrar algunos mecanismos que aseguren que las políticas nacionales que no se aplican en la región pueden ajustarse al modelo, que el proceso de consulta realmente se participe por que de nada sirve cuando ya están aprobadas. La gran diferencia entre las políticas nacionales de salud con las del modelo es que el modelo trata de aterrizarlas en lo concreto, de aplicarlas mientras que las del ministerio quedan al nivel de mensaje.

Grado de avance del proceso de descentralización.

Todos los entrevistados manifiestan que no ha habido mucho avance en este proceso de descentralización.

El proceso de rescentralización nacional afecta todo lo que se refiere a la autonomía, porque es totalmente contradictorio a la autonomía, la autonomía lo que plantea es descentralización, traslado de competencia, en la medida en que el gobierno ha venido centralizándose, en la medida que todo tienen que decidirse desde Managua obviamente esto cierra las posibilidades de que el SILAIS pueda por ejemplo efectivamente sentarse a encontrar algunas salidas al modelo e irlo implementándolo poco a poco, esto ha sido muy grave el daño, pero ha sido más grave porque la descentralización se ha venido dando como un proceso de politización de la salud o partidización de los servicios de salud, entonces eso lo acaba de terminar al modelo

Grado de pertinencia del modelo de salud

El modelo de salud es altamente pertinente responde al estado, responde a las demandas de las comunidades, responde a las necesidades sentidas de la población indígena y comunidades étnicas de la costa Atlántica, nació por que la ley de autonomía dicta ese mandato de administrar la salud en la región y quien lo tiene que hacer es el Gobierno regional a través de sus estructuras administrativas. Esa pertinencia lo hace viable en cuanto a su ejecución, pero como esta en manos de las personas que tienen muy poca voluntad de aplicarlo habrá que divulgarlo mas, discutirlo presentarlo en el seno de la asamblea nacional, buscar un espacio en el consejo nacional de salud y seguir adelante.

Nivel de ejecución del modelo en relación a su organización administrativa.

El nivel de ejecución es todavía limitado, lo que hay que destacar es que existe el cons regional de salud y este consejo regional de salud se ha reunido al menos una vez cada año y se ha mantenido la motivación y el interés de los miembros de este consejo en el modelo de salud, además es importante los esfuerzos que se han hecho para las comisiones de salud de las alcaldías municipales, que el grado de avance ha sido muy bueno desde el punto de vista de construcción, de consenso, de asegurar la participación de la sociedad civil, donde ha sido muy reducido es en la creación de sus propias instancias ejecutivas como es la

secretaría de salud, del gobierno y la definición de las relaciones entre esa secretaría y el SILAIS.

Influencia del componente de gestión en la atención de salud

Si se promueve el componente de gestión tiene que tener una vinculación con el modelo de atención, no puede haber un divorcio entre el modelo de atención y de gestión. Si se plantea que el individuo sea transformado de objeto a sujeto, quiere decir que tiene que participar en todos los procesos, desde la identificación de los problemas, la priorización de los problemas, la propuesta de alternativas de soluciones y la evaluación de las mismas, lo que se está haciendo es participar dentro del modelo de gestión por que le permite al individuo tomar decisiones que probablemente será en torno al modelo de atención. Todas estas decisiones tiene que ir encaminadas a fortalecer la gestión clínica de atención a los pacientes, así como la gestión de materiales, de recursos humanos etc. Pero al parecer todo esto tiene que ver con las actitudes del personal de salud y de los usuarios del modelo ya que se da el caso de que la atención es poca en los puestos de salud y los usuarios llegan mas a los centros y hospitales por que ahí si les resuelven los problemas.

Nivel de negociación con el MINSAL

No se puede decir que ha habido un proceso de negociación del modelo de salud, mas bien ha habido una apertura de algunos funcionarios que incluso han participado en las sesiones del consejo regional de salud, en el foro nacional y centroamericano sobre las reformas del sector salud, pero no ha sido un proceso donde haya habido una discusión seria entre los defensores del modelo y el MINSAL las propuestas han estado solo en una dirección, desde la región pero del MINSAL hacia la región no ha habido nada, mas bien el MINSAL esta desarrollando un modelo de atención en el sector minero que totalmente occidentalizado de una de las escuelas mas radicales europeas que si resulta según ellos será el modelo de atención en toda la RAAN, eso es preocupante por que se están gastando grandes presupuesto en ese proyecto piloto que a lo mejor no resulta teniendo una alternativa ya trabajada por muchos años que es el Modelo de Salud de la RAAN.

X. CONCLUSIONES

1. El modelo de salud surge como una necesidad de la Región y lo mandata la ley de autonomía, pero existe poca voluntad política por el Gobierno Central y Regional como factor más importante. La Comisión Regional de Salud ha tenido poca incidencia en la implementación, y no ha sabido aprovechar las iniciativas que se han impulsado alrededor de la implementación del modelo de Salud.
2. La Universidad que ha tenido mayor influencia en la implementación del modelo es la Universidad URACCAN, la CIUM BICU no ha sido participe de este proceso. Las Instituciones del estado han jugado un rol poco importante ya que han estado al margen de la implementación del Modelo. La participación de los ONG'S, ha sido fundamental para la ejecución e implementación del modelo con el acompañamiento de la sociedad civil.
3. De las comunidades étnicas el grupo de Miskitos y Mayangnas son los que mayormente han impulsado el Modelo. El grupo que ha estado al margen son los mestizos, siendo indiferente para los creoles. El modelo de salud permite la práctica de medicina tradicional y occidental de forma armoniosa, pero no está accesible la medicina occidental de la misma manera que está la medicina tradicional.
4. No existe un presupuesto real para la implementación del modelo, esta basado en los aportes que hacen los ONG'S, el cual es insuficiente, teniendo la empresa privada y el seguro social poca participación. Existe suficiente personal capacitado en la región, el cual puede encargarse de la administración de la salud en la región, pero está mal distribuido de acuerdo a su perfil profesional.
5. El modelo de salud toma en cuenta las políticas nacionales y las adecua a la región, , aunque se plantea la revisión de algunas políticas. El Modelo es altamente pertinente para la región, pero el grado de ejecución ha sido poco a nivel de base.

Su expresión en la organización administrativa carece de nombramiento de una Secretaría de Salud, que esto impide una buena gestión en la atención de la salud.

6. El "Modelo de Salud " no tiene bien definidas las etapas de su implementación ya que está descrito de forma general, por lo que se vuelve difusa la evaluación, no logrando precisar con exactitud sus avances.

XI. RECOMENDACIONES

1. Implementar el Modelo de salud a través del establecimiento de una base jurídica , elaborando un plan de incidencia Internacional, Nacional, Regional y local
2. La Comisión Regional de Salud debe de crear la Secretaría de Salud con sus respectivas funciones, teniendo negociaciones conjuntas con el Gobierno Nacional, Regional y el Ministerio de Salud y que esta a su vez garantice compromisos con la comunidad internacional para que su financiamiento vaya dirigido a la implementación del modelo.
3. Convocar a los diferentes sectores sociales de la región , consensuar con ellos los aspectos del Modelo de salud que ya se han logrado en su implementación y actualizar algunos aspectos del modelo de salud que todavía están por discutirse.
4. Que las universidad URACCAN continúe apoyando la implementación del modelo y la CIUM-BICU redefina su perfil aprovechando la proyección de carreras que oferta para entrar activamente a apoyar la implementación del modelo.
5. Elaboración de campañas de divulgación del Modelo de Salud a todos los niveles, internacional nacional, regional, municipal y local con mecanismos de monitoreo constantes para que exista empoderamiento del modelo de salud y existan cambios de actitudes en los diferentes sectores de las instituciones y la población.

XII. Bibliografía

1. Amaris A Flores, Mojica J (192) Mortalidad infantil en Panamá: Un análisis de sus tendencias , derivadas del censo 1990 . Panamá
2. ASONGS (1986). En Cenda; Centro de Comunicación y desarrollo Andino(1993). Los Jampiris de Ragaypampa. Bolivia
3. Baeza, citado por Soligmano en La Reforma de salud en América Latina: fundamentos y análisis crítico. Conferencia Internacional. La Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Chile, marzo 1999
4. Beana Paz Guillermo, Montero Olivares Sergio. Comunicación para la salud, una estrategia para la participación comunitaria. México.
5. Declaración de San Salvador. III Reunión de Colegios y Asociaciones de Médicos y Cirujanos en Centroamérica. Un paso hacia cura de los sistemas de salud de nuestros países. El diario de hoy, 15 de noviembre de 1999
6. Hooker Blandford Alta et al. El modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte. URACCAN, Managua, Nicaragua. 1998
7. Indian Health Service (1996) Trends in Indian Health. Washington .
8. Informe del Estado de la Región y resultados de estudio de Concultura en El Salvador. 1999.
9. Karakas Ampan. Propuesta de políticas indígenas ante el estado. Servicio Informativo No. 256. Quito, Ecuador, Julio 1997.
10. Masferrer E. (1999) la situación social de los grupos indígenas de América Latina. En Rodríguez J, Masferrer, Vargas Vega R. Educación Etnias y descolonización en América Latina: una guía para la educación bilingüe intercultural Vol. II UNESCO México.
11. Minister Of National Health And Welfare, Minister Of Supply And Service (1992) Aboriginal Health in Canada . Minister of Supply and Service Canada.
12. Morales. A. Las fronteras desportadas. Cuaderno de Ciencias Sociales. FLACSO. Costa Rica. 99

13. OPS reunión del subcomite especial sobre la mujer, salud y el desarrollo, del comité ejecutivo del consejo directivo. Informe final Washington DC 1996. p 21
14. OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Temas de discusión. HSS/SILOS-17. Washington, EE.UU. 1989.
15. OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de salud. La participación social. HSWD/SILOS-3. Washington, EE.UU. 1990.
16. OPS. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington, EE.UU. 1989.
17. OPS/OMS. Pautas para la incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. Grupo de trabajo sobre Recursos humanos e interculturalidad. Managua, septiembre 1998
18. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS (1993). Salud de los pueblos Indígenas, SILOS -34 Washington DC.
19. PNUD-UE. Estado de la Región en Desarrollo Humano Sostenible. Costa Rica, 1999
20. Psacharopoulos g., Patrinos H. Indigenous people and poverty in Latin America: An empirical analysis. Washington, DC: Worl Bank; 1994: 207.(Worl Bank Regional and Sectorial Studies).
21. Reglamento General y funciones del Consejo Regional de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte. Bilwi, Abril 1998
22. Secretaria de salud ,Instituto Nacional Indigenista (1993) . La salud de los pueblos indígenas en México. Secretaria de salud, Instituto Nacional Indigenista. México.
23. The government of Belize,National Height Census of School Children in Belice 1996 Minitry of education . Belice.
24. UFRO (1989. Censo de reducciones indígenas seleccionadas: Análisis demográfico Chile.
25. URACCAN. Maestría de Salud Pública Intercultural. Interculturalidad y salud. Los informes de Flexner y Dawson. Bilwi. Febrero 1999.
26. URACCAN. Percepción de las autoridades regionales de salud sobre la implementacion y utilidad del modelo de salud. Ingrid Diesen. Nancy Zuniga Noviembre 1998.
27. Velázquez L (1994) Mujer Maya y Salud. Guatemala.

ANEXOS

ANEXO 1

EVALUACIÓN DEL MODELO DE SALUD DE LA REGION AUTONOMA DEL ATLÁNTICO NORTE.

ENERO 2000 Marzo 2001

Instrumento de recolección de la información

Datos generales

Etnia _____ Ocupación _____ Cargo que ocupo? _____ Cargo actual? _____ Nivel académico _____

Preguntas

Factor político

1. Conoce usted el modelo de salud?
2. Participo en su elaboración?
3. Cómo era su actitud en relación al modelo? Lo apoyo en su momento ?
Si _____ No ___ por que? _____
4. De donde surge la idea del modelo de salud
5. Cree usted que hay voluntad política para la implementación del modelo de salud?
6. Conoce usted si esta aprobado el modelo de salud?
7. Cual es la relación que hay entre la ley de autonomía y el modelo de salud?
8. Cuales cree usted serian los factores que han facilitado la implementación del modelo de salud.
9. Cuales cree usted serian los factores que han restringido la implementación del modelo?
10. Cuál cree usted debería de ser el papel del consejo regional autónomo y la comisión de salud en relación al modelo?
11. Conoce la actitud del MINSA en relación a la implementación del modelo?
12. Conoce usted que es interculturalidad y si esta incorporado dentro del modelo de salud
13. Conoce usted cuales son las iniciativas que se han impulsados para el desarrollo de la implementación del modelo?
14. Existe iniciativa por parte del Gobierno Regional y la comisión de salud para la implementación del modelo? Cuales?
15. Que grado de avance conoce usted acerca de la implementación del modelo?
16. Usted cree que es necesario la descentralización de poder hacia los municipios para la implementación del modelo?
17. Usted cree que existen condiciones para la descentralización del sistema de salud 'Si cuales? No Por que?

Factores socioculturales

18. Cual es la influencia que tienen las Universidades en relación al a implementación del modelo
19. Cual es la influencia que tienen las instituciones del estado en relación a la implementación del modelo
20. Cual es la influencia que tienen las ONGs en relación a la implementación del modelo
21. Cual cree usted que debería ser el rol de las personas que están involucradas en la implementación del modelo

**EVALUACIÓN DEL MODELO DE SALUD DE LA REGION AUTONOMA DEL
ATLÁNTICO NORTE.**

ENERO 2000 Marzo 2001

Instrumento de recolección de la información

- 22. Cual es la actitud de las comunidades étnicas en relación al modelo?
- 23. Usted cree que el modelo permite la practica de la medicina occidental y la medicina tradicional?
- 24. Como se manifiesta esa practica?

Factor económico y tecnológico

- 25. Existe presupuesto por parte del Gobierno regional para la implementacion del modelo?
- 26. Hay centralización del presupuesto o no?
- 27. Existe financiamiento alternativo para la implementacion del modelo?
- 28. Cual es el aporte de las ONGs en relación a la formación de recursos humanos para la implementacion del modelo?
- 29. Cual es la participación de la empresa privada para la implementacion del modelo?
- 30. Como cree usted que debería ser esta participación?
- 31. Cual es la participación del seguro social?
- 32. Existe personal de salud capacitado en la región? Usted cree que este personal de salud seria capaz de administrar la salud en la región?
Si_____No_____por que?

Grado de desarrollo del modelo de salud

- 33. Existe coherencia interna y externa en las políticas del modelo de salud y las políticas nacionales de salud?
- 34. Cual es el grado de avance que tiene el proceso de descentralización en la implementacion del Modelo?
- 35. Cual es el grado de pertinencia del modelo de salud dentro del proceso de autonomía?
- 36. Cual es el nivel de ejecución del modelo de salud en relación a su organización administrativa dentro del marco de la autonomía?
- 37. Como puede influir el componente de gestión en la atención de salud?
- 38. Cual es el nivel de negociación que tiene el MINSA en relación con el modelo de salud?
- 39. Cual cree usted que serian los pasos para lograr una implementacion efectiva del modelo de salud en la región.

ANEXO 2

Factor político

N O	Conoce el modelo		Part. en su elaboración		Actitud en relación al modelo	Surgimiento del modelo	Voluntad política	Aprobación del modelo	Relación autonomía , modelo de salud	Factores facilitadores	Factores restrictivos
	Si	No	Si	No							
1	Si		Si		Lo apoyé he apoyado y sigo apoyando todavía el modelo	fue un grupo de políticos	no se	No ha sido aprobado por el gobierno (MINSA), , a nivel de gobierno regional si	son políticas par mejorar el desarrollo de la región, la relación es de que son políticas de algunos funcionarios.	Hay un grupo de personas que están interesadas	no cumple las demandas de los comunitarios, el minsa.
2	si		si		Lo apoyo	Fue un grupo de personas	voluntad así no existe.	Si esta aprobado	El modelo no es mas ni menos que un mandato que hace la misma ley de autonomía.	Ha sido asumido por la sociedad civil, actores importantes alrededor del modelo de salud,	La única traba que tiene es que la gabinete de poder en el minsa , que es el que rige las leyes de salud , todavía no están compenetrados,
3	Si			no	una iniciativa propia de los profesiones y las gentes de la vida común y lo apoyo	es una necesidad propia de los pueblos indígenas multiétnicas de la Costa Atlántica	no hay porque ellos realmente quieren mantener una hegemonia.	Aprobado por el cons reg tengo entendido que si;	sería el modelo también se plantea que los pueblos indígenas de la Costa Atlántica o afrocaribeños o mestizos tienen derecho a ejercer sus propias culturas sus propias formas de pensar, educar, salud y religión,	Es la propia necesidad de los pueblos costeños, enmarcados dentro de la ley de autonomía	De orden político y económico Dentro de los otros factores sería que tampoco hay una unidad costeña política,

4	Si	Si	cuando nos empapamos comenzamos a apoyarlo.	fue la Dra. Mirna Cuningham, Alta Hooker. las que iniciaron	A nivel de la región si, pero a nivel mas alto no.	Según al ley de autonomía si esta aprobado aquí	por que la ley de autonomía es de competencia de las regiones autónomas determinar que modelo o que componentes de la salud se que.eie.	población son los que están apoyando y las personas que están en lo lugares claves	tiene que ver con las políticas del ministerio de salud.
5	Si	No	Como no de tal manera que yo por mi parte junto con el equipo que representamos ante el MINSA en ese entonces.	surge desde el momento que aquí en la costa atlántica es indiferente la cultura ,	Yo creo que depende quien esta en el gobierno regional	No creo	es prácticamente coincidente y paralela por que la autonomía es precisamente eso que nosotros tenemos nuestra modus vivendus propio		No se ha implementado, así que todavía estamos sorteados por la medicina occidental.

