

T
165
H783
2001



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Centro de Investigación y Estudios de la Salud
(CIES)



Universidad de las Regiones Autónomas de la
Costa Caribe Nicaragüense
(URACCAN)



Maestría en Salud Pública Intercultural
1998 – 2001

**INFORME FINAL DE TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE
MASTER EN SALUD PUBLICA INTERCULTURAL**

**FACTORES RELACIONADOS CON LA ATENCIÓN DE LAS MUJERES
EN EDAD FÉRTIL DE LOS BARRIOS EL MUELLE, EL COCAL Y SAN LUIS,
BILWI-RAAN, ENERO 2000 – MAYO 2001**

Autoras: Lic. Sandra Hooker
Lic. Joy Martin
Tutora: Lic. Alice Pineda Whitaker – Msp
Asesora: Dra. Florence Levy Wilson - Msp

*Manly S.
6 de Mayo 2001
Bilwi, RAAN, Nic*

Manly S.

Bilwi, Nicaragua
Mayo 2001

DEDICATORIA

Con mucho amor y cariño, dedicamos este trabajo monográfico, a las mujeres en edad fértil de los pueblos indígenas, y Comunidades étnicas, que habitan la Región Autónoma del Atlántico Norte.

A nuestras madres, hijos(as), nietos(as) y resto de familiares, que en todo momento estuvieron brindándonos su apoyo moral.

Joy y Sandra

PENSAMIENTO

A medida que los recursos que ofertan servicios de salud, se adaptan a las características socioculturales de la población multiétnica de las Regiones Autónomas de la Costa caribe Nicaragüense, y dejan de pretender que la población se conforma con los actuales modelos verticales de organización de servicios, se podrá hablar de accesibilidad de la atención en salud, para los pueblos indígenas y comunidades étnicas.

Joy y Sandra

AGRADECIMIENTO

Con el afán de poder decir, que la atención a las mujeres en edad fértil es accesible, hemos querido rescatar algunos aspectos esenciales para que esto sea una realidad, donde el sub-sistema deberá garantizar la accesibilidad de la salud a los pobladores de su territorio, teniendo presente los aspectos culturales de sus localidades. Esto se refiere tanto al idioma como acciones de salud, como la atención y la integración de los elementos relacionados a la cultura y cosmovisión de las etnias locales.

Por esto las autoras, de esta monografía, queremos expresar nuestros más sinceros agradecimiento a la Lic. Alice Pineda. Msp. Nuestra tutora, y a la Dra. Florence Levy, nuestra asesora, quiénes trabajaron arduamente con nosotros para llevar a feliz culminación de este trabajo.

Agradecemos así mismo a las autoridades y docentes de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN), a las autoridades y docentes del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Salud (CIES), quienes hicieron todo lo posible para que pudiéramos escalar un peldaño mas en nuestra profesión, adecuándolo a la realidad multiétnica de la Región Autónoma, para optar al título de Maestría en Salud Publica Intercultural.

A todas las personas que colaboraron de manera desinteresada con nosotras, a nuestra familia que de alguna forma u otra, nos dieron su apoyo para que pudiéramos asistir a los encuentros, a quienes nos concedieron el permiso para llevara a cabo est estudio.

A mi madre Lilly a mi hija Farah. A mi hija Sara, Sandrita, mi esposo Otilio que en muchas ocasiones les quitamos la paciencia. A todos Uds. Nuestro más sincero agradecimiento.

Sandra y Joy

RESUMEN

Con el presente estudio, sobre Los Factores relacionados con la atención de las mujeres en edad fértil, de los barrios, El Muelle, El Cocal, San Luis, Bilwi, RAAN 2000, pretendemos hacer aportes que puedan incidir en elevar la eficiencia de los servicios que se brindan en el Programa de Atención Integral a la Mujer en la ciudad de Bilwi.

Hasta este momento el Programa de Atención integral a la Mujer, se ha venido dirigiendo, directamente del nivel nacional, con políticas, estrategias, organización de la atención, que no toman en cuenta las costumbres, creencias y manera de entender el concepto de salud-enfermedad, de los pueblos indígenas y comunidades étnicas.

La RAAN tiene una población multiétnica, cada una con cosmovisión diferente, que día a día tienen que vivir dentro de un proceso de relaciones interétnicas, donde en una forma incipiente se trata de que las relaciones entre ellos sean de interculturalidad.

Para la realización de este estudio se tomó en cuenta los siguientes variables:

- Características socio-demográficas
- Utilización de los servicios del Programa de Atención Integral a la Mujer.
- Costumbres y creencias de las mujeres en edad fértil de los Barrios, El Muelle El Cocal y San Luis.
- Aceptación y rechazo de las MEF de los diferentes servicios ofertados.

El universo del estudio lo conforma setecientos treinta y tres (733) mujeres en edad fértil que viven en los barrios, El Muelle, El Cocal y San Luis, siendo la muestra 73 mujeres para un 10% del universo.