6	Si	si	Si efectivamente lo apoye.	Surge de la necesidad de operativizar un derecho que esta en el estatuto de autonomía, fracaso total de respuesta de la situación de salud la demanda de las comunidades de que sus tradiciones de salud sean respetadas y reconocidas	Yo creo que hay voluntad política en algunos niveles.	Si el modelo de salud fue aprobado por una resolución del Consejo Regional autónomo en la región.	el modelo de salud se deriva exactamente del estatuto de autonomía como señalaba el Arto. 8 que reconoce y establece que todos los programas nacionales que se ejercen en la región deben de hacerse en coordinación con el Ministerio respectivo.	la voluntad política de las autoridades en la región hay un consenso. La participación de la sociedad civil La creación del modelo fue un proceso muy participativo a través de consultas el proceso de formación de recursos humanos.	es la falta de apoyo del MINSA el procesos de modernización lo que hay es recorte de presupuestos el modelo ha sido negociado des de la región.
---	----	----	----------------------------	--	---	---	--	--	---

7	si	si	Tenia ciertas dudas	surge de la inquietud de que el sistema de salud no estaba respondiendo a la realidad de la región,	No hay. De parte del gobierno regional y el MINSA Central	Esta aprobado. Hay un decreto que lo ampara	la misma ley de autonomía da apertura para el modelo de salud,	en las comunidades gente que es de la comunidad, que ya estas cosas la están practicando de una forma tradicional, en las comunidades gente que es de la comunidad, que ya estas cosas la están practicando de una forma tradicional, el mismo IMTRADEC está fomentando esa relación entre medicina occidental y med tradicional.	pienso que entre algunos de los factores hay gente que viene del pacifico, que se han empapado de la realidad de la región y responden a eso, como hay gente que han venido de una forma cuadrada y creen que las cosas sean con el modelo que ellos tienen, pero también hay gente de la región que no responde a la región sino que responden al modelo de Managua porque le conviene, por conveniencia propia
---	----	----	---------------------	---	---	---	--	---	--

NO	Rol del C R A y Comisión de salud	Actitud del MINSA	Incorporación del concepto de interculturalidad	Iniciativas impulsadas	Iniciativas del G R Y Comisión de salud	Grado de avance	Descentralización de poder a los municipios	Condiciones para la descentralización
1	Que se metan mas de lleno a apoyar mas el modelo de salud	Nivel central desconozco, ni del regional, los	Si lo toma en cuenta porque en el modelo no solo se habla de beneficiar a un grupo,	la sesión del CRS que se hacen cada año creación del IMTRADEC	creo que no hay ya que la señora que esta allí no quiere nada con salud, tiene una visión muy cerrada.	Hay avance en algunas comunidades están aplicando el modelo y hay mas coordinación con los agentes	Creo que si	Si descentralizando poco a poco.
2	tienen que jugar un papel mas	La única traba que tiene es que	lo que es interculturalidad	Yo creo que si por que de una	Lo que hizo el consejo fue	Creo que ha habido	nos trazamos la meta que es que	Yo creo que hay que hacer una evaluación

	beligerante alrededor del MINSA.en proyección coordinación y divulgación	la gabinete de poder en el minsa , que es el que rige las leyes de salud , todavía no están compenetrados,	estarelacionado con el modelo pero este tema de la interculturalidad, creo que debe de ser manejado mas ampliamente, muy pocas personas manejan. Interculturalidad s	u otra forma el modelo esta ahí en los municipios. sus aspectos organizativos han venido agarrando fuerzas	aprobar el modelo que se ha estado haciendo.	avances, y avances importantes se debe de medir de cómo la ido aceptando la gente y como se ha ido involucrando	hay que fortalecer los municipios , para después trasladarios a los territorios que eso es un proceso.	Que ver con la capacidad de recursos que hay en los municipios
3	Es negociar con las instituciones competentes para que este modelo se pueda implementar, además de negociar, desarrollar estrategias para que sea aceptado este modelo y presionar,	Ninguna actitud, es de total negación y menosprecio	es la forma como el grupo étnico interpreta un problema social, un problema político de la vida cotidiana,	, ha habido también estrategias sociales y académicas ha habido iniciativas políticas	no hay capacidad científico - técnica dentro del gob regional ni el CR autónomo tampoco hay voluntad política y por ende no se puede hacer nada, no lo conoce, y ni le harán nada.	16-Ha habido algo por lo menos de base, por lo menos en las comunidades, pero en la ciudad muy poco	-Realmente creo que sí, pero si las municipalidades no tienen capacidad científico - técnica - económica ni poder político para llevar a cabo esto, sería tirarlo a la basura	No. Porque la verdad es que a que le podíamos llamar condiciones. De infraestructura, condiciones de RRHH formados, estaría difícil
4	jugar un papel mas beligerante en torno a eso,y exigir que halla un proceso de negociación y coordinación en las instancias que corresponden.	El MINSA no son ellos los que digamos lo van a tratar de impulsar,es casi desconocido el modelo exceptuando algunos funcionarios.	si esta incorporado mas o menos,	están las comisiones de salud, la preparación de recursos humanos, el trabajo del IMTRADEC	Abiertamente yo no podría decir,pero ha hecho alguna iniciativa.	No podría decir con exactitud los avances que ha habido.	Yo pienso que si, es sumamente necesario, tiene que ser una descentralización efectiva.	Es una de las cosas que yo pienso que en parte si y en parte no.
5	debería de presionar y	Pues no de fondo , no están muy	Si esta. Es el intercambio de	Hasta ahora no la s he visto,	No creo por que si fuera así ya	No he visto el grado de	Sigo fiel como defensor en la	Condiciones hay pero poner sobre la practica

	conjuntamente presionar al MINSA	interesados	cultura diferentes.	pero en su momento fueron algunos representantes de URACCAN	hubieran deslumbrado	avance de la implementación.	descentralización, por que la autonomía a las comunidades y municipios y cada municipio es diferente en nuestro medio en la RAAN,	tradicional la practica occidental entonces creo que no.
6	creo que debería de continuar facilitando la participación de la sociedad civil y de distintas instancias, se debería de institucionalizar buscar financiamiento. facilitar una amplia alianza nacional	Yo creo que si, es una actitud de desconocimiento, sino una actitud de ignorancia, por la alta rotación de personal	Si esta incorporado y es una herramienta metodologica que define actitudes, relaciones entre sistemas diferentes.	Iniciativas de debate conceptual. La formación de recursos	Hay como una actitud voluntarista, coyunturalista de parte del gob. Reg. y la comis, de salud para enfrentar el tema del modelo, no existe una estrategia definida	es muy difícil porque es una cosa más a nivel de actitudes y más cualitativo que cuantitativo	creo que la descentralización debe de ser integrada, no tiene que ser solo del poder sino también de recursos	Yo creo que si, creo que hay coordinaciones porque hay un grupo de gente suficientemente capacitado en la región que tenemos una base humana capacitada y se de un a descentralización efectiva
7	yo creo que ellos deben de tomar, asumir el poder que el consejo le da.	a nivel local, no tanto, pero si siento que doña Alba como doña Alba, es una traba grandisimo para todo este proceso. Lo que es el nivel nacional no hay apertura para plática	la vida junto de gente de diferentes etnias, que cuando ellos pueden hacer algo de forma conjunto. "Se apoyan y se ayudan y eso están en el modelo.	Yo creo que URACCAN el la que ha tenido una de las iniciativas más grandes a través de Medicina Tradicional,	Creo que hay voluntad de parte del consejo, iniciativa pero no la veo y de parte del gobierno ni voluntad ni iniciativa	no es medible porque mas bien es algo cualitativo.	Sinceramente yo creo que ya es tiempo de la secretaria, y de que la descentralización hacia los municipios	Actualmente no hay condiciones para nada porque aquí en la RAAN estamos en guerra, volviendo atrás al 82 es ...

Factor sociocultural

NO	Influencias de las universidades	Influencias de las instituciones del estado	Influencias de las ong	Rol de la sociedad civil	Actitud de las comunidades étnicas	Practica de medicina tradicional y occidental	Manifestaciones de esa practica
1	Solo URACCAN tiene influencia a través del IMTRADEC La otra no tiene interés.	el principal es el MECD. La mayoría de instituciones desconocen el modelo	No todas las ONG que trabajan en la región, tal vez algunas, como AMC, porque tienen una visión amplia, diferente de trabajar en las comunidades,	Debe de ser de una visión diferente por	Pienso que toma en cuenta las necesidades de los grupos, también los mestizos, pero de los creoles no se	Yo pienso que todo el tiempo se ha venido combinando la tradicional con la occidental, ,	No todas las enfermeras tradicionales lo pueden curar las medicinas e igual los AST las cosas occidentales no los pueden curar los AST
2	La BICU esta en cero. La URACCAN creo que todavía debe de jugar un papel mas importante en su divulgación , en su proyección, del modelo de salud y	Muy poco, por que es un proceso que ha venido caminando lento	creo que esta gente ha venido asimilando mejor que las mismas instituciones del estado. organismos haya mas aceptación	Es algo importantísimo, por que son las gente la que genera opinión, la gente que de una manera u otra incide y decide, el rumbo de la sociedad civil, pero ha sido un poco	Se sienten incluídos	Si algo importante hemos logrado alrededor del modelo es eso, poder ir aceptando las cosas buenas que existen en las dos medicinas	actores importantes se han hecho unas decisiones interesantes que de una u otra forma ha ido calando en la razón del ser del medico de ir aceptando estas dos cosas.

	su misma discusión con los estudiantes universitarios						
3	Que yo conozca solo la URACCAN, pero la otra yo no se si ha hecho algún tipo de influencia, no creo; positivas pues	En el MINSA unos cuantos soñadores anda allí hablando pero de allá nadie	Eso lo desconozco, no se	Han sido lo suficientemente activos	Desconozco esa parte	Yo creo que el modelo no plantea un divorcio de la medicina tradicional y la medicina occidental,	Realmente la gente lo hace, que no lo vea el médico y la enfermera para darle un poco de hierbas.
4	la universidad ha jugado un papel muy importante, sobre todo en la preparación de recursos	Yo pienso que ayuda poco, las otras instituciones puedan influir sobre, y creo que fortalecería mas al modelo	que la ONGs son los voceros del modelo	Las personas capacitadas por su propia cuenta tratan de ir aplicando lo que se les ha transmitido,	no ha sido la mas protagónica, pienso que todos estamos representados	Como lo tiene estructurado yo pienso que si.	tienen libre elección de ir, si quiero ir al médico o si quiero ir donde el curandero de su barrio, soy libre de hacerlo.
5	Yo creo que hasta ahora CIUM BICU no lo he visto que ha tenido participación, pero en	No las conozco	Me imagino que las ONG, podrían influenciar para que nos dieran este modelo,	tener una preparación alta para poder enfrentar estos derechos de interculturalidad,	Estarian encantadas en practicar lo de este modelo de salud por que es estar mas cercano a sus modus vivendus.	Yo creo que se pueden conjugar las dos.	es un intercambio de tratamiento me imagino que se tiene como una interconsulta mas, para tratar a los pacientes.

	su momento he visto que URACCAN ha participado hace 2 o 3 años en eso activamente						
6	la influencia de URACCAN ha sido determinante; en el modelo, desde la concepción del modelo, la definición del modelo, la consulta y lo que se ha hecho hasta el momento. No conozco suficiente de la BICU.	Yo creo que las instancias del estado que tienen un papel determinante son las que estén involucradas a la administración autónoma, son determinantes para la coordinación de las políticas de salud y por lo tanto la implementación del modelo	Determinante también, la alta dependencia que hay en la región a la cooperación internacional, o sea prácticamente hay áreas de la región que están en manos de la cooperación internacional y una de esas áreas es precisamente el campo de la salud	Cambiar su visión del local y regional hacia lo estratégico. Creo que la sociedad civil costeña es una experiencia nueva, un concepto nuevo multiétnico que es complejo con un enfoque más comunitario y más efectivo si se fortalece una alianza regional	es de respaldo, especialmente las comunidades indígenas, estas quieren ver la práctica, ellos llevan a cabo una práctica de salud que articula los sistemas de salud de una forma totalmente normal, cotidiana.	Si lo permite.	yo diría que su respaldo a un modelo de salud que haga eso y que les permita no sentirse mal porque ya no los regañaría el médico porque van primero donde el sukia, donde el curandero, ellos es lo que han estado esperando y lo identifican como un buen modelo de salud
7	la BICU no ha asumido su papel como universidad, lo que tiene la mayor	No tienen ninguna y el MECED podía tener una gran influencia en la clase moral y cívica	no debe ser definitiva la influencia de una ONG para impulsar un proyecto que es de la región, que	Lo están llevando a cabo la mayoría de ellos.	Yo creo que se sienten incluídas, los mayangnas hasta han querido unos aportes especiales para ellos,	Lo permite, pero el obstáculo es la formación que tienen el personal de salud en los centros de formación del MINSA.	en Tuapí y la auxiliar no tenía medicamentos, sin embargo ella estaba en el centro, pero que hacen cuando no estás en el centro si es dolor de barriga lo manda beber tal cosa, ella allí desde el centro está

	influencia y la ha impulsado en su totalidad ha sido URACCAN, especialmente por lo ejes, que género, que derechos humanos, interculturalidad		el papel fundamental lo debe de ejercer la gente de la región, deben de ser un eslabon para lograrl.				orientando a utilizar los recursos que ellos tienen. Se dio en el caso de Grisi Siknis, cuando un medico ha aceptado de que es algo que al no le puede dar atención, sino que hay que llamar a otras personas de medicina tradicional para que la vea	
NO	Presupuesto por parte del Gob Reg.	Centralización del presupuesto	Financiamiento alternativo	Aportes del ONGS en relación a RR HH	Participación de la empresa privada	Como debería ser la participación	Participación del S.S	Existencia de personal de salud capacitado
1	si	Si. Por que ellos pueden destinar dinero para la implementación del modelo de salud, pero es un capricho que no quieren y	Es el del IMTRADEC	Yo pienso que no todas las ONG están interesadas en la formación del personal de salud en la implementación del modelo.	Yo pienso que no	Primero es concientizar esa gente que están trabajando la empresa privada, Primero es concientizar esa gente que están trabajando la empresa privada,	Si tiene participación el seguro social	Si yo pienso que si hay suficiente personal capacitado, mal distribuido

		ni mente le ponen						
2	No existe	Esta centralizado	A excepción del programa que financia OED no.	Yo creo que no tienen, por desconocimiento y negligencia de las autoridades	Ni el gobierno, ni el consejo, ni las instancias que tienen que ver con la empresa privada, ni las mismas instituciones del estado, ahí hay serias limitantes,	No ha sido una discusión prioritaria sobre estas cosas,	No existe una política real alrededor del seguro de los trabajadores.,	Hay personal capacitado para administrar algunas instancias, algunos departamentos, algunos niveles pero requerimos, de mas
3	No se	Lo desconozco	No lo se	Creo que es nula	Debería ser beligerante, debería de ser integradora	cero		Si Fijate que existen todos los elementos pero probablemente están aislados
4	hay un presupuesto para las diferentes actividades	Esta centralizado	No se	podríamos decir que hay un aporte, en el caso de algunos diplomados y las licenciaturas por encuentro yo se de	No se	debería de ser de todos, y debe ser activa desde el proceso de planificación	yo diría que no	Yo pienso que abundan, hay suficiente recursos para eso con voluntad y ganas de hacer las cosas.

				algunos organismos que son una contraparte de eso.				
5	Yo no creo que tengan	Yo creo que si practicamente	No lo he visto ni lo he escuchado	los ONG tienen mucha participación	Creo que desconocen ellos de este modelo.	yo creo que si lo conociera lo apoyaria ,	No ,no conozco.	Si es capaz de administrar la salud
6	Ni un chelin	Por parte del minsa si	Si lo que mencionaba de los ONGs	Yo creo que el aporte no ha sido malo hasta el momento para los distintos programas que hemos hecho en URACCAN, hemos recibido financiamiento de ONG's en todos los niveles.	El modelo tal vez no define claramente cual es el o como puede ser este aporte de la empresa privada, modelo	menciona el de la ampliación de la cobertura del sector social como una de las formas de financiamiento alternativo para el	en la región tienen la obligatiidad de asegurar a sus trabajadores y de esa forma financiar una parte de lo del modelo	Desde el nivel de formación de líderes comunitarios en los diplomados hasta el nivel de especialización que es la Maestria, en todos los niveles
7	No se. Desconozco	Esta totalmente centralizado.	Desconozco	Yo siento que es uno de los aportes más grandes que ha dado los ONG, especialmente a través de URACCAN	Para mi ninguna	es bastante difícil, privada va a apoyar eso va a tener problemas	No veo ninguna - hasta el momento	en este momento uno de las regiones que tienen mejores profesionales de salud capacitados y más en la RAAN y son muy capaces de administrar la salud en la región.

No	Coherencia interna y externa en las políticas	Grado de avance del proceso de descentraliza	Grado de pertinencia del modelo de salud	Nivel de ejecución del modelo en relación a su	Influencia del componente de gestión en la atención de	Nivel de negociación con el MINSA	Pasos para lograr una implementación efectiva
----	---	--	--	--	--	-----------------------------------	---

		ción		organización administrativa	salud		
1	Si hay, por que para la elaboración del modelo fue necesario tener las políticas nacionales	Es muy poca	altamente pertinente	Existen la CRS es la principal organización que debe de velar para que el modelo de salud funcione, y las comisiones municipales.	La gestión es muy importante	No lo conozco los avances y que puntos se han discutido	<ul style="list-style-type: none"> ▪ responsable de la Comisión de Salud tome mas en serio su papel ▪ Que IMTRADEC tenga mayor incidencia en los municipios. ▪ Dar oportunidad a la gente con mayor vision ▪ Apoyo de las universidades.
2	Internas municipales, regionales si. Nacionales no	. Pero el aspecto medular importante no existe	Yo creo que es altamente pertinente y así lo ha estado asumiendo la sociedad,	Existe la voluntad que valla implementando si no el contenido de trabajo que le das es inyectar , los recursos que les vas a dar para comenzar a jugar su papel	La comisión del mismo modelo ha jugado un papel beligerante , Donde uno municipios están mas avanzada que otros.	Hay apertura pero no se ha dado seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ comenzar con una decisión política administrativa, ▪ la misma conjugación MINSA secretaria
3	No tienen que tener coherencia de hecho, porque las políticas nacionales de salud van dirigidas	Ninguna. No creo que se ha hecho nada,	ser plenamente autores de su propio destino y desarrollo,	Ninguna	No estoy claro. la gestión lleva un componente de negociación comunitaria, que influye positivamente.	A nivel local yo creo que existe no plenamente negociación, sino de interconexión ,	<ul style="list-style-type: none"> • la reglamentación de la ley de autonomía. ▪ Implementar el modelo con base jurídica.

	hacia lo que creen en Managua						
4	Yo diría que si por que si nos fijamos las mismas políticas de salud que tiene el modelo contemplan las políticas nacionales de salud	Yo creo que no ha habido mucho avance	es pertinente y es necesario y es lo que la población misma, lo que ha estado pidiendo de ser los garantes de la salud en la región	Muy poco	Yo creo que el componente de gestión es la clave de todo este proceso.	no se cual ha sido el nivel, entre el CRS y el MINSA	<ul style="list-style-type: none"> el consejo regional tiene que comenzar a asumir su papel exigir que se lleve algún tipo de negociación con el nivel central.
5	Si la cosa es que hay manipulación gubernamental	No lo he visto.	si se hubiera dado a saber a las comunidades ya hubiera ido paralelo a la autonomía pero solo a nivel de oficina se ha hecho.	hay que entender con las comunidades,	No podría describir eso.	esta engavetado	la implementación de la autonomía y con esto ahí debe de ir paralelo el modelo de salud de la región.
6	Si uno quiere negociar diría que si, que si existe coherencia, nada que se está planteando en el modelo de salud es contradictorio o a los principios y las políticas	El proceso de descentralización nacional afecta todo lo que se refiere a la autonomía, porque es totalmente contradictorio o a la autonomía, la autonomía lo que plantea	Yo creo que es altamente pertinente responde al estado, responde a las demandas de las comunidades, responde a las necesidades sentidas	Yo diría que todavía limitado, creo que la destacable es que existe el cons reg de salud y este cons reg de salud	yo creo que es una cosa más una cualitativa, más cualitativa, más querer, claro Nivel de actitud, yo creo que en la gestión de salud en ese nivel yo creo que influye en las actitudes que los usuarios del modelo de	Nulo, es un desastre ese MINSA	que la comisión de salud del cons reg autónomo y el equipo que promueve el modelo debe seriamente definir una estrategia para la implementación del modelo ser una campaña de divulgación sobre las cosas buenas que el modelo ha permitido en la región, la tercera cosa es que debería de haber una campaña mayor para elevar la presencia de los sectores de

	del modelo de salud, planteadas en el proceso de modernización del sector salud.	es descentralización, traslado de competencia,			salud que puede haber otras cosas de organización como horarios,		la medicina tradicional la comis de salud del gob regional debiera lograr compromiso de la comunidad internacional de que su financiamiento va comprometido con la implementación del modelo
7	No le hallo contradicción	No ha habido, por la alta rotación del personal responsable de la salud en la región.	Altamente pertinente.	Estructura según el modelo esto se maneja de que ya estaba aprobado la plaza para la secretaria de salud, se manejaban nombre	Ese es el papel que hay que hacer .. gestionar y gestionar, hasta cansarse	Es bastante difícil por que el MINSA central con quien debe de negociar por ejemplo es con las instituciones formadoras,	ocupar el espacio que nos que nos da la ley de autonomía nombrar la secretaria de salud y comenzar a implementarlo.

Factor político

NO	Conoce el modelo		Participa en su elaboración		Actitud en relación al modelo	Surgimiento del modelo	Voluntad política	Aprobación del modelo	Relación autonomía, modelo de salud	Factores facilitadores	Factores restrictivos
	Si	No	Si	No							
8	Si		Si		Apoyarlo plenamente	creo lo que era los estatutos de la autonomía y las leyes, cuando hablaban aquí de una de las responsabilidades ahí expresadas era la salud.	En lo que yo he percibido, que desde su nacimiento o el modelo halla tenido muchos obstáculos, que halla habido muy poca voluntad política	Si esta aprobado	bueno yo creo que el modelo de salud es la operacionalización de lo que es o la implementación de esa gran disposición del gobierno a través de la ley de autonomía.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ el hecho de que fue consultado a las bases, ▪ creo que lo ha facilitado también es que se haya anexado a una Universidad como lo es URACCAN por que es ahí donde se están forjando los recursos del futuro, también como pueblo indígena y étnico hay voluntad de parte de hasta de la OMS y la OPS de que tiene que haber un modelo definido para los que son pueblos indígenas y étnicos que debe ser propio 	<ul style="list-style-type: none"> • el primero de todos yo considero que hay poco conocimiento de ello por parte del personal de salud. • otra cosa es también a veces el nivel de los gobiernos municipales, ellos no tienen pues todavía asesoría en materia de salud pública o personal que tengan el entendimiento, para hacer a la gente entender la importancia de que este modelo ▪ es la falta de voluntad política evidente que ha habido por nuestro gobierno central, ya no diría regional,

9	Si	Si	Si fue apoyado.	surge en vista de las necesidades de que el modelo de salud del MINSA no esta de acorde a la realidad de la región	la voluntad política es lo que hace falta	el modelo no se ha aprobado; por parte del MINSA, pero si se aprobó en la cuarta sesión	la relación es bastante directa por que la ley de autonomía le da derecho a que crees tu propio modelo de acuerdo a las necesidades	la parte muy débil del modelo vertical que tiene el MINSA y en parte hay que ver también la aceptación de ciertos actores; . ministro y que a su vez ha sido la piedrita que ah estado chimando en el zapato.	el MINSA es el rector de la salud a nivel nacional y como política que ellos tienen que existir un solo modelo supuestamente vertical la Lic. Cerulli que es bastante abierta y que si le ha dado mucho apoyo incluso estaba anuente a darle una revizadita al modelo de salud y tratar de apoyar en todo lo que fuera posible
10	Si	Si	Si lo apoyo.	surge a través de ciertos componentes que tenia la propia región,	no existe voluntad política.	Si esta aprobado ,por el MINSA no.	ley de autonomía se hablan de derechos , que tengan de formularse de acuerdo a la realidad de la zona.	Prearacion del 100% de los trabajadores del MINSA	El factor politico No ha habido una promoción del modelo en el sistema de salud ni a nivel comunitario.

11	Si	si	<p>Apoye en la gestión y en la definición de la propuesta.</p>	<p>surge a raíz de un descontento manifiesto en un diagnóstico de salud de la población, la realización surge de un grupo de salubrista en parte que trabajaban adentro del MINSA y otra parte que estaban afuera en el ministerio por iniciativa propia paralelamente a eso surge todo el proceso de modernización de las estructuras del estado, no nos olvidemos era la época del comienzo del noventa</p>	<p>creo que hay que diferenciar entre lo que es la voluntad manifiesta, voluntad política manifiesta que si la hay o sea todos sus escritos, planes, propuestas, planteamientos a niveles internacionales, el MINSA y el gobierno de Nicaragua plantea que si hay voluntad política en modernizar la salud, descentralizar</p>	<p>En términos generales el modelo de salud esta aprobado por las instancias del gobierno regional o sea el consejo regional autónomo en octubre 87 aprobó el modelo de salud</p>	<p>Son atribuciones del C R A la admon de la salud, educación en coordinación con los ministerios respectivos y plantea que se debe de respetar las costumbres y tradiciones de las distintas grupos nacionales y étnicos.</p>	<p>El paralelismo de la modernización del sector del estado. Las tendencias internacionales apuntan hacia dos tendencias.</p> <p>a) la descentralización</p> <p>b) el diseño de los años indígenas que busca apoyar a las minorías étnicas eso visibiliza por la presión internacional</p> <p>c) la anuencia a nivel regional de empujar el modelo.</p>	<p>Temor al cambio</p> <p>Cierto etnocentrismo en los tomadores de decisión a nivel central</p> <p>No siempre hay un conciencia clara del poder local</p> <p>El factor de los recursos humanos se ha avanzado</p> <p>La traspolacion d los problemas política hacia los problemas del estado. Los pactos entre las dos cúpulas de los dos partidos</p>
----	----	----	--	---	--	---	--	---	--

12	si	si	Tiene un relacion con esas medicina que no es occidenta l.	llegué a entender que tenía que haber otro actor sobre la salud alrededor de aquí en estos lugares con el ejemplo que le decia anteriormente y con lo que yo ya sabia,	Como yo lo quisiera ver no.	Entiendo que cuando vino la Martha Palacios, ella le dio el visto bueno, que no se implementó porque aquí había un delegado del ministerio que no le pareció en ese tiempo,	Yo creo que yo no estoy diciendo que el Modelo de Salud es una cuestión folklórica; pero si la ley es para calzar en una gente que es diferente dentro de éste país;	Yo creo que es muy importante la coyuntura política del país, muchas veces favorece ahora viendo lo de la MN. Palacios	La ignorancia de la gente, eso es lo que hace que no podamos hacerlo de manera consistente, la misma coyuntura, si tuviéramos una cuestión más profunda de poder llegar a discutir, a intercambiar, yo creo que cambiaría eso, solo sería lo contrario
----	----	----	--	--	-----------------------------	---	--	--	--

	Rol del C R A y Comisión de salud	Actitud del MINSA	Incorporación del concepto de interculturalidad	Iniciativas impulsadas	Iniciativas del G R Y Comisión de salud	Grado de avance	Descentralización de poder a los municipios	Condiciones para la descentralización
8	Ellos son un ente político y en el MINSA habemos los técnicos, entonces creo que su papel debe de ser de presión, de grupo de apoyo y de presión fuerte al gobierno central para que se pueda aceptar de una vez por todas lo que es el modelo de salud de la RAAN.	Creo que el nivel municipal ,local, todavía ellos como que no están muy apropiados dl modelo, haria falta que ellos cuando lo estudiar un poquito mas y vieran como lo pueden ir implementando. La actitud de ellos entonces	So lo conozco y esta mencionado de que debe de tomarse en cuenta las diferencias , la diversidad cultural que existe. el modelo de salud retoma la interculturalidad por que no esta claro ahí, habrá que definir las	Hasta donde tengo entendido la comisión de salud se ha conformado un comité de trabajo con el MINSA, la Universidad el mismo gobierno ya tenemos yo siento un banco de profesionales listos para gerenciar nuestro modelo.		Yo en eso seria muy conservadora y yo diria que talvez tuviéramos un avance del 15 -10%. Apenas aunque para mi ese 10 -15 % es la base o sea es lo mas importante ,	Evidentemen te y teniendo mucho cuidado en definir claramente lo que es la descentrali zación los verdaderos conocedores del municipio son los	Si tomamos en cuenta la descentralización, desde el punto de vista de la capacidad de gerenciar yo creo que si hay, pero lo que pasa es que no están bien ubicadas, ahora por las políticas del nivel central que existen ahorita

		no tiende a ser de obstaculización, si no quizás de esclarecer dudas. En el nivel regional lo que he visto es un celo de o que es esa secretaria de salud, pero también a lo mejor es por confusión, de no entender algunas definiciones que se han hecho, entonces ha habido eso.	dimensiones de la interculturalidad y después puedes medir y decir.	Esa es una iniciativa que se han hecho ya. Lo otro que se ha estado haciendo es buscando como se haga ese nexo bien fuerte entre el gobierno regional y el MINSA y no como que fueran rivales, si no que se han tratado de acercar a ellos, y trabajar. ha estado trabajando ya con los curanderos, y los sukias para ir retomando el trabajo de ellos e ir mejorando			locales, y ningún municipio para mi debe de ser comparado con otro en esta región, por que todavía tienen sus particularidades muy propias, y entonces ellos necesitan tener ese paso para tomar las decisiones siempre respetando el marco general o los lineamientos generales que se definen en las políticas.	
9	Ellos tiene que estar velando para que se trate de implementar además de ser coordinadores prácticos para que este modelo se	Claro que si ha sido negativa inclusive no solamente el MINSA central, si no se ha	claro que si en eso se basa, uno de los fundamentos, una de las bases en las	Si para la implementación ya esta el IMTRADEC	Si hay iniciativa, pero posteriormente al cambio que se hizo,	claro que si se ha visto y lo que falta es que en el acápite especial de	es necesaria y es el problema que ha causado	actualmente si anteriormente se hablaba de que no habitan condiciones por el problema de que no habia gente preparada, habían

	eche a andar en todos sus aspectos.	visto bastante negatividad por parte del delegado regional ,	cuales ellos , es que es el eje central de este modelo		primeramente con el anterior presidente del CRS fue difícil de tratar de coordinarse mas bien habian conflictos con todas las otras unidades de	la ley general de salud, donde toca algo de autonomía se incluya lo que es el modelo de salud para las regiones autónomas	mucho revuelo, es todo lo contrario se centralizado todo en recursos materiales recursos humanos el presupuesto en todo.	técnicos en la parte administrativa, pero ahí si hay bastantes
10	no ha habido un seguimiento del modelo, a nivel interno, la CRS y el CRS a como lo es el propio gobierno, hasta el momento no le han dado seguimiento a todas las etapas, debe de haber un poco mas de involucramiento de todas estas personas.	creo que el MINSA en si tiene muy poco conocimiento del propio modelo, quizás mas a nivel de la zona o territorio se conozca un poco mas en que consiste este modelo de salud.	Si es aquello donde en principio conocer la realidad de donde uno esta, con quien estas conviviendo, también significa, en que puedes convivir y sobretodo respetar, esa cultura esa tradición que a nivel de la región es muy diferente a resto del país	, una de las iniciativas a través de ong que han estado interesados en el desarrollo del propio modelo y el mismo MINSA	Hasta el momento no ha habido una iniciativa . Si se tuvo en un momento y ha veces como que se queda en una etapa,	lo considero que andará quizás un 70-75% ,por que si bien es cierto de que no se ha avanzado mucho esta por allí.	me parece que esta ha sido un poquito restringido y no hasta el momento se le ha dado la verdadera descentralización en la cual se le llama a nivel de ministerios no todos ellos están descentralizados.)	se puede decir que puedan existir condiciones, Obviamente de que para hablar de condiciones de descentralización se requiere de que el personal incluso a nivel local tenga capacidad local que tenga el municipio
11	La comisión de salud del CRA debe de ser el que	En la posición central con	En el sentido de la búsqueda	No se si las conozca todas	El gobierno regional no ha	La intencionalidad	Sin duda alguna no	Nunca se ha logrado algo hasta que están todas

	<p>viabiliza , impulsa motiva a la implementación del modelo, tanto en la creación de reglamentos y leyes que tienen que ser aprobados, leyes regionales , también como vínculos hacia la sociedad civil</p>	<p>funcionarios que desconocen por un lado. Hay gente que lo quiere hacer pero le tiene miedo al ser vanguardista. Hay un grupo de personas que independientemente lo que suceda busca como impulsarlo. Los miedos superan las capacidades y el estatismo es mas fuerte. que esa intencionalidad de modernizarlo en cada individuo en los diferentes grupos.</p>	<p>de por un lado del respeto a las distintas culturas que componen una sociedad.</p>	<p>1 las iniciativas que se dieron en términos del ámbito legal digamos el CRA y la comisión de salud. 2 la búsqueda de que este modelo sea reconocido por las autoridades nacionales dentro del ámbito de coordinación para establecer un sistema que permite la mejor atención. Incidencia a nivel local: sociedad civil. La cooperación externa donde se plantea cosas que hay que sufragar y es es favorecido por alianzas como la OPS BID y Banco mundial</p>	<p>hecho nada, la comisión de salud esta buscando como apoyar el establecimiento claro esta buscando como elaborar planes quinquenales o planes maestros por municipio y un plan regional para apoyare l minsa.</p>	<p>ad , estructura , modelos, escritos, y otra que se plasman en los hechos cotidianos en o teórico hay un mnton. hay un trato mas humano, se respeta mas la medicina tradicional A nivel de implementación tal vez estará en un 20 25%.</p>	<p>podemos repetir el mismo error que aqueja la región con respecto a resto del país hacia los municipios , la toma de decisión debe estar mas cerca del población,</p>	<p>todas las condiciones , quiere decir que si uno espera hasta que estén todas las condiciones siempre va a faltar alguna, esto es un proceso dinámico, en la región hay buenas capacidades de recursos humanos aunque hay sus debilidades.</p>
12	<p>Este consejo es un consejo hipotético, un cons reg que mirá vamos hablar que es hipotético, un cons</p>	<p>Es una actitud negativa o como te decía coyuntural</p>	<p>Interculturalidad y si está incorporado La interculturalidad</p>	<p>Decir exactamente que se no, nosotros estamos haciendo unos trabajos de</p>	<p>No hay por una cuestión política</p>	<p>en primer lugar no está aplazado, es algo que está caminando en</p>	<p>Hombre si no creyera yo en eso, entonces no puedo creer</p>	<p>Solo decté así. Si estamos esperando las condiciones, bueno nunca los vamos hacer, hay que hacerlas; la teoría de que mientras</p>

regional coherente, un cons reg que vela por la situación aquí en esta región, entonces yo creo que deben decidir en el primer foro que puedan crear las condiciones políticas que podamos entrar a discutir esas cosas. Este consejo pues no veo como puedan hacer eso		ad lo vemos todos los días muchas veces no lo reconocemos pero yo creo que lo que trata es que el modelo es precisamente en esencia es la interculturalidad, pero nos negamos a verlo porque fuimos criados de otra manera,	la universidad hace como 4 años, es un estudio para la atención en los diferentes centros, esa es una de las iniciativas que se hizo para profundizar eso, son iniciativas para que podamos institucionalizar de manera oficial este modelo en el territorio.		todas las frentes digamos aquí cuando yo hablo de los principales obstáculos yo hablo de que la estructura oficial es externa y las estructuras aquí que obedecen a esas estructuras externas entonces allí ya hay un freno	en la autonomía tampoco; porque es una descentralización desde la comunidad al municipio, a la región,	está uno así creciendo le hace sombra al otro, entonces uno se desarrolla
---	--	---	---	--	---	--	---

Factor sociocultural

NO	Influencias de las universidades	Influencias de las instituciones del estado	Influencias de las ong	Rol de la sociedad civil	Actitud de las comunidades étnicas	Practica de medicina tradicional y occidental	Manifestaciones de esa practica
8	No manejo mucho de la BICU por que inclusive aquí en la CIOM- BICU en puerto cabezas propiamente no tengo entendido ni siquiera que tenga algún vínculo con la salud, En cuanto a URACCAN es todo lo contrario, he visto que es la universidad que prácticamente lo ha	Yo creo que todo sistema de salud requiere de la participación de otras instituciones que no sea solo el MINSA pero el nivel o grado de influencia que puede llegar a tener va a depender de la	que han tenido que llevar el peso del financiamiento de este modelo de salud para la implementación de sus primeras etapas,	Comenzamos algo con mucho entusiasmo, pero lo hemos dejado relegado como que fuera responsabilidad de otras personas de 3 o 4 personas, de los fundadores de esto. A lo mejor es		Bueno yo creo que si por que si uno lee el documento, es explicito, explica eso muy bien, cual es lo que va ser la practica de la medicina occidental a través de las mismas unidades básicas de salud y	

12	si		si	Tiene un relacion con esas medicina que no es occidental.	llegué a entender que tenia que haber otro actor sobre la salud alrededor de aquí en estos lugares con el ejemplo que le decía anteriormente y con lo que yo ya sabía,	Como yo lo quisiera ver no.	Entiendo que cuando vino la Martha Palacios, ella le dio el visto bueno, que no se implementó porque aquí había un delegado del ministerio que no le pareció en ese tiempo,	Yo creo que yo no estoy diciendo que el Modelo de Salud es una cuestión folklórica; pero si la ley es para calzar en una gente que es diferente dentro de éste país;	Yo creo que es muy importante la coyuntura política del país, muchas veces favorece ahora viendo lo de la MN. Palacios	La ignorancia de la gente, eso es lo que hace que no podamos hacerlo de manera consistente, la misma coyuntura, si tuviéramos una cuestión más profunda de poder llegar a discutir, a intercambiar, yo creo que cambiaría eso, solo sería lo contrario
----	----	--	----	---	--	-----------------------------	---	--	--	--

11	Si	si	Apoye en la gestión y en la definición de la propuesta.	surge a raíz de un descontento manifiesto en un diagnóstico de salud de la población , la realización surge de un grupo de salubristas en parte que trabajaban adentro del MINSA y otra parte que estaban afuera en el ministerio por iniciativa propia paralelamente a eso surge todo el proceso de modernización de las estructuras del estado, no nos olvidemos era la época del comienzo del noventa	creo que hay que diferenciar entre lo que es la voluntad manifiesta política que si la hay o sea todos sus escritos, planes , propuestas , planteamientos a niveles internacionales , el MINSA y el gobierno de Nicaragua plantea que si hay voluntad política en modernizar la salud, descentralizar	En términos generales el modelo de salud esta aprobado por las instancias del gobierno regional o sea el consejo regional autónomo en octubre 87 aprobó el modelo de salud	Son atribuciones del C R A la admon de la salud , educación en coordinación con los ministerios respectivos.y plantea que se debe de respetar las costumbres y tradiciones de las distintas grupos nacionales y étnicos.	El paralelismo de la modernización del sector del estado. Las tendencias internacionales apuntan hacia dos tendencias. a) la descentralización b) el diseño de los años indígenas que busca apoyar a las minorías étnicas eso viabiliza por la presión internacional c) la anuencia a nivel regional de empujar el modelo.	Temor al cambio Certo etnocentrismo en los tomadores de decisión a nivel central No siempre hay un conciencia clara del ,poder local El factor de los recursos humanos se ha avanzado La traspolacion d los problemas política hacia los problemas del estado. Los pactos entre las dos cúpulas de los dos partidos
----	----	----	---	--	---	--	--	--	--