La muestra fue seleccionada por conveniencia. Se aplicaron las encuestas y se realizaron tres grupos focales, y sobre la base de análisis y discusión de los resultados, se llegaron a las siguientes conclusiones más relevantes:

1. Existe una utilización inadecuada de los servicios del Programa de Atención Integral a la Mujer, donde el Control prenatal es el más utilizado, pero no pasa del 60%.
2. Existen oportunidades perdidas en la atención que se brinda a las mujeres en edad fértil.
3. Las usuarias encuentran barreras culturales y económicas en la búsqueda de los servicios.
4. Hay desconocimiento de la cosmovisión de los diferentes pueblos y comunidades étnicas de la RAAN, de parte de muchos de los prestadores de los servicios de la salud.
5. El acceso a los servicios se dificulta por problemas organizacionales y no hay interculturalidad en las acciones de salud, que se oferta a las mujeres en edad fértil de la Región.

Por lo cual se hace necesario revisar la organización de los servicios ofertados, partiendo de la diversidad cultural de la Región, respetando las particularidades propias de cada comunidad, para ofertar servicios de salud más flexibles.

INDICE

	PAGINA
1. Introducción	1
2. Antecedentes	2
3. Justificación	4
4. Planteamiento del Problema	5
5. Objetivos	6
6. Marco de Referencia	7
7. Diseño Metodológico	36
8. Resultados	44
9. Análisis y Discusión de Resultados	48
10. Conclusiones	54
11. Recomendaciones	56
12. Bibliografía	58
13. Anexos	60

I. INTRODUCCIÓN

Puerto Cabezas, uno de los siete municipios de la Región Autónoma del Atlántico Norte, cuentan con una población de aproximadamente cincuenta y cinco mil quinientos noventa y dos habitantes (55.592). La ciudad de Bilwi, cabecera municipal, cuenta con una población de aproximadamente veinti un mil veinticuatro (21,024) habitantes. Tiene veintidós (22) barrios y su población es de carácter multiétnico, con predominio de la etnia miskita, seguida en orden descendente de mestizos, creoles y sumus o Mayagnas, (9)

De estos veintidós barrios, el barrio El Muelle cuenta con un puesto de salud, con personal médico y de enfermería, el barrio El Cocal, es atendida por la clínica Bilwi, el barrio San Luis tiene casa base, todos los barrios tienen asignado enfermeras de sector. 18 barrios son supervisados por el Policlínico Ernesto Hodgson Wrights, ubicado en Barrio Libertad, y 4 barrios son supervisados por la Clínica Bilwi, en el Barrio Revolución.

A pesar de que el Programa de Atención Integral a la Mujer y al Niño, tiene cuatro años de haberse implementado en la región, en la ciudad de Bilwi, siendo uno de los programas priorizados del MINSA, su uso, y la oferta de sus servicios, no esta siendo optimizados. (9)

Debido a esto, consideramos que es sumamente necesario e importante determinar los factores relacionados a la búsqueda de atención de las mujeres en edad fértil en los Barrios el Muelle, El Cocal y San Luis, a través de una investigación de tipo evaluativa, cuali-cuantitativa, y así determinar si existe la posibilidad de incidir sobre estos factores y aumentar la cobertura, accesibilidad, eficiencia y efectividad ,del programa.

II. ANTECEDENTES

La atención a la salud en la ciudad de Bilwi, hace muchos años estaba en mano de los misioneros de la Iglesia Morava, siendo esta una atención privada. Años más tarde se instalaron pequeñas estructuras de Atención Primaria del Ministerio de Salud. De ninguna forma la atención basada en la medicina occidental estaba accesible a toda la población de esta ciudad y mucho menos a sus comunidades aledañas.

Fue hasta en mil novecientos setenta y nueve, con el Sistema Nacional Único de Salud, que se amplía la cobertura y mejora la accesibilidad económica a los servicios de salud, siendo esta gratuita para toda la población Nicaragüense.⁽¹³⁾

Debido a estas razones y muchas otras de aspecto cultural, muchas de las familias de Bilwi, en especial de la etnia creole y miskita, prefieren utilizar la medicina casera en base a conocimientos transmitidos de generación a generación. Los servicios de salud del sistema occidental, en muchos casos se utilizan solamente cuando la medicina casera y la medicina tradicional no puedan resolver sus problemas de salud. Estos pobladores ven al Sistema de Salud como una alternativa si los otros le fallan.

La existencia de un Centro de Salud y un Puesto de Salud accesible geográfica y económicamente a ellos, en los últimos dieciocho años, no mejoró mucho los aspectos de la cobertura por el Ministerio de Salud, ya que los pobladores de Bilwi continúan con un fuerte apego a sus tradiciones y prefieren en muchos casos recibir atención brindada por sus parteras y médicos tradicionales.

El programa de Atención Integral a la Mujer comenzó en mil novecientos noventa y cinco en el ámbito nacional, regional y municipal, pasa a ser parte de los programas priorizados que el MINSA, a través de sus unidades de salud, oferta a los pobladores de Bilwi. Sin embargo, el programa no está siendo utilizado y aprovechado en una forma óptima.⁽⁹⁾

De los cincuenta y cinco mil quinientos noventa y dos (55,592) habitantes que tiene el municipio de Puerto Cabezas existe cuatro mil doscientas cincuenta mujeres (4,250) mujeres en edad fértil en el casco urbano, de estos un mil trescientos nueve (1,309) son de la edad de 10- 14 años y de 15 a 49 años hay tres mil novecientos cuarenta y uno (3,941).