			<p>proceso. Por el deterioro del estado las ong son la alternativa de la sociedad civil, ven representados sus interes.</p>	<p>lovy que se haga alrededor de esto. Los partidos asumen una posición de conveniencia que apoyan coyunturalmente .</p>	<p>esto.</p>		
12	<p>Mira, bueno, con solo decir que es esta universidad la mision gira alrededor de fortalecer la autonomia; acompañada a los procesos comunales, entonces dice de las tradiciones del saber ancestral</p>	<p>si de verdad fuera institución que tuvieran es decir planificación y un grupo pensante como para dirigir o traducir a materializar las líneas nacionales de las políticas nacionales conjugado con el regional pero eso no existe, dicen que hay voluntad de hacerlo</p>	<p>Yo creo que muchas no gubernamentales lo apoyan en contra del gobierno, porque el gobierno no lo apoya; pero yo creo que muchos no gubernamentales también tienen arraigado su misión y su visión y está conjugando con el proceso de autonomía entonces facilita algunos tipos de procesos no puedo decir eso de algunas organizaciones</p>	<p>Veamos este modelo podría estar expresando en todos los lugares debería ser comunicar eso a la gente que viene de afuera y de adentro también, la otra cosa que creo que debería de hacer no solo el delegado o el jefe que lo conozca que eso es lo que ocurre muchas veces, sino socializarlo con el resto de la población,</p>	<p>Actitud d apoyo sobre todo los mayagnas que trabaje con ellos.</p>	<p>Permite la practica.</p>	

NO	Presupuesto por parte del Gob Reg.	Centralización del presupuesto	Financiamiento alternativo	Aporte del ONGS en relación a RR HH	Participación de la empresa privada	Como debería ser la participación	Participación del S.S	Existencia de personal de salud capacitado
8	De parte del gobierno regional para ser honesta desconozco si tiene un fondo,	Quizás en cuanto al control del uso de eso recursos si yo creo que los tiene compartiendo la ejecución de esos ingresos con el mismo gobierno con la universidad ,	Del estado no, descansa sobre un organismo que es OED	Yo creo que ha sido bien por no decir nulo	Ninguna desde que definio en el modelo.	Elios pueden pagar el servicio directo. Crear mecanismo de seguridad social para los trabajadores y sus familias. Crear programas de gente sana. Deaja una cuestión para actividades sociales o para educación	Esta abordado pero no muy amplio.el MINSA donde ha asumido las empresas medicas han sido perdida para ellos,	Muy plenamente convencida de eso lo malo es que no necesariamente esta dentro del sistema, pero si en la región y dentro del mismo minsa. For la situación politica hay desaprovechamiento de los recursos.habra que hacer un inventario de recursos humanos.
9	hay un fondo ahí, el cual jamás lo hemos visto, ni lo hemos tenido en mano ninguno nunca se ha tenido ese dinero a mano.	Asi es, y la centralización es de lo más sagrado que hay	ona	Las ONG's entre, solamente esta el Inst de Med trad el que si nos ha apoyado en forma lic que son las licenciaturas en epidemiología, lic. en mat-infantil, echar	Desconozco.	Yo creo que allí se ha dormido un poco lo que es la parte de la proyección del modelo porque la empresa . Si hubiera echo un poco de más hincapié con la empresa pues yo creo si debería apertura o estuvieras apartando y donde realmente es que hay que saberles llegar porque estas empresas	Dificil. El seguro Social lo único que anda buscando son los intereses que en ellos les convergen en la obtención de recursos	Claro que si. Hay bastante elementos. Ya no hay necesidad de andar trayendo gente de afuera

				adelante lo que son las enfermeras profes				
10	Desconozco que exista un monto x	Esta centralizado.	Es quizás el aporte que pueden hacer los ONGs	Creo que los mismos organismos han tratado de darle un empuje a que se preparen los recursos a nivel local.	No haya participación de la empresa privada	Creo que se les debe de informar que se divulgue el modelo si no hay empuje no participan	Que el seguro tenga sus propias clínicas médicas previsionales en la zona donde el aporte hace cada uno de los trabajadores.	Se están dando pasos lentos dentro de la capacidad de recursos al personal del MINSA. Se tendrá que hacer un inventario del personal que necesitamos, debe de empezarse por ahí.
11	No existe.	Esta manejado a nivel central.	Hay financiamiento sin embargo o es suficiente	En realidad el estado debería de asumir este rol de formación la mayoría ha recaído sobre gente externa y por eso el estado tiene menos responsabilidad. Los recursos humanos son un eslabón estratégica del crecimiento de un país,	Nula	Si e estamos responsabilidad de descentralizar la salud también tenemos potestad de cobrarles lo que hay que cobrarles.	Ninguna Se deberá de hacer seguros comunitarios Estructuras de grupos colectivos y así exigir la atención de las comunidades.	Sin duda alguna iría creciendo a medida que se aumenta la demanda, lo que veo es el problema de la tecnología o sea afina ese detalle ya sea e el campo de admon pública de la medicina de la gestión

12	Desconozco	No se, pero lo que yo entiendo hasta el gob regional no se si hay presupuesto no estoy informado pero se hubiera seguramente está y digo	El alternativo sería el de los No-gubernamentales	Claro, lo que si lo que estamos haciendo en Siuna los cursos esos, en Waspam, aquí la Maestria en SPI, es precisamente eso los cursos de enfermería que hay y ha habido precisamente para... y	Ninguna	De allí que se ellos participan en esto y aportan no solo en partes económicamente sino que aportan también de cómo ellos, por ejemplo la cuestión de los buzos por ejemplo ya podrían ayudar a esto mejor.	Debería de tener también eso, como tenemos la ... bueno el seguro social debería de estar en eso, así como, pero, alguna clinica para tal casa, debería de tener una para complementarlo también, eso está muy lejos.	Totalmente, seguro
----	------------	--	---	--	---------	---	---	--------------------

o	Coherencia interna y externa en las políticas	Grado de avance del proceso de descentralización	Grado de pertinencia del modelo de salud	Nivel de ejecución del modelo en relación a su organización administrativa	Influencia del componente de gestión en la atención de salud	Nivel de negociación con el MINSA	Pasos para lograr una implementación efectiva
8	El modelo de salud tuvo mucho cuidado cuando se estaba formulando de tomar en cuenta las políticas de salud a nivel nacional, no creían que iban a tener contradicción, ni competencia ni salir fuera de la ley, pero	No contesto	Es muy pertinente. La ley de autonomía dicta algo ahí en relación a la responsabilidad del gobierno y del MINSA.	No ha habido mucho avance. Aparte de lo que es la C R S y las comisiones municipales de salud	Creo que la gestión vaya encaminada a mejorar la atención clínica de los pacientes. Debe ser dirigida como conseguir recursos	Lo único que puedo decir es que nos han escuchado un poco y han participado en el consejo regional de salud. No puedo decir	Retomar el modelo, difundirlo a las bases Ver que cosas hay que cambiar. Operativizar el modelo ya que esta muy teórico. El gobierno regional debe de retomar su papel como político. Que busque el proceso de

	creo que el año próximo cambian las políticas nacionales por lo que habrá que revisarlas.				económicos, materiales, de rr hh y como gerenciarlos en los municipios.	que exista un proceso de negociación por para eso se necesita de las dos partes.	negociación. Definir las instancias del modelo Retomar el concepto de interculturalidad definiendo dimensiones que la puedan medir. Sacar una edición nueva del modelo actualizada. Tomar en cuenta a los profesionales que están fuera del sistema.
9	Si hay, no es un 100% que se diga están las coherencias, hay ciertas cositas ahí que tendrán que afinarse en el transcurso de este proceso.	Si es a nivel institucional está muy difícil para este año yo lo veo muy apegado a la centralización	-Bueno se ha hablado de autonomía, pero la autonomía no ha avanzado tanto como el modelo, pero el sí, ha avanzado más a pasos agigantados que la famosa autonomía, hasta ahí supuestamente la autonomía se tenía que pasar por un proceso y no se ha logrado a nivel de la asamblea	Ninguna	En la parte de gestión sería ver de qué forma se trata de coordinar mejor con los directores o responsables de las unidades de salud, para ir moviendo un poquito más hacia dentro lo que es el modelo de salud;	Las negociaciones se han visto a veces como que avanzan y a veces retroceden. exclusivamente por problemas políticos que se han generado allí tanto como por la directora como por el delegado anterior que estaba apoyando esto	Única y exclusivamente el cambio de actitud de los políticos que están en el poder,
10	Si existen coherencias pero hace falta una revisión más exhaustiva.	Si ha habido un poco de avance	Si creo que es altamente pertinente.	A nivel interno ya existe una estructura ya conformada,	Creo que el modelo de gestión tiene que estar acompañado del	El punto de negociación es que sirva un interés por ambas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se tiene que divulgar ▪ traspolarlo al nivel comunitario ▪ participación en las discusiones todos los

				una parte demembrada de lo que es el consejo regional de salud y a nivel local las comisiones municipales de salud.	modelo de atención, que este sea cooperativo, no pueden estar separados. Debe estar dirigido a lo que la población quiere o el comunitario.	lados ya poderse sentar y decir que es lo que haya diferente de ese modelo y ver las particularidades que a cada quien le interesa y negociar.	miembros del consejo regional de salud.
11	Hay una coherencia interna y externa. La contradicción que existe es que el modelo quiere aplicar esas políticas el MINSA es papel mojado.	La ejecución efectiva esta por el 20-25 % por hay puntos sustanciales que no se han logrado todavía.	Es totalmente pertinente.	Lo administrativo o esta muy por debajo de lo que esta por el nivel teorico y lo que esta a nivel de idea y de vision de modelo. Ha habido grandes avances en torno a la delegacion de funciones.	Si promoves lo de gestión tiene que haber una vinculación con el modelo o sea no puede haber un divorcio entre el modelo de atención y de gestión.	Yo o llamo que hay un coqueteo entre los defensores del modelo y el MINSA por que responde a presiones. da pena decirlo pero el modelo lo apoya la gente de afuera que del propio MINSA.	Negociar con el MINSA para tener su anuencia. Seguir elaborando propuestas para desarrollar capacidades locales. En la región consolidarse para hegemonizar los esfuerzos con todas las fuerzas locales.
12	Yo diria precisamente que no y eso es lo que tenemos que poner juntos; eso es lo tendriamos que juntar, porque cuando están hablando aqui de las	No lo manejo, no estoy informado así a nivel de los municipios, no estoy, pero creo que hay	Altamente pertinente.	Que si hay, se me ha informado un secretario de salud y que es el mismo director del			, yo creo que hay suficiente gente no debemos de cansarnos de hacer es incidir, que sea incluido en las politica nacionales de salud proseguir aquí en la Costa,

<p>vacunaciones, las cuestiones están enfocados a lo nacional y no incluyen tal vez la visión de aquí,</p>	<p>una permeabilidad alrededor de eso</p>		<p>hospital, pero que lo he visto en el gobierno haciendo una cuestión pues no, pero a mí me informaron hace tiempo que es el mismo director del hosp y que ese era el secretario de salud y que había aprobado</p>			<p>implementando las cosas, puede llegar a ser más fácil eso para implementar,</p>
--	---	--	---	--	--	--

Factor político

NO	Conoce el modelo		Participa en su elaboración		Actitud en relación al modelo	Surgimiento del modelo	Voluntad política	Aprobación del modelo	Relación autonomía, modelo de salud	Factores facilitadores	Factores restrictivos
	Sí	No	Sí	No							
	Sí	No	Sí	No			No	Esta aprobado	El mod. De salud tiene su base en la ley de auton. Para que la salud se adecue a la realidad.	Existencia ley de autonomía. Existencia CRA y comisión de salud. Existencia de URACCAN formación de recursos humanos ONG financian capacitación recursos Humanos	Falta de voluntad política MINSA Central y Gral.
13	Sí		si		Apoyo	Del interés de un grupo de personas con fines personales	No	No esta aprobado	El modelo de salud nace por la ley de autonomía	Apoyo con financiamiento	Falta de apoyo de los Diferentes instituciones de la región y del CRA
14	Sí		Sí		Apoyo en lo que consideraba a beneficiar directamente a los comunitarios	De la necesidad de salud que las autoridades en ese momento observaron	No	No esta aprobado	Por la ley de autonomía se abre el espacio para el modelo de salud	Interés de un grupo de personas para elaborar el modelo	Actitud apática de las autoridades locales del nivel central y del mismo personal.
15	Sí		Sí		Una vez que lo conoció lo apoya	Satisfacer necesidades de salud de la población	Nacional no, regional poca	Si	Basado en la ley de autonomía	Apoyo URACCAN	Falta de voluntad política

	Rol del C R A y Comisión de salud	Actitud del MINSA	Incorporación del concepto de interculturalidad	Iniciativas impulsadas	Iniciativas del G R Y Comisión de salud	Grado de avance	Descentralización de poder a los municipios	Condiciones para la descentralización
13	Negociación continua y constante y a todos los niveles. elaboración plan de incidencia, consensuado y puesto en marcha	Rechazo. Temor pérdida poder Desconocimiento y temor a la discusión. no quieren negociar. MINSA regional: Posición dual Si el MINSA central quemarse ante ninguna instancia Región.	Si esta incorporado	Existencia de un proyecto de implementación del modelo de salud. ONG dispuestos a apoyar implementación. Preparación de recursos humanos	Disposición para acompañar el proceso.	Preparación de recursos humanos	No hay	Actualmente no hay
14	Rectores de la salud	Desconozco	Si aunque requiere de mayor difusión	Involucramiento de la sociedad civil	Ninguna esta influencia fue por un grupo de personas	Ninguno	Hay que establecer responsabilidades en los municipios Establecer mecanismos de discusión	No por la actitud negativa del personal de salud
15	Trabajar con mayor beligerancia	MINSA central actitud negativa	Si	Capacitaciones de URACCAN	Ninguna	Solo capacitaciones	Es lo mas importante ya que ellos son los que conocen su realidad	Hay que fortalecer los equipos de dirección
16	Exigir la implementación	Temor a la	Si	Divulgación	Interés actual	Ninguno	Sería	Siempre y cuando no halla

	del modelo de salud	perdida de poder			por implementar el modelo de salud		excelente por que ellos conocen la realidad	cambios constantes
17	Divulgación masiva	No se	Si	Búsqueda por implementar el modelo	NO se	No se	Si es lo ideal	Si solo falta voluntad del gobierno
18	Negociación	Temor al perdida de poder	Si esta	Negociación con el MINSA central. Capacitaciones RRHH Conformación de CRS.	Depende de quien coordine el gobierno regional	Formación de consejo regional de salud	Eso es lo que se busca	Responsabilidad aceptar el reto para mejorar
19	Negociación y reglamentación la ley de autonomía	Actitud pasiva y posición dual	Si esta incorporado	La existencia del IMTRADEC Preparación de recursos humanos Sensibilización de las autoridades regionales.	Divulgación del modelo	Cambios de actitud en la atención.	No se	Si creo que cada municipio tiene personal capacitado para la descentralización.
20	Es importante , tiene que estar mas cerca de las comunidades ,tiene que velar todo si no esta su mano no podemos hacer nada.	Actitud negativa de trabajar con las comunides mayangnas	Habla de que todo esta metido en la cultura tradicional de los medicamentos de la expresión de los alimentos	No hay iniciativas de apoyo	Ninguna iniciativa.	Hay bastante avance	Tal ves una parte. depende de quien dirige.	Creo que condiciones no hay

Factor sociocultural

NO	Influencias de las universidades	Influencias de las instituciones del estado	Influencias de las ong	Rol de la sociedad civil	Actitud de las comunidades étnicas	Practica de medicina tradicional y occidental	Manifestaciones de esa practica
13	Uraccan en preparación y acompañamiento de la comisión de salud	Depende de la orientación del gobierno central	Apoyo a las propuestas de la región	Promoción y divulgación constante	Apoyo ejemplo concreto de la comunidad mayagna.tien su propio modelo	Si	Coordinacion entre sukias y médicos en el Hospital Nuevo amanecer
14	CIUM BICUdsconozco URACCAN esta mas ligado a esto a esto funciona como contraparte de la agencia donante	Hay desconocimiento del modelo Tiene doble subordinacion al Gobierno regional y a los ministros	Su rol no es importante en la implementacion del modelo	Solo existe un grupo de personas interesadas en la discusión del modelo.	Conocen poco de esto	Si	Participación de sukias en el HNA. Fortalecer la medicina occidental
15	URACCAN esta mas involucrada CIUM BICU desconozco	Nula	Desconosco	Participacion activa en los diferentes procesos	Desconosco	Si	Ya no existe divorcio entre ambas, no es censurado la medicina tradicional
16	Solo URACCAN que a través del IMTRADEC impulsa la medicina tradicional	Ninguna	Del que se es de OED.	Ya tiene su paquete definido, no se meten con el modelo solo se de OED	Aceptación	Si	Casos del hospital son tratados por sukias
17	Divulgación del modelo a los estudiantes	Se han hecho intentos de divulgar en el MECD	MECD alcaldía se han intentado consensuar pero no se ha logrado	Información constante de los avances	La gente no sabe de esto o soy yo la que desconozco	Si	En el HNA se dan incluso remedios con plantas y también los medicamentos que mandan los médicos
18	Formadores de	La salud debe	Inversión en	divulgación	El modelo fue hecho a	Si	Participación de parteras en

	recursos	de ser una responsabilidad de todos	recursos humanos	información a las bases ya que hay desconocimiento	partir de las bases		analisis e muertes maternas y atención de sukias en el hospital
19	URACCAN forma recursos Humanos la CIUM Bicu tiene un perfil vertical parecido a las políticas educativas nacionales	Les falta mucho responder a las necesidades que tiene la región.	Hay que reorientar el trabajo de los ONG	Apoyo al Modelo de salud	Positivo que el modelo nació de la región	Si y la medicina tradicional se le puede llamar medicina alternativa ante la situación actual	Se permiten que lleguen los ast al hospital esto permite que el agente coopere mas.
20	El intradec es el que apoyas	Poco nos ayudan	Oed y GTZ son los que dan financiamiento	Es fundamental su participación	Nosotros tenemos nuestro propio modelo en bonanza y lo estamos discutiendo con el MINSA	Si pero tenemos dificultades	Nuestros curandero envían al centro de salud cuando no pueden resolver el problema

NO	Presupuesto por parte del Gob Reg.	Centralización del presupuesto	Financiamiento alternativo	Aporte del ONGS en relación a RR HH	Participación de la empresa privada	Como debería ser la participación	Participación del S.S	Existencia de personal de salud capacitado
13	No	Si hay	Si	Financiamiento para preparacion de recursos humanos	Aportes económicos para solución de problemas de salud	Aportar al sistema de salud	Atencion especializada y de calidad	Si ya estan preparados con conceptos de salud enfermedad nuevos
14	No	A nivel regional no se plantea financiamiento dirigido a la salud	Si	Desconozco apoyo especifico para el modelo	Ninguna	Participacion conservadora partiendo de un plan maestro	Desconozco	Si perfectamente
15	No	Completamente	Desconozco	Financiero aunque se dan duplicidad de apoyo	Nula	Establecer mecanismos inter institucionales e intersectoriales	Resolucion de problemas de salud	Si ya conocen la cultura de la region
16	Si	Si	No se	Apoyo Oed a URACCAN preparacion de recursos humanos	Desconosco	Aportes multiples finacieros, prestacion de servicios etc	Actualmente ningunna	Si con la capacitacion de rrhh en diferente diplomados
17	Si	Si	ONGS	OED	Actaulmente no, si se contempla en el modelo	Continuar apoyandoen todo desde el personal hasta la evaluacion	No se	Si ya que ya hay personal capacitado basado en las necesidades de la region.
18	No	Si	ONGS	Preparacion de recursos humanos	No	Intersectorial	Ninguna actualmente	Si
19	No	Si	No se	Oed Noruegos	ninguna	Continuar apoyando	Ninguna	Totalmente, seguro
20	desconosco	Si	OED	OED Y GTZ	Ninguna	Elabora estrategias de participacion	ninguna	Claro que si

ANEXO 3



Con la implementación del modelo de salud que el gobierno, el Consejo Regional Autónomo de la Región de la Costa Caribe y la Comisión de Salud - asumió el reto de diseñar un modelo de salud que correspondiera a las necesidades de la población costera. El presente trabajo está encaminado a cumplir con ese esfuerzo. En él se presenta el modelo de salud que ha de ser implementado en la RAAN, como parte del proceso de la descentralización y traslado de poder para administrar la salud en la región.