En el informe anual del MINSA, SILAIS, (9) esta población de mujeres en edad fértil, que habita en los diferentes barrios de Puerto Cabezas, durante el año 1999, ha tenido las siguientes coberturas dentro del Programa de Atención Integral a la Mujer.(9)

Cobertura de Control Prenatal	97%
Cobertura de Partos Institucionales	56%
Cobertura de Partos Domiciliares	21%
Cobertura de Control Puerperal	30%
Cobertura de Planificación Familiar	22%
Cobertura de Citología cervical	10%

Llama la atención estas coberturas diferenciadas, siendo que estos servicios se brindan en el mismo programa, por lo cual, es necesario analizar los factores relacionados con estas coberturas, para determinar la integralidad de la atención en el programa, y así disminuir las oportunidades perdidas.

111. JUSTIFICACION

Las mujeres en edad fértil, que por diversos factores no asisten al Programa de Atención Integral a la Mujer, tienen mayor riesgo de enfermar y morir por la no-detección oportuna y tratamiento adecuado de su enfermedad o padecimiento. Ejemplo de esto podría ser la no-detección oportuna de Cáncer Cérvico Uterino y Cáncer de Mamas, complicaciones durante su pre y post natal, aborto provocado debido a embarazos no deseados, o por la falta de autocuidados, como consecuencia del desconocimiento, situaciones que podrían llevar a la mujer ,a una muerte prematura.

Debido a los riesgos que enfrentan las mujeres en edad fértil, este trabajo adquiere suma importancia, ya que con él se pretende conocer los factores relacionados con la atención de las mujeres en edad fértil, en los barrios El Cocal, El Muelle, San Luis, de la ciudad de Bilwi, ya que la Atención Integral a la Mujer, es uno de los programas priorizados, que el Ministerio de Salud oferta, a través del Centro de Salud Ernesto Hodgson Wrights, La clínica Bilwi, el Puesto de Salud del Muelle, y la casa base del barrio San Luis.

Los resultados de esta investigación, permitirán a los responsables del Programa de Atención Integral a la Mujer ,en la ciudad de Bilwi, RAAN, implementar estrategias para incidir sobre estos factores y que el programa sea aceptado, atractivo y accesible para la mayoría de las Mujeres en edad fértil de la ciudad de Bilwi.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuales son los factores relacionados a la poca concurrencia de mujeres en edad fértil de los barrios El Muelle, El Cocal y San Luis, al Programa de Atención Integral a la Mujer, Bilwi, RAAN, año 2000?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores relacionados con la atención de las mujeres en edad fértil en los barrios, El Muelle, El Cocal y San Luis. Bilwi, RAAN, Enero-Diciembre, Año 2000.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer las características Socio - demográficas de las mujeres en edad fértil de los barrios en estudio.
2. Analizar la utilización de los servicios del Programa de Atención Integral a la Mujer, año 2000.
3. Conocer costumbres y creencias de las mujeres en edad fértil, de los barrios El Muelle, El Cocal y San Luis.
4. Identificar la aceptación o rechazo de las mujeres en edad fértil, a los diferentes servicios ofertados por el Ministerio de Salud, a través del Programa de Atención Integral a la Mujer.

VI. MARCO REFERENCIAL

6.1 LAS REGIONES AUTONOMAS DE LA COSTA ATLANTICA

“La Autonomía Regional, se entiende como un proceso, y un espacio que facilita a los pueblos indígenas y comunidades étnicas que comparten la Costa Atlántica Caribe de Nicaragua, el acceso al poder, el desarrollo de la capacidad de toma de decisión, el rescate de valores culturales, sociales y económicos y la posibilidad de poner en practica un modelo de desarrollo integral, equitativo y sostenible.” (3).

Las Regiones Autónomas ocupan el Cincuenta y Dos por ciento del territorio nacional, estando habitados por seis pueblos indígenas, estando cuatro de estos pueblos ubicados en la RAAN, y que son: Miskitus, Sumu Mayagna, Creoles y mestizos.(20)

El pueblo indígena mayoritario es el pueblo miskítu, quienes mantienen su idioma y cosmovisión, como importantes características culturales y organizativas. Viven en comunidades dispersas y se dedican a la agricultura de subsistencia, pesca y caza.

Los Sumus-Mayagnas están distribuidos en tres grupos lingüísticos. : Ulwas, Panamankas, y Twaskas, viven en la parte central de la Costa Caribe, la mayor parte en los Municipios del triángulo Minero (Siuna, Rosita, Bonanza).(20)

Los creoles, descendientes de los esclavos africanos, están ubicados mas en las áreas urbanas, especialmente en Bilwi, hablan el creole.

La Constitución Política de Nicaragua (4) de mil novecientos ochenta y siete, reconoce la multietnicidad, uso oficial de sus idiomas, libertad de organización étnica y el establecimiento de autonomía para las comunidades de la Costa Atlántica.

Entre algunos artículos a destacar, podemos mencionar las siguientes:

En el Título IV Derechos, Deberes y Garantías del Pueblo Nicaragüense, capítulo VI Derecho de Comunidades de la Costa Atlántica en el Artículo:

Arto. 89, Párrafo Segundo: Las comunidades de la Costa Atlántica tienen el derecho de preservar y desarrollar su identidad cultural en la unidad nacional, dotarse de sus propias formas de organización social y administrar sus asuntos locales conforme a sus tradiciones.

Arto. 90: Las comunidades de la Costa Atlántica tienen derecho a la libre expresión y preservación de sus lenguas, arte y cultura. El desarrollo de su cultura y sus valores enriquece la cultura nacional. **El estado creará programas especiales para el ejercicio de estos derechos.**

Arto. 91: El estado tiene obligación de dictar leyes destinadas a promover acciones que aseguren que ningún nicaragüense sea objeto de discriminación por razón de su lengua, cultura y origen.

En el Título IX División Política Administrativa en el Capítulo 11 sobre Comunidades de la Costa Atlántica, La Constitución Política nos dice en su artículo:

Arto. 180: Las comunidades de la Costa Atlántica tienen el derecho de vivir y desarrollarse bajo las formas de organización social que corresponde a sus tradiciones históricas y culturas. Así mismo **garantiza la preservación de sus culturas, lenguas, religiones, costumbres.**

Todo esto nos indica, que hay que aprovechar el espacio dado por el proceso de Autonomía, insistir en la descentralización del Sistema de Salud, y que esta sea asumida por el Gobierno Autónomo y que el Nivel Central, funcione únicamente como órgano rector de la salud en el país, proceso que permitiría la organización de las estructuras conforme las realidades de la región y que las actividades de salud de la región respondan a las necesidades de sus pobladores, tomando en cuenta las diferentes cosmovisiones de los pueblos indígenas, integrándose los pobladores de la región, como sujetos activos en la planificación y ejecución de su propio salud, en los territorios que abarca la Costa Caribe Norte del territorio Nicaragüense.

6.2 EL SISTEMA DE ATENCION DE SALUD SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD.

El Sistema de atención de salud es una red articulada de servicios y recursos institucionales, extra sectoriales y comunitarios, cuya finalidad es mejorar las condiciones de vida de la población, de un conjunto geográfico social, con equidad, eficiencia y eficacia. Organiza la entrega y prestación de la atención, al individuo, familia y comunidad (17).

La Atención primaria es la principal estrategia, entendida como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos tecnológicos, prácticas científicamente comprobados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos, familia y comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todo y cada uno de sus procesos de desarrollo con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.(11)

Hoy día se ha constatado que la mayoría de los puestos de salud cubren poblaciones muy pequeñas y disponen de recursos demasiado limitados por lo que afecta la calidad de la atención, la equidad y la accesibilidad de los servicios (19)

6.3 ATENCION INTEGRAL EN SALUD SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD

La salud es un derecho de cada individuo, es el estado que tiene él deber de proveer condiciones básicas que permita a la población disponer de medios para promover, recuperar y mantenerla la salud. (4)

Según el Manual Operativo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez del Ministerio de Salud de Nicaragua, (18), se entiende por atención integral, las acciones dirigidas a las personas, la familia, la comunidad y su relación con el medio, es un proceso continuo, con momentos interrelacionados, de promoción de la salud, recuperación y rehabilitación de la enfermedad e incapacidad.

La Atención Integral deberá ser abordada desde varias perspectivas:

- Atención a las personas
- Atención en el territorio
- Integralidad de los programas.
- Acciones intersectoriales
- Participación de la comunidad
- Gestión Institucional del Ministerio de Salud

La organización de los servicios, debe orientarse a que toda persona reciba una atención integral, independientemente del motivo de consulta y que el personal de salud realice acciones integrales, asegurando que el usuario reciba todos los servicios necesarios. Cualquier Modelo de Salud que se implemente debe tener la finalidad de impactar positivamente en la mejoría de los niveles de salud de la población. (18)

6.3.1 Integralidad de la Atención de las Personas

La integralidad contempla a la persona como ser biopsicosocial perteneciente a una familia y una comunidad, no solo como el receptor de las acciones diseñadas, ofertadas y brindadas por los servicios de salud, sino como un actor social y sujeto que define sus propias metas en la vida y, por tanto, toma decisiones respecto a su salud de manera consciente y sistemática (18)

Por tanto, la Atención integral de las personas y de grupos poblacionales, debe ser basado en acciones que el Estado y la Sociedad Civil, realizan de una manera negociada y concertada, que tienen como objetivo que las personas, las familias y la comunidad permanezcan sanas y si se enferman, en lo posible facilitarle la recuperación y la rehabilitación y tratar de evitarle la discapacidad o la muerte.

6.3.2. Integralidad de la Atención en el Territorio

La organización de la atención en un territorio, debe estar dispuesta de tal manera, que un individuo enfermo recupere su salud, aunque tenga que pasar por varios niveles de complejidad o resolución. La integración de las diferentes unidades de salud deben dar como resultado una acción continua a las usuarias (os) por medio de una red con organización y tecnología apropiada, jerarquizada para prestar atención racionalizada a los pacientes, de acuerdo al grado de complejidad medica y tecnológica del problema y su tratamiento (18)

La Atención Primaria y la Atención hospitalaria establecen entonces, la necesidad de promover la salud y prevenir las enfermedades, con acciones integrales dirigidas a las personas, familia, comunidad y el ambiente en que viven, por lo que, una parte de la promoción de la salud, consiste en impulsar la educación higiénico sanitaria, buscando como producir cambios en hábitos, actitudes y orientación de los servicios de salud hacia la atención de las necesidades básicas de la población.