UNIVERSIDAD DE
LAS REGIONES
AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE
NICARAGÜENSE

COMISIÓN REGIONAL
DE SALUD

CONSEJO REGIONAL
AUTÓNOMO RAAN



COOPERACIÓN
AUSTRÍACA
PARA EL
DESARROLLO

El modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE (URACCAN)

**EL MODELO DE SALUD
DE LA REGIÓN AUTÓNOMA
DEL ATLÁNTICO NORTE**

10 de noviembre de 1996

PRESENTACIÓN

Equipo de trabajo:

Enf. Alta Hooker Blandford
(Presidente Comisión de Salud CRA - RAAN)

Dra. Myrna Cunningham Kain
(Rectora URACCAN)

Dr. Pedro Rupalius
(Asesor Comisión de Salud CRA - RAAN)

Participaron y aportaron al diseño de esta propuesta:

Dr. Ned Smith Cassis	Director SILAIS / RAAN
Dra. Florence Levy	Directora Hospital Regional Nuevo Amanecer
Dra. Fabiola Prado	Directora Epidemiología SILAIS RAAN
Dra. Sofía Sánchez	Directora Unidad de Salud Siuna
Dra. Lucía Lira	Directora Unidad de Salud Bonanza
Dra. Elmida Cárdenas	Directora Unidad de Salud Rosita
Dr. Domingo García	Centro Clínico Bilwi
Dr. Juan Carrasco	Especialista Medicina Interna Hospital Regional Nuevo Amanecer
Lic. Ruth Mercado	Enfermera SILAIS
Enf. Joy Martín	Resp. Enfermería SILAIS
Enf. Sandra Hooker	Resp. CETERS

Representantes de las alcaldías de Bilwi, Waspam, Rosita, Siuna y Bonanza

Líderes de salud, parteras, brigadistas y colaboradores voluntarios de cada uno de los municipios de la RAAN.

Representantes de los curanderos de los municipios de Bilwi, Waspam / Río Coco Bonanza y Rosita.

Representantes de iglesias en los municipios de Puerto Cabezas, Río Coco, Rosita y Bonanza.

Miembros del Consejo Regional Autónomo de la RAAN.

Asesoría metodológica:

Dr. Lorenzo Muñoz
(Catedrático Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud
CIES / UNAN - Managua)

Diseño y diagramación: Sergio Flores Balmaceda

Impresión: Imprimatur Artes Gráficas
Tiraje: 1.000 ejemplares impresos en papel bond
Abril, 1998 - Managua, Nicaragua

A raíz de la implementación del modelo autonómico en la administración del gobierno, el Consejo Regional Autónomo de la RAAN, por medio de la Comisión de Salud asumió el reto de diseñar un modelo de salud que pudiese corresponder a las necesidades de la población costeña. De acuerdo a la Ley de Autonomía, es potestad del Gobierno Autónomo, administrar, entre otros, la salud en coordinación con el Ministerio de Salud. Obviamente para poder administrar la salud de manera eficiente, es imprescindible contar con un modelo propio, que se ajuste a las realidades de la Región y que contemple las demandas y necesidades de la población. Asimismo es importante el diseño de un plan estratégico para poder implementar dicho modelo de salud, ya que se deben construir las condiciones necesarias, a fin de implementar dicho modelo. Se trata de un proceso dinámico, en el cual sobre la marcha se van modificando las condiciones, monitoreándose el cumplimiento de la implementación del nuevo modelo.

El presente trabajo pretende presentar el modelo de salud que ha de ser implementado en la RAAN, como parte del proceso de la descentralización y traslado de poder para administrar la salud. Es el producto de la iniciativa de la Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo, en coordinación con la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense, el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) y el SILAIS-RAAN. Se reflejan en esta propuesta las inquietudes y necesidades expresadas por pobladores de los diversos territorios y etnias de la Región, así como por los trabajadores del sector salud, representantes de las prácticas tradicionales, sector estatal, gremios, sector religioso y sectores políticos de diversas tendencias. Estas inquietudes y sugerencias fueron consideradas en base a encuestas sectoriales, entrevistas con grupos focales, entrevistas personales y talleres en cada uno de los municipios de la RAAN.

Se consideraron por otro lado el marco jurídico y el modelo de desarrollo del sector salud a nivel nacional.

Antecedieron al presente trabajo los siguientes momentos:

- Elaboración de un diagnóstico de la situación de salud en la RAAN por parte del Gobierno Regional Autónomo (1994).
- Negociaciones con el Ministerio de Salud sobre el proceso de descentralización, sus alcances, implicancias, perspectivas, responsabilidades y desarrollo cronológico (1995).
- Diseño e implementación de un proyecto de apoyo al proceso de descentralización (de manera coordinada Comisión de Salud del

CRA y URACCAN), basado en la capacitación de los recursos humanos (1995-1996)

- Acompañamiento en el proceso de identificación de necesidades y problemas para lograr el diseño del modelo de salud (URACCAN, Comisión de Salud y CIES) en 1996.
- Talleres con funcionarios del SILAIS-RAAN, alcaldes y otras autoridades regionales y municipales sobre las necesidades y requerimientos, así como posibles formas de implementación del modelo (1996).
- Talleres y encuestas sobre las necesidades en salud, problemas y posibles soluciones con representantes comunales, gremiales, representantes de las diversas etnias (1996-1996).
- Trabajo orientado en los cursos de gerencia y la licenciatura de enfermería de URACCAN, con asesoría y acompañamiento del CIES (1996).

Agradecemos a la población de la RAAN, a los trabajadores de la salud y en especial a los representantes de las diversas formas de prácticas tradicionales indígenas y trabajadores voluntarios de la salud, por el apoyo brindado en el marco del presente trabajo. Asimismo deseamos expresar nuestro agradecimiento a la Oficina de Cooperación Técnica de la Embajada de Austria y al Servicio Austriaco de Cooperación para el Desarrollo (ÖED), por la cooperación brindada al proceso de descentralización de la administración en salud de la RAAN.

La necesidad de un nuevo modelo de salud



PRIMERA PARTE:**La necesidad de un nuevo modelo de salud**

- I. INTRODUCCIÓN
- II. ASPECTOS SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS
 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS
 2. TENDENCIAS POLÍTICAS
 3. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS
 4. SITUACIÓN ECONÓMICA
 5. PROBLEMAS SOCIALES Y CULTURALES
 6. LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD
 7. LA SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

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.

Los cambios derivados del redimensionamiento de la salud como finalidad y factor del desarrollo humano, la modernización del Estado, la reforma sectorial y la redefinición de la gestión pública de los servicios de salud, están poniendo nuevos marcos de referencia a las formas de organizar y prestar la atención de salud. En muchos países se cuestionan los aspectos organizativos, se exploran nuevas formas de financiamiento, siendo cada vez más evidente la interacción entre la salud humana, las políticas sanitarias y el desarrollo económico.

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

Si a esto agregamos el hecho, ya señalado por muchos autores, de que "en las comunidades de las Regiones Autónomas existe una práctica médica que combina 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 en esas comunidades", resulta evidente que para abordar temas como equidad, desarrollo sostenible, autonomía, participación comunitaria se requiere de un abordaje adecuado culturalmente a la Región y sus habitantes.

Un Sistema de Salud debe de estar organizado en función de dar respuestas concretas a las necesidades básicas sentidas por la población. Hasta la fecha la interpretación de estas necesidades fue realizada en los niveles centrales de gobierno, sin que la población participase en este proceso. De ello surgieron programas de salud más o menos verticales, que no recogían el sentir de la mayoría de la población ni respondían a las demandas de la misma.

La situación de salud en las comunidades en la RAAN es bastante deficiente. En un estudio realizado recientemente sobre el impacto de las reformas del sector salud sobre los pueblos indígenas, el 40% de las personas encuestadas opinaban que el acceso de los indígenas a los servicios de salud es diferente al resto de la población y que la inaccesibilidad se debía entre otras razones a la dispersión geográfica, la ruralidad, el atraso tecnológico, irrespeto a la cultura por parte de los trabajadores de la salud, la falta de medios de transporte y la falta de experiencia de los indígenas por reclamar sus derechos.

Es así como los grupos poblacionales indígenas, pero también la población mestiza del sector rural, consideran como necesidad más sentida

la falta de reconocimiento del Gobierno, Alcaldías y SILAIS de sus derechos y necesidades básicas. Entre éstas se destacan el desempleo, la falta de créditos, la falta de control sobre sus recursos propios, la falta de letrinas, agua potable y luz eléctrica.

Asimismo se considera que hay poca promoción de la cultura indígena y de espacios en los cuales puedan compartir y transmitir experiencias y conocimientos de los ancianos a los jóvenes sobre la salud y señalan la necesidad de que los trabajadores de la salud se identifiquen con la cultura indígena y que brinden una atención humanizada, reconociendo la medicina tradicional y sus prácticas. No hay representatividad de la población indígena en los niveles de decisión y no existe una movilización amplia de los indígenas que concreten propuestas de salud.

En este contexto, la Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo de la RAAN, se plantea impulsar un proceso de elaboración de un modelo de salud que parta del fortalecimiento de la promoción de la salud en distintos niveles geográficos, con el compromiso de las autoridades y miembros de las comunidades, municipios y Gobierno Regional para el establecimiento de una red de comunidades indígenas y étnicas saludables que contribuya a mejorar las condiciones de vida de la población en la RAAN.

II. ASPECTOS SOCIALES, CULTURALES Y ECONÓMICOS

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Con la expansión industrial del siglo XVIII en Europa, la población de los centros industriales empezó a ser tratada de forma diferente a la población de los territorios colonizados. Esas diferencias fueron toleradas en la medida en que no causaban problemas, sin embargo, en países recién "independizados" en América se presionó a muchos grupos para que abandonasen sus características culturales y hasta sus identidades ancestrales. En los países de América, los imperios coloniales fueron sustituidos por estrategias de asimilación y aculturación, lo cual ha



caracterizado la relación entre los Estados Nacionales y los pueblos indígenas y comunidades étnicas.

Paralelamente, surgieron también relaciones de clases derivadas del modo de producción capitalista que acentuaron las diferencias.

En el caso de América Latina, los pueblos indígenas habían sido invadidos, ocupados y colonizados internamente y los gobernantes "nuevos" después de la "independencia" no abandonaron sus territorios. Esta situación, en general, afectó de forma seria a los pueblos indígenas caracterizándose la relación Estado-pueblos indígenas por:

- Incapacidad de los pueblos indígenas para desarrollar espacios de control político y crear estados-nación con una identidad propia.
- Las reglas del juego de las actividades políticas eran definidas por los grupos de poder en los Estados nuevos, sin consultar con los pueblos indígenas. Fueron raros los casos de autonomía política comunitaria relativa reconocida por los Estados a los indígenas, los cuales no tuvieron capacidad para resolver los problemas fundamentales: tierra, territorio, reconocimiento a la identidad, derechos consuetudinarios, educación intercultural bilingüe.
- Para sobrevivir en muchos casos los indígenas tuvieron que adaptarse y ceder demandas a los no-indígenas: religión, idioma, territorios, recursos naturales.
- Los patrones históricos de discriminación racial y étnica dentro de los Estados no han sido aún erradicados.
- Los pueblos indígenas que han logrado sobrevivir conservan, en mayor o menor grado, costumbres propias diferentes a los no-

indígenas, siendo las más importantes las prácticas y leyes consuetudinarias.

- Ha habido una fuerte tendencia de los Estados para comportarse de forma paternalista, condescendiente y arrogante con los pueblos indígenas, raramente extensivo a otros grupos, como los negros, que más bien han sido invisibilizados.

Los modelos de atención de salud han reflejado esa realidad. Con la llegada de los europeos a la Costa Atlántica de Nicaragua, comienza 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 del país en Bilwaskarma y un año después el Hospital Thaeler Memorial en el mismo pueblo (1935).

El Hospital Moravo, además de preparar enfermeras, estableció algunos puestos de salud. En la década de los 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 atender a pacientes tuberculosos, la mayoría silico-tuberculosos de las minas.

En 1945, el Gobierno de Nicaragua, suscribió la Convención de Pátzcuaro que creó el Instituto Indigenista Interamericano que definió la Política Indigenista de los Estados hasta hace pocos años. Determinaba la conformación de los Institutos Indigenistas Nacionales.

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 capacitación en temas de salud y visitas esporádicas de personal médico a las comunidades.

Para la implementación de dicho proyecto se realizó en 1955 un estudio socioeconómico en 30 comunidades, en el que se reflejaba la insalubridad de la zona; "la ignorancia y la miseria, los insectos y el pantano, la suciedad y el aislamiento" decía el estudio "han contribuido para que muchas enfermedades representen para los miskitos verdaderas catástrofes". Entre las enfermedades más comunes, el documento cita las siguientes: parasitosis intestinal, tuberculosis principalmente entre los jóvenes que van a las minas en busca de trabajo, sífilis, pian, úlceras

tropicales, mal de pinto, malaria. Agregaba que "la desnutrición es muy común y se evidencia una alta mortalidad infantil".

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 esa fecha, señala el informe del Proyecto Piloto, que 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 sanitarios. Equipos similares se instalaron en los puertos de salida de los recursos nacionales manejados por las empresas transnacionales: Puerto Cabezas y Prinzapolka. En coordinación con el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), se estableció un programa con campañas de saneamiento, prevención de enfermedades transmisibles, erradicación de enfermedades endémicas y organización de botiquines comunales para atención de primeros auxilios.

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

Con el desarrollo del Seguro Social en el resto del país se establecieron convenios entre estos servicios y las empresas para atender a los pacientes trabajadores. Para atender al resto de la población se mantuvieron los Centros de Salud del Ministerio de Salud con servicios sumamente limitados.

A fines de los 60 el Hospital Moravo en Bilwaskarma amplía sus servicios a programas comunitarios junto con la Iglesia Católica e Instituciones del Gobierno. Participan en la formación de líderes comunitarios, amas de casa, cooperativistas y otros. Durante este período continúa 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.

Prácticamente el mayor porcentaje de los servicios de salud que se ofertaban enfatizaban los aspectos curativos, con limitada actividad preventiva.

A pesar de que durante 1979-1981 se dio un gran impulso a las vacunaciones y extensión de cobertura de programas, no duró mucho,

puesto que con el inicio de la guerra en la zona se limitó nuevamente el acceso de la población a servicios básicos de salud.

A partir de 1988, con la finalización de la guerra, y sobre todo a posterior a 1990, con el retorno masivo de los pobladores, se intentó mantener la ampliación de cobertura, iniciada en 1980. Sin embargo, la disparidad entre la enorme demanda de servicios por parte de la población que retornaba de forma masiva hacia sus territorios de origen y la capacidad del sistema, drenado por la falta de recursos y una política en salud que no estaba orientada hacia los territorios de la Costa del Caribe, repercutieron en una atención en salud deficitaria. En la actualidad, la mayor parte de la población de la RAAN no está satisfecha con la atención en salud, y sobre todo la población rural y las comunidades indígenas se quejan de la descobertura del sistema y la falta de adaptación a la cultura y costumbres de la región.

2. TENDENCIAS POLÍTICAS

Los pueblos indígenas se encuentran concluyendo el Siglo XX luchando por ser reconocidos por los Estados donde viven y ejercen algunos de los derechos negados históricamente. Los procesos de revitalización étnica local no están al margen del proceso global de crisis de los Estados Nacionales tratando de redefinirse a sí mismos frente al proceso de globalización que cada día lesiona más sus soberanías al definirse casi todo fuera de su ámbito y, más bien en el seno de las Agencias Financieras Internacionales.

El proceso de globalización ha generado una doble movilización: globalización-localización. La crisis de gobernabilidad y sobrevivencia económica que enfrentan los Estados actualmente ha contribuido a la revitalización de los movimientos indígenas y étnicos. El fracaso e incapacidad de los Estados para proporcionar condiciones de seguridad y justicia ha hecho que los pueblos con identidades diferenciadas traten de hallar otros espacios en busca de futuro. Con los alcances de la globalización en aspectos de comunicación-información, ya no es posible mantener pueblos aislados y segregados. Esto hace que los Estados no estén adecuadamente preparados para aceptar y ajustarse a las realidades de identidades separadas y diferenciadas.

En el caso de los pueblos indígenas, con el desarrollo del proceso de reconocimiento de derechos humanos desde los de la primera generación hasta los de la tercera generación y la incursión del movimiento indígena

en espacios internacionales como el Sistema de Naciones Unidas, han desarrollado redes globales y tejidos de intereses comunes que logran incidir sobre las políticas nacionales alcanzando importantes logros en algunos países.

Los Estados han visto tradicionalmente la diversidad étnica como una amenaza pensando que su reconocimiento, los debilita. Esos temores generalmente han desviado su atención de la necesidad de encontrar y construir soluciones innovadoras a sus mismas crisis.

La implantación del esquema neoliberal y la polarización social resultante, se expresa no sólo en lo económico, sino también en lo político, jurídico y moral. Se está incrementando desde el poder, la pérdida de referentes éticos y la potenciación de la corrupción. Hay falta de credibilidad en las instituciones, desconfianza en los sistemas políticos, en los partidos y los procesos democratizadores se enfrentan a retos serios de profundización.

En el proceso de globalización económica, política y cultural impulsado principalmente por el sistema financiero y empresas transnacionales ante el cual los Estados Nacionales solamente intentan seguir los procesos y construir marcos políticos y organizaciones que encajan, se limitan sus espacios para el control económico y sociopolítico, haciéndolos perder su capacidad de resolver crisis económicas, políticas, sociales y ecológicas nacionales.

Hay nuevas realidades de comunicación, medio ambiente en franco deterioro, explosión demográfica, armamentismo, composición multiétnica demandando derechos históricos. En ese contexto, Nicaragua dio un importante paso en el reconocimiento de derechos de los pueblos indígenas y comunidades étnicas a partir de la aprobación del Estatuto de Autonomía Regional en 1987. Dicha ley establece las bases para un nuevo ordenamiento jurídico y estructural que vendría a configurar un estado unitario, multiétnico y respetuoso de la diversidad. En la Reforma Constitucional de 1995, el régimen autonómico se fortaleció.

El mismo establece derechos políticos, económicos, culturales, ecológicos. Reconoce el derecho consuetudinario practicado en las comunidades así como las tierras comunales.

En los primeros seis años de ejercicio de la Autonomía Regional se ha enfrentado a diversas limitaciones: la falta de voluntad política del Gobierno Central por respetarla, la amenaza constante de concesiones y uso racional de los recursos naturales, la limitada capacidad propositiva de las autoridades regionales, la débil y dispersa sociedad civil costeña para ejercer presión por el respeto a sus derechos y no por último, la corrupción



y la polarización política interna. El incremento de la migración interna junto al avance de la frontera agrícola con su consecuente cultura productiva dañina, provocando la mestización acelerada comienza a verse como otra seria amenaza.