6.3.3 Integralidad de los Programas

El Modelo de Atención Integral conlleva a romper el abordaje tradicional y vertical de los programas de salud, reorientando la atención al logro de la eficiencia programática, y dirigiendo los esfuerzos al apoyo para la solución integral de los problemas de salud. "Significa asegurar que distintos servicios lleguen al mismo tiempo y se realicen en los territorios donde los niños y las mujeres corren mas riesgos." (18)

La nueva concepción de Programas de Salud responderá a las necesidades locales, tomando en consideración: el perfil epidemiológico. La situación diferenciada de los hombres y mujeres, el enfoque de riesgo, por lo que deberán revisar sus objetivos y metas fundamentales y ajustar sus normas a los criterios de integración de las acciones a través de los servicios, para lograr lo que se conoce como convergencia de programas. (18)

6.3.4 Integralidad de las Acciones Intersectoriales

Un sistema de salud para ser eficiente, no debe solo prestar servicios de asistencia a los enfermos, sino que debe estar en constante búsqueda de mejoramiento de la calidad de vida de la población, y para eso, es necesario la participación de otros sectores que pueden influir en esto ya sea porque tengan mayores recursos que el sistema de salud o mayor nivel de decisión que estos.

Actualmente, el Ministerio de Salud no es la única institución que presta servicios de salud, hay organizaciones no gubernamentales, religiosos, y aun el sector privado que juega importante rol en la prestación de servicios de salud, por lo cual es de suma importancia establecer coordinaciones de trabajo, y discusión de los planes de salud, para unir y hacer coincidir esfuerzos y recursos.

Las funciones del personal de salud son fomentar, estimular y realizar coordinación con otros sectores, haciendo énfasis en los factores de riesgo, o predisponentes para la aparición de enfermedades, tratando de lograr compromisos de parte de estos sectores para que deriven esfuerzos y recursos en la solución de los problemas de salud.

El Plan de Salud debe ser discutido con toda la sociedad civil organizada, para lograr junto los esfuerzos hacia un objetivo común. El personal debe incluir en la programación de su tiempo las actividades de coordinación intersectorial. (18)

6.3.5 Integralidad en la Participación de la Comunidad

El Modelo de Atención Integral promueve la participación comunitaria como un medio y un fin para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, lo cual implica que debe superar los esquemas de participación basados en la simple colaboración de la comunidad en las tareas adicionales. Este enfoque integrador apunta hacia la creación de espacios de gestión y autogestión, donde los conjuntos sociales y los trabajadores de la salud concierten sobre los procesos de identificación de problemas y el establecimiento de prioridades y la búsqueda de soluciones.

6.3.6 Integralidad en la Gestión Institucional del Ministerio de Salud

El SILAIS, con la participación de todo el personal de salud de la región, organizará sus servicios de acuerdo a la necesidad multiétnica de la región, según sus principales problemas de salud y los recursos con que cuenta y abarcando los aspectos de promoción, prevención, curación, rehabilitación y satisfacción de las usuarias (os).

Según una hipótesis del Proyecto de Fortalecimiento del Sistema de Salud en Nicaragua (4) la salud de una población depende de la utilización de los servicios, ya que si es cierto, que la salud de una población depende de varios factores como es el nivel de pobreza, los factores culturales, ecológicos o ambientales, el nivel de educación, el estatus de la mujer. La salud de una población también depende de la utilización de los servicios de salud.

Si aceptamos estos componentes, (factores culturales, nivel socioeconómico, utilización de los servicios de salud, factor ecológico, nivel de escolaridad, factor demográfico) para una definición holística de la salud, vemos que el mejoramiento de la utilización y de la capacidad resolutoria, de los servicios de salud, se convierte en una condición necesaria, pero no suficiente para mantener y mejorar la salud de la población.

La utilización de los servicios, dependerá también de la calidad de la atención y la accesibilidad de los servicios de salud, lo cual está íntimamente relacionado, con la participación social, que permite mejorar y adecuar la prestación de servicios de salud, entre las necesidades de salud, la demanda de la población y la oferta de los profesionales de salud.

La calidad de la atención y la accesibilidad a los servicios se puede conseguir con mayor eficacia si se aprovecha un sistema integrado, con los dos niveles de atención de salud como es el nivel primaria y secundaria.

6.4. MODELO DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD

Durante los últimos seis años el Ministerio de Salud, ha venido impulsando reflexiones y ajuste en sus políticas y estrategias, principalmente las relacionadas con la organización de los servicios de salud y la priorización de los grupos poblacionales más desprotegidos de Nicaragua. Sin embargo, no se ha hecho el ajuste necesario entre las características de la Población y las de los recursos de salud, para que en realidad los servicios sean más accesibles a la población.

En mil novecientos noventa y cuatro, se da inicio a la formulación de un nuevo modelo de atención, que permite que poco a poco, se logre la integridad en los servicios de atención a la mujer y a la niñez, estos mismos criterios, dieron lugar a la institucionalización del binomio Mujer-Niñez.

La Resolución Ministerial seiscientos noventa y cinco (695) del Ministerio de Salud de Nicaragua ⁽¹²⁾ publicada en la Gaceta, Diario Oficial No. 87 del Ocho de Mayo de Mil Novecientos Noventa, resuelve aprobar el manual operativo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez, estableciendo la manera de cómo se deberán implementar las normas de Atención Integral a la Mujer y la Niñez, los cuales son de fundamental importancia para la implementación del Modelo de Atención integral que el Ministerio de Salud desarrolla a partir de mil novecientos noventa y cinco.

Cabe mencionar que para la operativización de esta Política Nacional de Salud, cada SILAIS o municipio tiene que definir el procedimiento para impulsar las acciones de promoción, curación y que durante la aplicación de las normas es importante la adecuación de algunos criterios, tomando en consideración las características organizativas, cosmovisión y desarrollo cultural de las comunidades y pueblos donde se va a ofertar estos servicios de salud.⁽¹⁸⁾

Entre las principales estrategias que plantea el manual operativo de la Atención a la Mujer y la niñez⁽¹⁸⁾ para la implementación del modelo de Atención Integral a la Mujer y niñez están:

1. Impulsar la aplicación de la Atención Integral con enfoque de género, procurando calidez, para las usuarias y usuarios, en todas las unidades de salud.
2. Reorganizar los servicios en las unidades de salud, de la red humana de atención, haciendo énfasis en las acciones de promoción y prevención, para incidir en la reducción de las oportunidades perdidas y fortalecer los mecanismos de articulación con el segundo nivel de atención.
3. Promover el desarrollo del proceso educativo, tanto al personal de salud, como a los distintos organismos que trabajan por, para y con la comunidad, dirigido a mejorar los esquemas de atención a la mujer y niñez.

- 4 Fortalecer la participación comunitaria en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones, procurando mejorar su calidad de vida.
- 5 Fortalecer la coordinación con los centros alternativos y ONG's que trabajan en el nivel local.
- 6 Ejecutar acciones de monitoreo, supervisión y evaluación para garantizar la evaluación cuanti-cualitativa de las actividades de atención integral.

Como resultado de todo este proceso de reorganización de los Servicios de Salud, el Ministerio de Salud institucionalizó la atención al binomio madre-niño de tal forma que permita: Transformar la visión Materno-Infantil en la atención a la mujer, niñez y adolescencia, en un enfoque de género, promoviendo la autoestima o autocuidado, incrementar la atención a los partos de alto riesgo en las unidades de salud, fortalecer la atención del parto domiciliario, promover las captaciones y prevenciones de embarazo precoz en la adolescencia, fortalecer las acciones de planificación familiar acompañado de consejería.

6.4.1. Organización de la Atención

La verdadera transformación, se dará en las unidades que prestan el servicio, y serán impulsadas por los dirigentes, los trabajadores de la salud, los voluntarios de la comunidad, las juntas locales del SILAIS y hospitales, los cuales deben tomar conciencia de su nuevo rol, conocer en que consisten las reformas del modelo, que se espera de ellos, que servicios prestar y como lograr una rápida difusión, e impacto a corto y mediano plazo. (18)

La organización de los servicios debe orientarse a que toda persona reciba una atención integral, asegurando que toda persona reciba todos los servicios necesarios, independientemente del motivo de consulta, esto quiere decir que el trabajador de la salud tiene que ser capaz de integrar las normativas de los diferentes programas, ofertando los servicios de forma simultanea y que las usuarias (os) no tengan que regresar de nuevo a otra consulta por un problema que pudo ser resuelto en ese momento, y así lograr resolver la mayoría de sus problemas, en una sola visita y reducir la cantidad de oportunidades perdidas en la atención que debe ser integral a la usuaria (os).

6.4.2. Flujo para la Atención

La atención integral a la mujer en las unidades de salud, amerita una serie de pasos para que la usuaria reciba la prestación de servicios desde que ingresa a la unidad solicitando atención hasta que sale. A continuación se describe el proceso: (18)

- Admisión
- Clasificación
- Espera
- Atención propiamente dicha (incluye peso, talla, signos vitales, inmunizaciones, referencias, emergencias)
- Exámenes de laboratorio
- Entrega de medicamentos.

Admisión

Todas las unidades deben realizar el proceso de admisión, en el cual se identifican usuarias según tipo de demanda: espontanea, referida o citada. En los casos de primera vez, procederan a elaborar el expediente con el llenado de los datos generales, orientando al usuario sobre los diferentes pasos que debe de seguir para obtener su atención.

En las usuarias subsecuentes sin cita, la admisión debe suministrar los expedientes a las áreas de atención, orientando a la usuaria sobre los cambios en la organización de la atención.