Se ha avanzado en el reconocimiento de la Autonomía y el Gobierno Central ha firmado una serie de acuerdos trasladando impuestos y reglamentando "sobre la marcha" algunos aspectos en cuanto a las relaciones interestatales consignadas en la Ley de Autonomía.

La salud es un aspecto fundamental y, a pesar de que la sensibilización de los pueblos indígenas y comunidades étnicas han desarrollado mecanismos de autopreservación y autocuración, se prevé que el proceso de modernización que está impulsando el Gobierno, no sólo excluya a los costeros/as en el proceso de desconcentración de servicios y privatización sino que también están en peligro los recursos tradicionalmente utilizados debido a la deforestación y el robo de la propiedad intelectual de los mismos.

3. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Nicaragua tiene una población estimada en 4.4 millones de habitantes y está creciendo a un ritmo de 2.7 % anual.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda realizado por el Gobierno Central en el año 1995, obtenemos el siguiente cuadro:

Municipio	Población urbana	Población rural	Total
Pto. Cabezas	19,713	18,141	37,854
Waspam /Río Coco	3,038	32,234	35,262
Rosita	5,271	11,222	16,493
Siuna	7,692	37,069	44,761
Bonanza	4,350	7,203	11,553
Waslala	1,353	24,187	25,540
Total	41,417	130,056	171,473

El 50.9 % de la población corresponde al sexo femenino, el 49.1 al masculino.

Un estudio sobre "Perfil de Salud en comunidades seleccionadas del Río Coco" revela que la pirámide poblacional es de una base ancha que no difiere mucho del resto del país. El 52.8% de la población es menor de 15 años y sólo 7.9% es mayor de 50 años. El 51% de la población es del sexo femenino. La edad promedio era de 18.8 años, sin mucha diferencia en cuanto al sexo. La natalidad era de 62.3 por 1,000 habitantes. La tasa de fecundidad fue de 300.1 por MEF y el promedio de embarazos por mujer fue de 5.1, el promedio de partos de 4.7 partos.

La encuesta sobre salud familiar realizada por CDC-PROFAMILIA en el Pacífico y Región Central del país en 1992-1993 había encontrado una tasa global de fecundidad de 4.6 hijos por mujer. Ese mismo estudio señalaba que Nicaragua tiene la tasa más alta de fecundidad de la Región Centroamericana.

Sin embargo, se observa que esa tasa está disminuyendo al compararse con un estudio realizado por Naciones Unidas en los 80 que reflejaba que el promedio de hijos por mujer en edad fértil era 5.5.

Más del 60 % de la población de la Región Autónoma del Atlántico Norte fue desplazada durante la guerra de la década de los ochenta, iniciándose la repatriación y retorno a sus comunidades de origen a partir de 1985. Muchas comunidades fueron totalmente destruidas y están apenas en proceso de reconstrucción. Lo anterior facilitó la migración del área rural hacia los centros urbanos generándose una especie de ciudades-ruralizadas como los casos de Bilwi y Siuna principalmente.

De acuerdo a los datos preliminares del Censo Nacional, las Regiones Autónomas "antiguo departamento de Zelaya", está entre los 6 departamentos que muestran tasa de aumento superior a la media del país, incluso lo señalan como de "crecimiento espectacular" y agregan que ese fenómeno "hace pensar que son beneficiarios de la población de aquellos que muestran una expansión menor". Cinco de los 46 municipios del país que poseen tasa de crecimiento anual de población urbana mayor que la media nacional, están ubicados en la zona Atlántica.

La población de la RAAN representa aproximadamente el 4.7% de la población total del país. En la Región, la densidad poblacional es de 4.7 habitantes por kilómetro cuadrado. La distribución por comunidad étnica es la siguiente: 54% miskito, 39.1% mestiza, 4.5% sumu-mayangna y 1.7 criollo.

En los datos del PEBI mencionados en un estudio realizado para el Gobierno Regional por la Dra. M. Law, se plantea que el 57.9% corresponden al pueblo miskito, 37.5% a los mestizos, 1.1 a los criollos y 3.5% a los sumu-mayangnas. El mismo estudio concluye señalando que:

- La distribución étnica es acorde a territorios, siendo hegemónicos los miskitos en los llanos y litorales de Puerto Cabezas y Río Coco y los mestizos en el territorio de Las Minas (sobre todo en la parte occidental de las mismas).
- El municipio de Rosita es el territorio donde las tres etnias mayoritarias confluyen.
- Hay una presión migratoria por parte de la población mestiza que como frontera agrícola avanza de oeste a este.

Law menciona que, de acuerdo a datos del MINSa en 1989, la expectativa de vida promedio en la RAAN era de 53.8 años.

4. SITUACIÓN ECONÓMICA

La inflación acumulada en el país en los primeros seis meses de 1996 alcanza 5.9%, cifra superior a lo registrado en el mismo período en 1995. Los resultados fiscales, en el mismo período, presentaron un déficit de 670 millones de córdobas. El financiamiento externo fue la fuente fundamental de los recursos para cerrar los déficits del gobierno en sus operaciones totales, al haber recibido cerca de C\$ 383 millones en el período. La base monetaria muestra un saldo de crecimiento nominal del 14% con relación al mismo saldo del año 95. El gobierno prevee que al finalizar 1996, la deuda externa se habrá reducido de US\$ 8,657 millones de dólares a US\$ 3,171.6. El mismo informe señala que durante este período, el salario promedio real, muestra un descenso del 6%, contrastando con la recuperación de 1.3% que reportó para el mismo período durante 1995.

A diez años de la aplicación del modelo económico neoliberal los resultados para la generalidad de los países de América Latina y el Caribe son esencialmente los mismos, afectando cada vez más a nuevos sectores económicos y la débil integración existente. Al desigual crecimiento económico y la relativa estabilidad coyuntural macroeconómica, se ha agregado una grave disminución de calidad de las condiciones de vida de inmensas mayorías empobrecidas, ensanchándose como nunca la brecha social y acelerándose el deterioro de la naturaleza.

La desindustrialización, el desempleo, la terciarización e informalización de las economías se profundiza y la sociedad se descompone afectando los valores de solidaridad y justicia social.

La globalización le ha definido el rol a los países pobres, y los efectos lo sufren más los sectores empobrecidos. En ellos se refleja la disminución de salarios reales, el desempleo, la restricción de servicios públicos, la explotación irracional de los recursos naturales, el deterioro ecológico.

Según la CEPAL, en América Latina la pobreza urbana pasó del 26% en 1970 al 34% en 1990, mientras la pobreza rural descendió ligeramente del 62% al 53% en esos años respectivamente.

El mismo informe señala que la relación de hogares en condiciones de extrema pobreza o indigencia en las ciudades se elevó del 10% en 1970 al 14% en 1990 en la región latinoamericana y la extrema pobreza en las zonas rurales sigue representando casi una tercera parte del total de los hogares.

En Centro América, la década de los 80 fue de cambios dramáticos, imponiéndose sin embargo, la negociación y concertación como mecanismos para resolver conflictos, alcanzándose niveles importantes de

democratización y evidenciándose la emergencia de diversas expresiones de la sociedad civil. Esos cambios democráticos no se reflejan, necesariamente, en una disminución de la pobreza. En Centro América son cuatro décadas perdidas.

Señala el mismo estudio, que Nicaragua es el único país del mundo cuyo ingreso per cápita era menor en 1993 que en 1960.

Nicaragua recuperó la estabilidad macroeconómica después de 1991, pero todavía se caracteriza por brechas importantes, señala un informe de USAID (la brecha comercial, el déficit fiscal, la carga de la deuda externa). Las exportaciones, en términos de la balanza de pagos, que ha sido el indicador más confiable de las alzas y bajas, bajó de U\$ 1000 millones en 1977 a U\$ 220 millones en 1992 y comenzó a recuperarse hasta a partir de 1993.

De acuerdo a datos, el 70% de los empleados trabaja en el sector informal generando por lo tanto un grave problema de sub-empleo. El problema fundamental de los pobres no es su no-participación en actividades productivas, sino el hecho de no contar con habilidades y bienes, tales como tierra y capital financiero.

Entre los sectores más empobrecidos en nuestros países se encuentran los pueblos indígenas y comunidades étnicas. En un estudio del Banco Mundial "Indigenous People and Poverty in Latin America" señala entre las conclusiones que:

- la pobreza entre pueblos indígenas de América Latina es severa y generalizada
- las condiciones de vida de los indígenas es abismal comparada con los no-indígenas
- los niveles de educación son bajos y existe relación entre padres sin formación e hijos sin educación
- los problemas de salud son severos.

Nicaragua no es una excepción y diversos estudios reflejan que efectivamente en las comunidades de las Regiones Autónomas viven los sectores más empobrecidos del país. La RAAN cuenta con una situación grave de rezago total en relación con el resto del país por varias razones:

- La política de empobrecimiento derivada de las modalidades de explotación de recursos naturales a los cuales ha estado sujeta.

- Los efectos de la guerra de los 80.

- La falta histórica de infraestructura.

La RAAN ocupa un importante lugar en cuanto a reservas geológicas explotables. Tiene en bosques cerca del 42% de área boscosa del país y el 45.6% de la biomasa forestal maderable. Asimismo en la Costa del Caribe Nicaraguense se encuentran 400 kms. de faja costera que albergan diversas especies con las mayores densidades de población langostera, tortugas, camarones de lagunas y peces de escama.

Las exportaciones de mariscos ha aumentado desde 1991 y es uno de los mayores rubros de exportación, sin embargo, ha sido a costa básicamente de camarón y langosta. Los pescadores artesanales de las comunidades están fuera de las posibilidades de competir con las formas industriales en este campo y la piratería marítima afecta seriamente la actividad.

Producto de la explotación de esos recursos en los últimos años, la Región ha comenzado a percibir un porcentaje de los impuestos. De las licencias de pesca recibe el 20%, mineros el 50% y 40% de los fondos de madera.

Las cifras captadas en 1995 ascienden a C\$ 1,440,393 de los recursos forestales; C\$ 5,294,000 de recursos pesqueros; y C\$382,650 de recursos minerales.

Sin embargo, el problema del desempleo sigue afectando seriamente a toda la población. Actualmente más del 70 % de los pobladores de la RAAN se encuentran sub- o desempleados, ajustándole sólo al 25 % para la adquisición de la canasta básica. Aproximadamente el 35 % de los habitantes viven bajo condiciones de miseria.

Con la reglamentación de los derechos consignados en la Reforma Constitucional podrá incrementarse esta participación de los Gobiernos Regionales Autónomos en los beneficios derivados del uso de los recursos naturales en la Región.

5. PROBLEMAS SOCIALES Y CULTURALES

El modelo económico derivado de la colonización externa e interna en la Región, con la aplicación de "modelos igualadores" de aculturación y asimilación ha facilitado la exclusión de ciertos grupos sociales. Para los pueblos indígenas y comunidades étnicas de las Regiones Autónomas

participar en las decisiones políticas nacionales y regionales ha sido difícil por las características culturales, lingüísticas y los patrones históricos de discriminación racial y étnica que han prevalecido.

El mismo acto de colonización ha sido la enfermedad más severa que han enfrentado los pueblos indígenas y comunidades étnicas en la medida en que ha estado dirigida a destruir, subyugar o invalidar la organización y la estabilidad social comunitaria afectando la identidad, generando inseguridad e impotencia, destruyendo los sistemas de valores y ante todo desconociendo y negando la forma en que los individuos/as y colectividades comprenden y explican la vida, la enfermedad y la muerte. La colonización ha actuado contra el sentido que preserva y orienta cada cultura y a cada individuo dentro de la misma. Sin sentido cultural, la vida se transforma en subsistir y resistir.

Las comunidades de las Regiones Autónomas han sobrevivido en ese contexto de dependencia y privación en condiciones de marginación y discriminación, en el cual los individuos y las comunidades han visto afectadas su integridad física, mental y emocional.

La autora Hannah Arendt ha señalado que “la privación fundamental de los derechos humanos se manifiesta por sobre todo en la privación de un lugar en el mundo (un espacio político) que torna significativas las opiniones y efectivas las acciones... El hombre, según parece, puede perder todos los así llamados derechos del hombre, sin perder su cualidad humana esencial, la dignidad humana. Sólo la pérdida de la identidad política lo expulsa de la comunidad”.

A pesar de que en las últimas décadas los pueblos indígenas han comenzado a ganar “humanidad” con las discusiones nacionales e internacionales y en algunos casos el reconocimiento de derechos históricos, aún persiste la exclusión. Su no participación en espacios de decisión política es opuesta a la idea de escenarios, actores/us y equidad. Los excluidos no están, están afuera.

Por otro lado, en la RAAN repercuten una serie de fenómenos ocasionados por la política económica neoliberal. Los campesinos pobres nuevamente son presionados para buscar nuevas tierras en el territorio occidental de la región, avanzando de esta manera más la frontera agrícola. Esto ocasiona serios problemas, ya que amenaza la existencia de las comunidades indígenas de la RAAN. Por otro lado, las corporaciones transnacionales madereras y mineras tienden a destruir el sistema ecosocial que sustenta a las comunidades. Todo ello se realiza bajo el manto de una transición hacia la democracia, donde el mercado y las habilidades para sobrevivir son un patrón.

El discurso de la transición a la democracia que utilizan tanto los grupos de poder crea confusión. Se han abierto espacios para el discurso democrático participativo, sin embargo, el poder económico globalizador y la aplicación de las medidas económicas que se derivan de él, genera mayor exclusión económica. Hay un discurso de participación y una realidad de opresión. Eso genera resistencias, protestas y violencias que sumados a las transformaciones de las pautas culturales derivadas de la globalización cultural-comunicacional evidencia cambios con la emergencia del individualismo, el consumismo y la pérdida de valores éticos que destruye la solidaridad colectiva comunitaria.

Las expresiones de esos problemas son el incremento de la violencia, corrupción, drogadicción, crisis de las estructuras comunales tradicionales, incremento de la dependencia y el paternalismo y, las comunidades hasta enfrentan el riesgo de sustituir el proceso autonómico por modelos desarrollistas-paternalistas algunas veces más cómodos.

La inaccesibilidad cultural de los programas de salud del MINSA ha sido una limitante tradicional, ya que a pesar de contar con una activa participación de los líderes de salud y las parteras empíricas, aún no se cuenta con una articulación efectiva con los curanderos y sukias que atienden un alto porcentaje de los enfermos de las comunidades.

De acuerdo a datos de la Fundación Wangki Luhpia, el 80% de las personas enfermas en el sector del Río Coco acude al médico tradicional antes de visitar al MINSA, que funciona más como unidades de referencia del sistema de salud comunitario indígena. En otro estudio señala que en Waspam el 63% de las personas llevan a sus enfermos al Hospital y sólo 23% de las comunidades.

Las comunidades indígenas son la unidad geográfica base de su organización. Constituyen su garantía de sobrevivencia puesto que a ese nivel los pobladores/as, mantienen y reproducen su visión del mundo, la relación armónica entre los miembros de la comunidad y la naturaleza. A través de esas relaciones se ha transmitido de generación a generación la profunda espiritualidad y sus valores culturales que son ejes dinamizadores de la vida en la comunidad.

Esta visión obviamente incide sobre la concepción de salud-enfermedad que tienen las comunidades indígenas, por lo tanto la salud tiene que ver con la organización social, el desarrollo económico, el nivel de vida, la distribución de recursos, el medio ambiente natural y social de las comunidades. En el proceso de salud-enfermedad de la comunidad se encuentran relaciones entre los pacientes, sukias, curanderos y la comunidad en la cual el eje de las relaciones es la confianza. De acuerdo a

Viesca, un elemento fundamental para el éxito de cualquier práctica médica en cualquier cultura (el cual se evidencia en la práctica médica indígena) es la activa participación tanto del médico como del paciente en el acto terapéutico, la confianza que el paciente deposita completamente en el profesional de la salud que además de entender su oficio, entiende al paciente y se hace entender de él.

A pesar de que la medicina indígena es un sistema de conocimientos, creencias y prácticas destinadas a la prevención y curación de enfermedades que se ha mantenido a lo largo de la historia de colonización y se ha enriquecido con la medicina europea y africana, no ha sido incorporada ni articulada con el sistema de salud del MINSU. A pesar de haber sido reconocida y legalizada en el Estatuto de Autonomía desde el año 1987, no ha habido mayores cambios que reflejen respeto a los aspectos culturales de los pobladores/as.

En un estudio inédito realizado por la Lic. Alice Pineda en 1996, entre los problemas relacionados al sistema de salud señalados por los pueblos indígenas, se encuentran los siguientes:

- La falta de reconocimiento del Gobierno, Alcaldías y SILAIS a la población indígena con sus derechos y necesidades.
- Irrespeto a la cultura de la población indígena que incide en la falta de acceso cultural a los servicios de salud. Por ese motivo los pobladores indígenas se autoayudan con plantas medicinales, visitan a la partera y a los curanderos.
- Los médicos no conocen las lenguas y no comprenden la cosmovisión de los indígenas, lo que repercute en actitudes etnocentristas.

6. LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

Entre los principales problemas que reflejan, tanto las causas más importantes de muerte, de incapacidad e invalidez, como las enfermedades de mayor incidencia y prevalencia, destacamos:

a) **La mortalidad infantil.** Si bien hay un desconocimiento de la real situación actual de la mortalidad infantil, por el comportamiento de la mortalidad de este grupo etáreo en las unidades de salud, podemos

presumir que la tendencia al deterioro se mantiene. La composición de las patologías que determinan la mortalidad infantil elevada, son:

- **La Enfermedad Diarrea Aguda** y otras enfermedades infecciosas intestinales (desde hace dos años se le agrega el cólera) son la primer causa de muerte, sobre todo en los menores de un año y se encuentran asociadas a:
 - El deterioro acumulado de las condiciones higiénico-sanitarias de la población, tanto en el territorio urbano como rural.
 - La pobre educación sanitaria de la población en general que incide en los hábitos y costumbres de las madres de niños con diarrea.
 - La deficiente situación alimentaria-nutricional de una buena parte de la población infantil.
 - La insuficiente cobertura de los servicios de salud básicos, sobre todo en el territorio rural y en las comunidades indígenas.
 - Las persistentes deficiencias de los servicios de salud, donde encontramos un insatisfactorio funcionamiento de las unidades de rehidratación oral, aplicación inadecuada de las normas y deficiente atención de las complicaciones en las unidades hospitalarias.
- **Las causas perinatales:** Estas causas en muchas ocasiones se encuentran enmascaradas en los informes y análisis sobre la mortalidad, juegan sin embargo un preponderante papel, debido a:
 - A la situación de deterioro nutricional de la embarazada, así como los bajos niveles educacionales.
 - La deficiente calidad de la atención prenatal, que aún no tiene la capacidad de tomar medidas adecuadas en pacientes de alto riesgo obstétrico por un lado, y por otro aún no detecta adecuadamente a las pacientes de alto riesgo obstétrico (ARO).

7. LA SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Ante los problemas de salud planteados en el anterior capítulo, en la actualidad nos encontramos con un sistema de salud que se caracteriza por lo siguiente:

- **Una insuficiente asignación presupuestaria por parte del nivel central.** Aproximadamente el 4 % del presupuesto nacional en salud es asignado desde hace años a la RAAN, lo que corresponde aproximadamente al porcentaje de población en relación al país. Esta asignación es insuficiente debido a:

- que los costos de salud en la RAAN son más elevados que en el resto del país (por causa de la dispersión geográfica de la población, las malas vías de comunicación, las grandes distancias y la falta de infraestructura).
- la RAAN se caracteriza por un rezago histórico en el desarrollo de servicios de salud en relación a la media nacional (tanto a nivel de infraestructura, desarrollo de recursos humanos y desarrollo institucional).
- una asignación basada en términos de referencia nacionales, que no consideran ni el perfil epidemiológico de la región, ni las estrategias para su enfrentamiento.