En los casos de usuarias citadas, la admisión debe garantizar que el expediente este ubicado en el área de atención, previo a la llegada del paciente (18)

Clasificación

Esta acción esta dirigida a garantizar la "Atención Inmediata" en caso de urgencia y priorizar la atención a menor de un año, la mujer embarazada y las consultas por violencia y maltrato. En caso de que la unidad no disponga de un recurso calificado, se podrá adiestrar al personal de admisión para que realice la acción de clasificación. (18)

Espera

Mientras la usuaria espera ser atendida, el personal de salud debería aprovechar para brindar educación en salud, sobre los temas de promoción, prevención de enfermedades, tratamiento y recuperación de la salud, promoción de los servicios que presta la unidad, horario e importancia de asistir a las citas programadas (18)

Atención

A la usuaria que consulta por primera vez se le brindara atención para resolver su motivo de consulta. Si están enfermas se les hace el diagnóstico y el plan de tratamiento y a la vez, se le completaran acciones integrales (historia clínica y examen físico, detección de factores de riesgo, valoración del estado de salud, peso y talla, inmunizaciones, referencia oportuna)

El personal que brinda la atención será el responsable de aplicar la vacuna según el esquema normado. No debe existir un local exclusivo para inmunizar, ya que eso hace que se pierdan oportunidades de vacunar a las usuarias.(18)

Exámenes Clínicos

Las unidades que cuentan con este servicio realizarán los exámenes que le son ordenados a las usuarias en las distintas consultas, como parte complementaria de la atención integral.⁽¹⁸⁾

Entrega de medicamento

La entrega de medicamento es el último paso en el flujo de la prestación de servicio a las usuarias para completar la integralidad en su atención. Con el objeto de que las usuarias no pierdan mucho tiempo, y dependiendo de las características y capacidad de la unidad, se recomienda descentralizar la entrega de algunos insumos en los sitios donde se brinda la atención de la siguiente manera:

Entrega y/o aplicación de métodos anticonceptivos en el mismo sitio de la planificación familiar.

Aplicación de dosis de Vitamina A; a los niños (as) en la promoción del Crecimiento y Desarrollo

Esto se anotará en el expediente y completarán el Kardex cada día para informar a la farmacia, la cual procederá a renovar las existencias.

Este flujo de atención debe ser acompañado de un proceso de educación en salud y en nuestra Región multiétnica, debe ser accesible culturalmente a la población que está solicitando la consulta.

El personal de salud que está brindando la atención a las mujeres, debe establecer un modo de funcionamiento, que evite el aglomeramiento en los locales y que facilite un ambiente agradable de relación entre las usuarias del programa y los distintos profesionales de la salud, ejemplo: dando citas escalonadas, evitando las esperas largas, varias personas atendiendo en la hora pico etc.

Además del flujo de atención en las unidades de salud hay que hacer una revisión de sus horarios y los días de atención de acuerdo a las necesidades, demanda, hábitos de la población y régimen laboral vigente, evitando los horarios que surjan por conveniencia del personal de la unidad. Dentro de la jornada de trabajo deberá distribuirse el tiempo para la atención en la unidad, las visitas a domicilio y el trabajo de terreno. (18)

Los horarios deben de ser ampliamente conocidos por la población, organismos estatales, privados y no gubernamentales de su territorio.

6.4.3. Actividades en el Terreno

Es necesario que el personal de salud interiorice que la atención integral no debe darse exclusivamente intramuros en el Puesto o Centro de Salud.

Además de brindarse el servicio en la unidad, se debe también intervenir en los factores causales predisponentes para enfermar o morir. Esto implica fortalecer las distintas modalidades del trabajo de terreno, teniendo entre ellas: Visitas domiciliarias, controles de foco, y atención con brigadas móviles a comunidades con problemas de accesibilidad a las unidades de salud, que permitan una extensión adecuada de las coberturas de atención, entre otras. (18)

Visita Domiciliar

Es la atención que el equipo de salud realiza en el domicilio de la usuaria (o) y su familia. Tiene como finalidad conocer el medio en el cual se desarrolla, esto comprende lo físico, psicológico, económico y social. (18)

Desde la concepción integral de la salud, las condiciones de la vivienda y su entorno, son un elemento importante en la salud de las personas, por lo que se recomienda a los trabajadores de la salud, contribuir a mantener un entorno saludable, a través de acciones de prevención, educación y consejería.

La visita domiciliar deberá ser programada y planificada con un tiempo recomendable de 20 a 30 minutos por cada visita. El personal de salud y en especial la enfermera deberá programar al menos el 30% de su tiempo para esta actividad que estará sujeta a registro y evaluación.

Las actividades a desarrollar en las visitas domiciliarias son: (18)

- Recolección de datos fundamentales para conocer y entender la situación de salud de la usuaria (os) y/o familia. (Condiciones higiénico sanitaria de la vivienda, sociales, culturales, levantamiento de censo familiar entre otros.
- Seguimiento de usuarias (os) ya sea para la administración de medicamentos, para orientar a la usuaria (o) o la familia sobre la dieta, ejercicios, prevención de complicaciones etc.
- Captación de recién nacidos, desnutridos (as) puerperas, embarazadas o grupos de riesgo.
- Rescate de inasistentes, especialmente la mujer, niñez y adolescentes en riesgo.