Esto repercute fundamentalmente en la falta de abastecimiento técnico material y deficiente presupuesto para gastos operativos.

- **Una infraestructura en franco estado de deterioro,** que no da cobertura a más del 60 % de la población.
- **Una distribución de los servicios, que limita el acceso a la población indígena** de las comunidades y al campesinado del área rural.
- **Un modelo de gestión centralizado,** que no se adecúa a las particularidades de la Región y que no permite la participación social.

- **Un modelo de atención impuesto desde los niveles superiores,** que al no considerar las particularidades socio-culturales de la región y sus pobladores/as excluye las prácticas tradicionales del sistema.
- **Falta de articulación inter- e intrainstitucional del sistema,** que repercute en acciones en salud descoordinadas. Esto se refiere tanto a la articulación con las alcaldías municipales, los demás ministerios e instancias gubernamentales, así como las organizaciones no gubernamentales que trabajan en la salud y desarrollo comunitario.
- **Deficiente integración de la sociedad civil** en el proceso de transformación del estado de salud de la población. Si bien se insiste en la participación comunitaria, ésta hasta la fecha no se reflejada adecuadamente en los procesos de toma de decisión y en las estructuras en los diversos niveles.
- **Un modelo de atención que atiende a la población por enfermedades y síndromas** y que aún no valora al individuo y su familia en el contexto social.
- **Deficiente desarrollo de la atención primaria, sobre todo de promoción,** a causa de la fuerte presión que ejerce la población sobre la atención secundaria en momentos de una brecha financiera considerable.
- **Recursos humanos no preparados** para una atención integral y de desarrollo comunitario. Esto se refiere sobre todo al personal que está en contacto directo con la población.

SEGUNDA PARTE

El nuevo sistema de salud en la Región Autónoma del Atlántico Norte

- I. LA RAZÓN DE SER DEL SISTEMA DE SALUD
- II. PRINCIPIOS
- III. OBJETIVOS
- IV. ESTRATEGIAS DE DESARROLLO
- V. ESTRUCTURAS Y FUNCIONAMIENTO DEL MODELO
- VI. EL MODELO DE GESTIÓN
- VII. FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA
- VIII. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

Los grandes desafíos que habrá de enfrentar el Gobierno de la Región Autónoma del Atlántico Norte en materia de salud durante los próximos años, requieren de una verdadera transformación en su modelo de salud, a fin de poder dar una respuesta a las necesidades y demandas de la población. Esta transformación, lo deberá convertir en una estructura ágil, que de manera eficiente pueda enfrentarse a las diversas situaciones, en correspondencia con los valores culturales propios de la población e integrando los recursos propios de que dispone la región.

Hablar en la RAAN de una modernización de los servicios de salud, presupone hablar de la reorganización de los servicios y de una readecuación de las estrategias, tanto de la atención en salud como de la gestión a nivel del Gobierno Regional, como en el nivel local, teniendo presente la participación comunitaria para el fortalecimiento de la participación social en la gestión de salud en el territorio.

I. LA RAZÓN DE SER DEL SISTEMA DE SALUD DE LA RAAN

Garantizar la prestación de servicios de salud a la población de la Región Autónoma del Atlántico Norte.

II. PRINCIPIOS DEL SISTEMA

Las políticas y principios de la atención en salud a la población de Región Autónoma del Atlántico Norte deben estar comprendidas en el marco de referencia de las políticas Nacionales de Salud, respondiendo sin embargo específicamente a la población costeña, sus intereses y particularidades culturales.

Los principios del sistema de salud de la RAAN han de ser:

- La atención en salud debe ser integral, es decir considerar los elementos curativos, de rehabilitación, preventivos y de promoción, haciendo énfasis en estos dos últimos.
- Se debe garantizar de manera sistemática la participación social y en especial la de los diferentes pueblos indígenas y comunidades étnicas en todo el proceso.
- Se debe promover la revitalización cultural.
- Las acciones deben responder al principio de la reciprocidad, es decir que si bien la salud también es responsabilidad de la sociedad

civil, la estructura de gobierno debe asumir su rol como gestor, normador y supervisor en conjunto con los demás actores sociales.

- La equidad en la atención en salud es un elemento primordial, priorizándose a:
 - al binomio madre-niño,
 - la población perteneciente a las comunidades étnicas,
 - los grupos poblacionales productivos en la pesca, la minería y el trabajo forestal.
- Toda la población, y en especial los grupos desprotegidos deben tener acceso a la atención básica en salud. Esto se refiere al acceso económico, social, geográfico y cultural.



III. OBJETIVOS DEL SISTEMA DE 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.

IV. ESTRATEGIAS DE DESARROLLO

1. Fortalecimiento del proceso de descentralización

El eje principal del nuevo sistema de salud de la RAAN ha de ser el fortalecimiento institucional del mismo, mediante la agilización y profundización del proceso de descentralización de la administración en salud y traspaso de poderes y facultades a las Autoridades Regionales y la profundización de la administración municipal de los servicios de salud.

Se entiende como proceso de descentralización el traslado planificado, ordenado y dirigido de la autoridad política, administrativa y técnica de los organismos centrales de la institución hacia la periferia, así como las responsabilidades por actos que dicha autoridad genere y las capacidades y recursos de diferente índole (político, financiero, físico, tecnológico, humano, de conocimiento e información) y optimizar todas las potencialidades existentes en el territorio.

En este sentido el Ministerio de Salud le traslada los poderes a una estructura de salud periférica (normalmente los SILAIS), asumiendo las capacidades de establecer las políticas y estrategias globales así como normar, supervisar y evaluar el proceso de la salud. Para los programas de salud esto significa que deberán responder a las necesidades locales de acuerdo al perfil epidemiológico, la valoración de prioridad y el enfoque de riesgo.

El modelo de atención se plantea la atención integral a la persona y el ambiente; y busca como garantizar a toda la población la atención básica en salud.

2. Fomentar un entorno que permita a la unidad familiar mejorar su salud

Este conjunto de medidas de promoción de una vida más sana, debe de contribuir a mejorar las capacidades de la familia y la comunidad para enfrentar sus problemas de salud. Se consideran dentro de este aspecto:

- Impulso de la educación sanitaria, en especial dentro del sistema de la educación primaria.

- Promoción de derechos, especialmente los de las mujeres, habilitándolas política y económicamente, contribuyendo a la protección legal frente a abusos.
- Atención y trabajo directo con las familias como unidades básicas de la sociedad.
- Apoyo en la organización comunal en torno a la solución de problemas de salud y demás puntos de interés de la comunidad.

3. Impulsar el desarrollo de la atención primaria

Así como en las políticas nacionales, la atención primaria constituye el eje central del modelo, orientando a los servicios básicos de salud en función de las necesidades más apremiantes de **toda** la población y en particular de los grupos poblacionales más desprotegidos. En este modelo la atención primaria se convierte en el elemento central del Sistema de Salud de la RAAN.

Las acciones van dirigidas sobre todo a la acción de protección del binomio mujer-niño, y en especial de la mujer como madre y de los niños en riesgo social. Asimismo ha de ser priorizada la población indígena de la RAAN, como grupo étnico altamente vulnerable.

4. Impulsar el fortalecimiento de la atención hospitalaria

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

Los hospitales rurales de los diferentes municipios de la RAAN deben integrarse en esta red, fungiendo el Hospital Regional de Bilwi como centro de referencia regional. Asimismo en el desarrollo de las unidades hospitalarias se priorizará el desarrollo de la atención pediátrica, la ginecoobstetricia, la cirugía general y la medicina interna, acorde al desarrollo de los programas establecidos y a los grupos de riesgo priorizados.

5. Mejorar la calidad de atención

La promoción, protección y restauración de la salud de la población en función de mejorar su calidad de vida, se logrará elevando la calidad de los servicios de atención a la salud, a través de:

- el fortalecimiento de la capacidad del Ministerio de Salud para normar, regular y brindar asistencia técnica
- el fortalecimiento de las prácticas sanitarias tradicionales en sus diferentes expresiones
- el desarrollo de tecnologías adecuadas para las necesidades de la región
- el involucramiento de la sociedad en el proceso de elevación de calidad de la atención.

6. Fortalecer institucionalmente el Sistema de Salud Regional

Se logrará por medio de la promoción del mejoramiento de la capacidad de análisis y la gerencia de los recursos junto con el fortalecimiento de su rol normativo y regulador, a través de los siguientes componentes:

- **Organización institucional**, racionando los recursos en función de la capacidad operativa del sistema.
- Fortalecimiento de la **planificación estratégica local**, haciendo énfasis en la participación de los diferentes actores sociales a todo nivel.
- Planificación estratégica del **desarrollo de los recursos humanos**, en función del nuevo modelo de atención en salud.
- Administración adecuada de los **insumos médicos**, de acuerdo a las necesidades de la población.

7. Desarrollo del marco jurídico

A medida que se está desarrollando el nuevo modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte, se debe garantizar un soporte jurídico para dicha implementación. Este marco jurídico-legal debe estar en concordancia con las leyes generales de la República y reflejar lo expresado en la Ley de Autonomía. El sistema de atención de la RAAN debe ser sujeto de reconocimiento legal, más allá de un decreto regional, a fin de establecer claramente los niveles de competencia, potestad sobre el patrimonio institucional y la legalización de la propiedad.

8. Desarrollo de nuevas modalidades de gestión

Se promoverá de manera más efectiva la participación de la comunidad en la gestión de los servicios de salud, basado en un proceso de negociación-concertación y consenso en el sentido de que tanto los individuos, la comunidad, el personal de salud u otros puedan responsabilizarse de la conducción, programación y gerencia de los servicios y unidades, manteniendo el Estado el compromiso de canalizar los recursos básicos necesarios, el control sobre el patrimonio así como velar por la garantía de la calidad de los servicios.

9. Financiamiento

A fin de estrechar la brecha entre el presupuesto fiscal ordinario disponible, se impulsarán iniciativas para generar ingresos complementarios, basados en:

- la cooperación externa
- fondos provenientes de la generación de ingresos de los recursos naturales
- la solidaridad de las comunidades
- el sector de la empresa privada
- venta de servicios al Seguro
- la venta de servicios calificados a la población con capacidad de pago

10. Desarrollo de la participación social

Igual que a nivel nacional, a fin de consolidar el carácter democrático de la gestión, se promoverán modos efectivos de participación de la sociedad, desde la identificación de problemas hasta la elaboración de planes de intervenciones, y la evaluación de la efectividad de las mismas.

La participación social debe expresarse en la corresponsabilidad, control social de la gestión pública y privada así como el ejercicio democrático sustantivo para el mejoramiento de condiciones y estilos de vida de los sujetos sociales.

Las **comisiones de salud comunales** tendrán la misión de conducir, dirigir, administrar y evaluar las acciones locales dirigidas a la búsqueda de mejorar la situación de salud. El trabajo se realiza por todos y para todos.

11. Incidir en el desarrollo de una política de protección al medio ambiente y protección de los trabajadores

Por medio de mecanismos de coordinación con otras instancias o programas de salud existentes en la región (MARENA, Alcaldías), el Sistema de Salud de la RAAN debe incidir sobre la autorización de industrias que puedan producir efectos nocivos a la salud, disposición de basuras o tóxicos u otros elementos contaminantes del medio ambiente. Asimismo, debe incidir en lo que se refiere a la salud ocupacional, a fin de disminuir el riesgo de enfermarse (sobre todo en las minas y el buceo de langostas).

V. ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL MODELO

El modelo de Salud en la RAAN contempla una división administrativa que corresponde a la división político-administrativa en la Región. Existirán las siguientes **Instancias Municipales de Salud**:

- Servicio Municipal de Salud Puerto Cabezas (Bilwi)
- Servicio Municipal de salud Waspam / Wangki
- Servicio Municipal de Salud Rosita
- Servicio Municipal de Salud Siuna
- Servicio Municipal de Salud Bonanza

En el caso de del municipio de Prinzapolka, la población será atendida de la siguiente manera:

El curso superior hasta Dos Amigos, desde el Municipio de Rosita, y el curso inferior desde Bilwi. Todo esto de manera transitoria hasta lograr desarrollar un sistema de salud municipal propio.

Cada Instancia Municipal de Salud contará como mínimo con un Centro de Salud, varios Puestos de Salud y una Unidad de Hospitalización Rural. En las comunidades se organizarán las Comisiones de salud.

Existirá un **centro de referencia hospitalaria regional** (Hospital General "Nuevo Amanecer" en Bilwi), que además de atender las referencias de los diversos 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 esté en capacidad de prestar atención en las cuatro especialidades básicas (cirugía, ginecoobstetricia, medicina interna y pediatría) a la población del sector minero, como parte del proceso de regionalización 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- e intersectorial
- se ajusten a las particularidades socioculturales de la región
- el sistema se desarrolle hacia la autosostenibilidad.

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Es una estrategia que orienta los servicios básicos 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.** Siendo la “puerta de entrada” al sistema de salud, deberá ser priorizada en su desarrollo. Las unidades de atención deberán estar ubicadas de tal manera que para acceder a ellas, la población no deba emplear **más de dos horas**, garantizando así la accesibilidad geográfica. Esto deberá ser valorado en el desarrollo de cada uno de los subsistemas municipales de atención en salud.

• **Accesibilidad cultural y prácticas sanitarias tradicionales.** El subsistema de atención primaria deberá garantizar la accesibilidad de la salud a los pobladores de su territorio, teniendo presente los aspectos culturales de las localidades. Esto se refiere tanto al idioma utilizado en las acciones de salud, como a la comprensión e integración de los elementos relacionados a la cultura y cosmovisión de las etnias locales. Especial énfasis se le debe dar a la promoción y rescate de los elementos relacionados a las prácticas sanitarias tradicionales indígenas.

• **Accesibilidad social y económica.** Todos los pobladores deberán tener acceso a los servicios de salud, independientemente de su posición social o económica. Es por ello que en un territorio como la RAAN, donde la mayor parte de la población no puede satisfacer sus necesidades básicas, la atención primaria debe seguir siendo gratuita.

El Sistema de Salud de la RAAN priorizará la atención primaria en salud, lo que implica una inversión 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 mineros)
- la atención hacia grupos étnicos en riesgo (en especial la 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 para malaria
- atención para tuberculosis
- control y educación sobre enfermedades de transmisión sexual
- salud reproductiva

Deberá procurarse 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 salud** y los **brigadistas botánicos**. Especial interés se le prestará a la integración al sistema de los **curanderos**, **profetas** y **sukias**, dándosele reconocimiento a nivel local, municipal y regional como representantes de una cultura médica, que históricamente ha atendido a la comunidad.



Se organizará el 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:

- prestar atención integral a la población del territorio inmediato
- 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 contrarreferencia
- funcionar como base orgánica de la vigilancia epidemiológica

Los núcleos serán coordinados por **subedes territoriales** (o centros de salud), que se establecen a fin de acercar el proceso de decisión

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 mineros)
- la atención hacia grupos étnicos en riesgo (en especial la 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 para malaria
- atención para tuberculosis
- control y educación sobre enfermedades de transmisión sexual
- salud reproductiva

Deberá procurarse 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 salud** y los **brigadistas botánicos**. Especial interés se le prestará a la integración al sistema de los **curanderos**, **profetas** y **suklas**, dándosele reconocimiento a nivel local, municipal y regional como representantes de una cultura médica, que históricamente ha atendido a la comunidad.



Se organizará el 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:

- prestar atención integral a la población del territorio inmediato
- 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 contrarreferencia
- 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 subseces se desarrollan 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**, es decir unidades móviles que se encargarán de dar cobertura a territorios donde la atención integral se encuentra débil en su desarrollo. La función de la GIS será:

- fortalecer el trabajo de los núcleos y subseces
- 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 bases**, 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 base 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 referencias 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 el 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 a nivel local, a fin de garantizar una mayor capacidad resolutoria 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 integrada al sistema de vigilancia epidemiológica del municipio
- servir como unidad de referencia hacia niveles superiores

Estrategias de desarrollo del sistema hospitalario

A fin de lograr consolidar la red de unidades hospitalarias en la RAAN, es pertinente desarrollar cada uno de los hospitales rurales (antes centros de salud con camas) existentes en las cabeceras municipales de la Región. Para el territorio del municipio de Prinzapolka en el curso superior del Río Prinzapolka, la unidad de referencia hospitalaria será Rosita; y para la población del curso inferior, el Hospital Regional de Bilwi. La población del municipio de Puerto Cabezas tendrá como unidad de referencia al Hospital Regional, ubicado en Bilwi. Se contemplan las siguientes estrategias generales para el desarrollo del sistema hospitalario:

- **Integración a las unidades de salud municipales.** Los hospitales, como unidades máximas de resolución de cada municipio, estarán integradas al sistema municipal, sirviendo para la referencia y contrarreferencia de las demás unidades de salud del territorio de influencia. Asimismo estarán integrados al sistema de vigilancia epidemiológica del municipio. El Hospital Regional de Bilwi, como máxima unidad resolutoria de la región se subordinará directamente a la Secretaría de Salud de la Región, que representará el máximo nivel gerencial de las actividades en salud a nivel regional. Con la unidad de salud del Municipio de Puerto Cabezas existirá un nivel de coordinación e información mutua.
- **Desarrollo de un modelo gerencial propio.** Los hospitales rurales tendrán su propio personal, subordinado a una estructura gerencial propia, que a su vez responda **directamente** a la dirección de los servicios de salud en el municipio. El personal del hospital debe estar organizado de acuerdo a un modelo gerencial conveniente para sus propósitos. Es importante señalar que la dirección del hospital rural debe contar con su propio presupuesto, así como con las potestades para una administración de los mismos.
- **Desarrollo de capacidades para la generación de ingresos.** Con el fin de complementar la brecha presupuestaria que existe entre las asignaciones presupuestarias ordinarias y la real demanda, es pertinente desarrollar capacidades, que permitan la generación de ingresos por medio de:
 - la venta de servicios de atención a la población asegurada en el INSS u otros seguros o convenios particulares.

- la venta de servicios a particulares, siempre y cuando esto no contravenga a los grupos poblacionales o programas priorizados.
- la gestión de fondos provenientes de la Cooperación Externa
- la gestión con eventuales empresas privadas que demanden servicios de salud.

Cabe mencionar que las inversiones que se realicen, a fin de mejorar la capacidad de generación de ingresos no deben perjudicar el servicio regular de atención a la población. La misión de los hospitales rurales y del Hospital Regional debe ser la atención de la población en general de los municipios, priorizando los grupos poblacionales arriba mencionados.

- **Impulso de una política de elevación de calidad de la atención.** Por medio del involucramiento de la comunidad en la organización de los servicios y la implementación de círculos de calidad a lo interno de las unidades hospitalarias, así como una estrecha cooperación con la sociedad civil se lograrán mejorar los niveles de calidad.

Los hospitales rurales en los municipios de la RAAN

En cada uno de las cabeceras municipales de la RAAN se estructurarán hospitales rurales, que deberán cumplir con los objetivos arriba mencionados y que, por ende, deben contar con los siguientes requisitos:

a) Servicios hospitalarios:

- medicina general
- pediatría
- ginecoobstetricia

b) Servicios de apoyo:

- Rx
- laboratorio clínico
- farmacia

Asimismo deben contar con las instalaciones pertinentes para garantizar un parto hospitalario y servicios quirúrgicos tales como:

- sala de partos
- quirófano
- esterilización de instrumental y equipos

c) Recursos humanos

Los recursos humanos deben estar capacitados para cumplir con las funciones que los servicios demandan. Asimismo debe existir capacidad administrativa en los diferentes niveles gerenciales.

Los hospitales rurales de los diferentes municipios de la RAAN deben integrarse en esta red, fungiendo el Hospital Regional de Bilwi como centro de referencia. Asimismo en el desarrollo de las unidades hospitalarias se priorizará la atención pediátrica, la ginecoobstetricia, la cirugía general y la medicina interna.

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL Y LA PROMOCIÓN EN SALUD

En el nuevo modelo de los servicios de salud de la RAAN, especial interés se ha de poner en el desarrollo de capacidades de la comunidad por asumir una corresponsabilidad por la situación de salud de sus miembros. Para poder lograr asumir ese reto, la comunidad debe apropiarse del mismo, transformándose de objeto de intervención en un sujeto que determina. Es por ello que la comunidad por medio de sus representantes (ya sea las comisiones de salud en los diferentes niveles o los diferentes actores sociales que se desempeñan en el campo de la salud), debe asumir un importante rol en la administración de la salud. En todo el proceso de modificación del estado de salud debe participar la comunidad, es decir en la identificación de los problemas, la propuesta de soluciones, la búsqueda de recursos, la definición, planificación e implementación de intervenciones y la evaluación de las mismas. Esto será un generador de cambio y desarrollo en la sociedad y permitirá al sistema trabajar con mayor eficiencia, tomando decisiones pertinentes y considerando las particularidades étnicas y culturales de cada territorio.

Sólo por medio de la efectiva participación social será posible la **promoción** de hábitos y formas de vida sanos, que permitan modificar el perfil sanitario de la población y mejorar así las condiciones de vida de la misma. En el nuevo modelo de salud, se prestará especial énfasis a este

componente, intentando generar un movimiento de **comunidades y municipios saludables**, en los que la población se integre en el proceso de modificación de los hábitos de vida. Esto se refiere a elementos hasta ahora no considerados en el sistema de salud, como el rechazo a la violencia y la promoción de formas no violentas para resolver los conflictos, la búsqueda de soluciones a problemas como el alcoholismo y la drogadicción, y la protección del medio ambiente y los recursos naturales, entre otros.

VI. EL MODELO DE GESTIÓN

1. La organización regional

El modelo de gestión del Sistema de Salud de la RAAN debe corresponder a los requerimientos del mismo y debe estar en concordancia con los propósitos, objetivos y estrategias del mismo. El Gobierno Regional privilegiará la mediación y la negociación a fin de asegurar el desarrollo de la corresponsabilidad de los actores individuales y colectivos.

El MINSA-Central mantendrá su rol técnico-normativo como institución rectora de la salud en el país. En tanto el Gobierno Regional, fortalecido con la base de la actual estructura del SILAIS (estructurado de acuerdo a las necesidades) asumirá la administración de la salud en la RAAN.

De igual manera a nivel municipal, las alcaldías asumirán la administración local de la salud, promocionando los municipios saludables.

Las autoridades comunales, organizadas en comisiones de salud, dirigirán los esfuerzos en salud a su nivel, por medio de acuerdos y coordinaciones que se realizan con las instancias de salud a nivel municipal, articuladas en la red del sistema de salud regional.

En términos generales se promoverá la intersectorialidad, que se controlará mediante un modelo de amplia participación social, facilitando el fortalecimiento de las estructuras locales.

medida que se avanza en la profundización del proceso de Autonomía. El régimen de autonomía regional y las disposiciones constitucionales son el marco jurídico que abre las puertas, para que sectores otrora excluidos puedan acceder a espacios de poder de decisión y a su vez puedan asumir responsabilidades en la conducción de su vida, que hasta el momento había estado en manos del poder central.

El Consejo y Gobierno Regional deberán, en este sentido desarrollar estrategias para dar cumplimiento a los siguientes ejes:

- Asumir el liderazgo y la conducción de una política sanitaria que promueva el respeto a la diversidad biosocial, con participación amplia y que persiga y concrete un desarrollo sostenible, integral e irreversible.
- Facilitar el proceso de concertación y compromiso entre los diversos actores de las comunidades y municipios, movilizándolos en la búsqueda de acuerdos que promuevan la paz, la solidaridad y el desarrollo armónico de los pueblos indígenas y comunidades étnicas con equidad y eficiencia económica y social.
- Deberá destacar la responsabilidad individual y social por la salud de la población de la región y asegurar el cumplimiento de la corresponsabilidad del Gobierno Central, Regional y Municipales, expresado en:
 - ordenanzas municipales
 - resoluciones y bandos municipales
 - disposiciones comunales
 - convenios con el Ministerio de Salud y el INSS
 - disposiciones legislativas regionales
 - disposiciones legislativas nacionales
- Impulsar el desarrollo metodológico y operacional para la transformación y la evolución de la salud de la RAAN, introduciendo avances organizacionales, que correspondan a los principios de



equidad, descentralización, solidaridad, interculturalidad, participación social, comunicación social, sostenibilidad, irreversibilidad e investigaciones para la toma de decisión.

- Impulsar una planificación y administración de recursos humanos que privilegie la formación de los recursos, la educación sanitaria a todo nivel, la comunicación social y el desarrollo de la investigación. Deberá asegurar incentivos morales y materiales que estimulen a los trabajadores de la salud y promover en ellos actitudes de compromiso, de comprensión y respeto hacia la cultura, creencias y prácticas tradicionales de la salud.
- Fomentar el desarrollo de comunidades y municipios saludables que tiendan a aumentar la responsabilidad personal, familiar y comunal en la transformación de estilos y condiciones de vida, así como a movilizar recursos locales para hacer las acciones más eficaces.
- Asegurar el rescate y desarrollo de la medicina indígena tradicional e implementar medidas para asegurar la protección de los recursos humanos y naturales, así como el patrimonio intelectual comunal.
- Asegurar el traslado del 25% de todos los impuestos regionales y nacionales concernientes a la región, que provengan de la utilización del suelo o la explotación de recursos naturales, hacia el Sistema de Salud de la RAAN.
- Establecer un convenio con el Ministerio de Salud en el que quedará claramente definida la responsabilidad del MINSA en relación a su función de asesoría técnica, desarrollo de tecnología y gestión de recursos, de acuerdo a las necesidades de la región.

Como máxima instancia de Gobierno en la RAAN, le concierne la responsabilidad de administrar la salud en la región, por medio de la **Coordinación de Gobierno** y en coordinación con el Ministerio de Salud. Por ello, en base a la Ley 28, tiene la potestad de crear las estructuras necesarias para la administración de la salud.

Siendo la **Comisión de Salud** una estructura creada para cumplir este objetivo, le corresponde:

- Realizar propuestas al pleno del Consejo Regional relacionadas a la administración de la salud, posibles estructuras, líneas, estrategias y actividades.
- Participar en la elaboración de planes y presupuestos.
- Conocer la situación presupuestaria, de proyectos y de finanzas del sistema de salud.
- Participar en la evaluación de las actividades realizadas por el sistema de salud y conocer los eventuales problemas, así como las estrategias y actividades propuestas para su resolución.
- Dictaminar sobre planes, proyectos y problemas relacionados a la situación de salud.
- Interpelar a los funcionarios del sistema de salud.
- Realizar otras funciones que el cargo demanda.

De ello se deriva que el rol de la Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo es de asesoría técnica. A su vez evalúa y presenta dictámenes.

El rol del Consejo Regional Autónomo es legislativo, es decir normativo y de supervisión.

b) Coordinación de Gobierno

El Coordinador de Gobierno ejecuta las actividades de acuerdo a los lineamientos definidos por el pleno del Consejo Regional Autónomo. Para la administración de los diferentes ámbitos se crea una estructura que administrativamente se le subordina directamente. Parte de esa

estructura es la Secretaría de salud, que asume las labores de administración de la salud en la Región. Esta Secretaría de salud es parte del gabinete social del Gobierno Regional, mediante el cual el coordinador de gobierno, como estructura máxima en el ámbito ejecutivo a nivel regional, coordina y administra las acciones del sector salud, educación, cultura y deporte. El/la secretaria de salud es nombrado/a en común acuerdo con el Ministerio de Salud.

c) Secretaría de Salud

Es la máxima autoridad ejecutiva en salud en la región. Depende directamente del Coordinador de Gobierno, que la nombra en común acuerdo con el Ministerio de Salud. Sus funciones se relacionan a la administración del sistema de salud de la región, con la asesoría de la Comisión Regional de Salud y en base a las políticas nacionales de salud. Técnicamente será supervisado y apoyado por el Ministerio de Salud a nivel nacional.

d) El Ministerio de Salud

Serán funciones del Ministerio de Salud a nivel nacional, la normación y regulación, contribuyendo así a la elevación de los niveles de calidad y eficiencia del sistema y los servicios de salud.

De igual manera contribuirá mediante el diseño e implementación de una política de medicamentos nacional que esté acorde a las necesidades de la región, a fin de garantizar productos seguros, eficaces y de calidad.

Incorporará en el marco jurídico los aspectos derivados de la atención diferenciada de la RAAN.

Asegurará mediante disposiciones resolutivas la incorporación del Sistema de Salud de la RAAN en los programas de cooperación externa.

Asegurará la incorporación del Sistema de Salud de la RAAN en el Consejo Nacional de Salud.

e) Comisión Regional de Salud

Será un órgano consultivo del Sistema de Salud de la RAAN. Su composición garantizará la representación de todos los sectores y territorios. Especial interés se le debe brindar a la participación de cada una de las etnias de la Región. Sus integrantes serán nombrados por el Consejo Regional Autónomo, en coordinación con las fuerzas

representativas de cada uno de los territorios. Su coordinación recae en la Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo. La secretaría técnica será responsabilidad de la Secretaría de Salud del Sistema de Salud de la RAAN. Tendrá la potestad de articular su propio funcionamiento interno. Sus funciones son:

- conocer sobre los problemas de salud en la región
- realizar propuestas sobre posibles soluciones
- proponer planteamientos
- conocer sobre planes y presupuestos
- emitir criterios sobre el proceso salud-enfermedad en la región

f) Comisiones de Salud Municipales

Estas comisiones cumplen funciones consultivas a nivel del municipio. Están compuestas por los diferentes instituciones, sectores y territorios del municipio, así como representantes de las diferentes etnias del municipio. El alcalde municipal será miembro permanente de la comisión.

g) Las alcaldías

Además de las funciones inherentes a las comisiones de salud municipales, los alcaldes deberán:

- impulsar los procesos de comunidades y municipios saludables, asumiendo compromisos y responsabilidades al respecto.
- Trasladar el 10 % de los ingresos municipales a sus sistemas de salud municipales
- Priorizar en sus programas de desarrollo comunitario los aspectos de salud: letrinas, disposición de desechos y basuras, comunicación alternativa, educación sanitaria, promoción de opciones de vida saludables a los grupos de riesgo.



g) Las comunidades

- Constituir y fortalecer las comisiones de salud comunales, a fin de conducir, dirigir, administrar y evaluar las acciones locales relacionadas a la resolución de los problemas de salud.
- Apoyar la educación sanitaria a nivel comunal
- Participar activamente en todas y cada una de las actividades relacionada a la administración de la salud.

2. La organización en los municipios

A nivel municipal las estructuras organizacionales deberán básicamente cumplir con los siguientes requisitos:

- tener estructuras sencillas y claras a fin de permitir delimitar las responsabilidades y atribuciones
- concordar con los lineamientos estratégicos y las políticas regionales
- permitir una gestión ágil y dinámica
- integrar a las estructuras de la comunidad y fomentar la participación social

- permitir la promoción de formas alternas de gestión en salud y prácticas comunitarias en salud
- fomentar los elementos de desarrollo humano

VII. FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA

Debido a la brecha existente entre las asignaciones presupuestarias ordinarias por parte del Ministerio de Finanzas y las necesidades de la Región (situación que con casi certera previsión no se modificará), es pertinente desarrollar una serie de actividades tendentes a disminuir dicha brecha entre lo posible y lo deseado. Las principales estrategias de generación de ingresos se han de basar en:

□ La cooperación externa

Mediante la elaboración de un plan de cooperación externa, en el cual se reflejan los proyectos y programas de apoyo al Sistema Regional de Salud.

Este plan de cooperación externa debe basarse en las necesidades definidas posterior a un diagnóstico actualizado, priorizando los elementos relacionados a la promoción de la salud y desarrollo del sistema en el área rural, impulsando el desarrollo de aquellos sectores y territorios que hasta el momento han sido desprotegidos (el Río Coco, área rural de Siuna, territorio mayangna).

□ Fondos provenientes de la generación de ingresos de los recursos naturales

El **Gobierno Regional** aportará el 25 % de sus ingresos provenientes de los recursos naturales (ya sea de concesiones, contratos de alquiler, venta, multas u otros) para el desarrollo del sistema regional de salud, de acuerdo a planes y presupuestos previamente desarrollados.

□ Fondos provenientes del ingreso por aranceles e impuestos en las alcaldías

Las alcaldías municipales aportarán el 10 % de sus ingresos por impuestos y aranceles a las acciones de salud de su municipio. En este sentido, se deben priorizar las acciones relacionadas a la promoción de hábitos y costumbres de vida sanos.

□ La solidaridad de las comunidades

Las comunidades, y sobre todo las que obtengan beneficios de la explotación de recursos naturales, aportarán una suma no inferior al 20 % de los mismos para el mantenimiento de las unidades de salud ubicadas en ellas, así como para el apoyo del personal de salud que se desempeñe en el sector. Asimismo se deberán desarrollar una serie de actividades a fin de lograr la concertación de pactos con la comunidad en torno a acciones comunales tendentes a mejorar las condiciones de vida en la comunidad.

□ El sector de la empresa privada

Sobre todo en los territorios en que se hayan asentado empresas de envergadura (explotación maderera, minería y pesca), se deben lograr convenios, a fin de que se garantice la atención integral de los trabajadores y sus familiares. En este grupo de trabajadores deben estar comprendidos también aquellos que son suplidores de las empresas (guiriseros vendedores de broza, buzos y pescadores, madereros, etc.). Esta atención se deberá basar en la instalación de servicios de salud propios de la empresa, mediante el seguro del personal en cuestión o mediante la contratación de servicios privados o estatales. Estos convenios entre el Estado y las empresas se deben basar en ordenanzas o resoluciones que condicionan su permanencia en la región a la adecuada atención en salud de los trabajadores y sus familias.

□ Venta de servicios al Seguro

La venta de servicios calificados por parte de las estructuras del Sistema de Salud a la población asegurada (ya sea del INSS o de seguros particulares)



ha de generar ingresos que tiendan a solventar una parte de los gastos de Recursos humanos y mantenimiento de infraestructura. Sin embargo, a fin de poder cumplir con los requisitos y para competir con los servicios privados, las estructuras estatales han de crear mecanismos que permitan servicios ágiles, competitivos y de calidad, pero que al mismo tiempo no pongan en peligro la misión primordial del sistema.

□ Venta de servicios a particulares

Así como la venta a las empresas aseguradoras, el Sistema de Salud se dispondrá a vender servicios de atención secundaria (sobre todo en el segundo escalón de atención) a personas con capacidades financieras. Estos servicios se diferenciarán de los regulares fundamentalmente en lo que a hotelería se refiere.

Estos ingresos adicionales al presupuesto fiscal, serán gestionados y administrados en cada nivel de acuerdo a su competencia. La **Secretaría de Salud** del Gobierno Regional será responsable del apoyo técnico en la gestión, así como de la supervisión sobre la adecuada utilización de los fondos.

VIII. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO

A fin de poder implementar el presente modelo, es pertinente seguir las siguientes estrategias:

- Reinicio del proceso de negociación con el MINSA Central, a fin de crearse las condiciones jurídico-legales para el proceso.
- Instalación de la secretaría de salud en la Región, en común acuerdo con el MINSA Central.
- Desarrollo gradual del modelo mediante pilotaje y monitoreo por territorios.
- Descentralización y traslado de poderes de manera gradual, iniciando por el modelo de gestión y atención, continuando con los

elementos del presupuesto relacionado a insumos médicos y la administración de los recursos humanos, hasta la descentralización total hacia la región, de acuerdo a un cronograma establecido. Han de priorizarse:

- la descentralización presupuestaria hacia las unidades de salud en los municipios
- la descentralización de los programas de cooperación externa hacia la Región.
- la conveniación del desarrollo con el MINSA Central, en que se contemple un amplio apoyo técnico, de capacitación de recursos humanos y de creación de condiciones generales para ese propósito.
- Constitución de la Comisión Regional de Salud.
- Continuar con el desarrollo de Recursos humanos para el proceso.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams, R. El contexto internacional y los pueblos indígenas. Universidad de Texas, USA.
- Arendt, H. Cómo cuesta la pobreza de las mujeres: una perspectiva de Latinoamérica y El Caribe. UNIFEM. México.
- Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Banco Mundial Washington D.C., 1993.
- Banco Mundial, Indigenous People and poverty in Latin America. Washington D.C. 1994.
- Censos Nacionales 1995. Cifras oficiales preliminares. República de Nicaragua. INEC. 1995
- Espinoza, J. Moraga, M y Cunningham, M. Perfil de salud en comunidades seleccionadas del Río Coco. RAAN. 1995. CIES, Managua 1995
- Espinoza, J. El gasto nacional en salud – Resumen y proyecciones. 1993
- Fundación Wangki Luhpia, Medicina Tradicional en comunidades miskitas del Río Coco, RAAN 1995
- Gobierno Regional Autónomo RAAN. Políticas para la creación de un fondo especial de desarrollo y promoción social. Bilwi 1995
- Gorostiaga, X. La Universidad: preparando el Siglo XXI. Envío 138, Junio 1993
- Hooker, A. Conferencia sobre el proceso de descentralización de la administración de la salud. Bilwi, RAAN 1996
- Kroeger, A. Luna, R. Atención primaria en salud / Principios y métodos. Organización Panamericana de la Salud. PAX. México. 1992
- Law, M.A. Programa de desarrollo del sector salud en la RAAN – Premisas, marco y estrategia. Gobierno de la RAAN. Puerto Cabezas, Nicaragua, 1995
- Moraga, F. Amador, S. González, M. Factores condicionantes de la autogestión comunitaria, una perspectiva a partir de la comunidad. Acción Médica Cristiana Managua, 1995
- Ministerio de Salud, La Reforma del sector Salud, MINSA Nicaragua 1994

Pineda, Alicia. El impacto de las reformas del Sector Salud sobre los pueblos indígenas de Nicaragua, inédito.

Programa de Capacitación CRA-ASDI-IPADE. Diagnóstico de la situación del aprovechamiento de los RRNN, Puerto Cabezas 1995

República de Nicaragua. Ley 28 / Estatuto de Autonomía, La Gaceta, Diario Oficial 1987

Rupilius, P Hooker, A. Situación de Salud en la RAAN, Modulo de capacitación para miembros del Consejo Regional Autónomo, Bilwi - RAAN 1996

UNICEF. La iniciativa de Bamako. Reconstrucción de los Sistemas de Salud

USAID. Nicaragua 2000. Retos para el desarrollo de una sociedad estable, democrática y próspera. Managua, Nicaragua. 1995