6.5 LINEAMENTOS GENERALES PARA LA ATENCION INTEGRAL A LA MUJER SEGÚN EL MINISTERIO DE SALUD

Todos los Centros y Puestos de Salud, deben realizar acciones de carácter rutinario, que contribuyan a garantizar la calidad de atención a las usuarias y el aprovechamiento de oportunidades, algunas de las actividades que se recomiendan llevar a cabo en la unidad de salud son: Revisar los expedientes de las usuarias citadas, captar precozmente a la embarazada, enviar a las usuarias de primera consulta a realizar expediente, brindar educación a la mujer individual y en grupo, realizar atención directa a la mujer, aprovechar la oportunidad para vacunar, impartir charla grupal e individual a las embarazadas, programar y realizar visita domiciliar a las embarazadas inasistentes o en riesgo. (18)

En la comunidad se debe coordinar actividades con parteras y brigadistas, priorizar la captación precoz de la embarazada, coordinar trabajo con las parteras empíricas, para recuperar a embarazadas inasistentes, detectar a embarazadas con alto riesgo obstétrico, vigilar que la partera capacitada, atienda el parto normal y de bajo riesgo, realizar educación sanitaria a la mujer a nivel comunitario, promocionar el uso de la lactancia materna, referir a las mujeres con ARO y desnutridos. (18)

6.5.1. Normas Para Control Prenatal (18)

- Llenado de HCP y carnet prenatal.
- Valoración nutricional
- Examen físico general (peso, talla, Presión Arterial, mamas, pelvis, obstétrico)
- Enviar exámenes (BHC, EGO, VDRL, tipo y RH, PAP)
- Cálculo de semana de Gestación y Fecha probable de parto.
- Examen odontológico
- Vacuna con TT
- Curvas de crecimiento uterino
- Curvas de peso
- Visita domiciliar
- Presentación del feto
- Preparación para el parto
- Preparación para lactancia materna
- Suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico
- Consejería para planificación familiar

Durante el control prenatal se hará énfasis sobre la importancia de la vacuna antitetánica, la alimentación durante el embarazo, la preparación para el parto, la preparación para la lactancia materna exclusiva, la consejería sobre planificación familiar, el cumplimiento de las citas que se le asignen y el no tomar medicamentos que no sean prescritos por el médico.

6.5.2 Normas para la Atención a la Puerpera (18)

- Revisión de la Tarjeta Perinatal
- Completar datos en HCP
- Examen físico (estado general, presión arterial, peso, pulso, temperatura de mamas y de axilas, de genitales externos con énfasis en episiorrafia)
- Descartar laceraciones o desgarros
- Valorar involución uterina
- Examen de miembros inferiores (edema, varices)
- Recomendar un método de anticoncepción y la forma de usarlo (libre escogencia)
- Atención integral al niño
- Consejería en higiene personal y alimentación
- Consejería en lactancia materna
- Suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico
- Suplementación con Vit. A.

6.5.3 Norma de Atención Integral a la Mujer Joven y Adulta (20 a 39 años) (18)

- Consejería de método según la edad, frecuencia de relaciones, estado de salud.
- Compruebe el uso adecuado del método si ya utiliza uno
- Indique tratamiento según causa, refiera si hay duda diagnóstica
- Educación sobre prevención del maltrato, la violencia y autoestima
- Enseñar el auto examen de mamas
- Realizar PAP según la norma
- Vacuna con TT

En la Atención Integral a la mujer joven y adulta se hará énfasis en: La educación sexual, prevención y espaciamiento de embarazos, prevención del cáncer cérvico uterino y mamas, prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, Control de embarazo si existiera, Autoestima, Higiene personal

6.6 ACCESIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Al revisar las definiciones de accesibilidad, vemos que generalmente los términos de disponibilidad y acceso, son utilizados como sinónimos, aunque para el Diccionario Comentado de Atención a la Salud, no son iguales, pero son muy difíciles de distinguir, ya que acceso y disponibilidad, deberán restringirse a fenómenos relacionados con la accesibilidad, pero no son iguales a ella.

Julio Frenk, en su documento sobre accesibilidad de los servicios de salud (7), nos refiere que según el modelo del Dr. Avedis Donabedian “Se considera la accesibilidad como algo adicional a la mera presencia o disponibilidad del recurso en cierto lugar y en un momento dado”. Comprende las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los clientes potenciales.

Sin embargo, se refiere a otros autores como Salkever y Penchans que habla de dos aspectos de la accesibilidad:

- a) **Accesibilidad Financiera.** Se define como la capacidad individual para costear la atención médica.
- b) **Accesibilidad Física.** Se define como los costos de transporte, tiempo y búsqueda que se dan durante el proceso de procurarse la atención.

Estos aspectos de accesibilidad se refieren a una característica del paciente y no de los recursos de salud. Por ejemplo, aunque los servicios de salud fueran muy baratos y una persona no es capaz de costearlo por falta de dinero, estaría el servicio inaccesible a él.

Este nuevo enfoque hace que se distingan las características asociadas a la accesibilidad para determinar si es característica de la población o de los recursos de salud o si hay alguna relación entre ellas.

“Decir que algo es accesible, vale tanto como decir que está fuera del individuo, el cual tiene que desearlo, buscarlo y finalmente alcanzarlo, pero además la accesibilidad de la atención en salud, se centra en las características de los recursos, a medida que estas se adaptan a las características de la población, y no-procurar que la población se conforme con los actuales modelos de organización de los servicios y recursos para la salud”.(1)

En el documento sobre el Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte,(8) en la Pagina cuarenta y tres en su acápite sobre Atención Primaria en Salud nos habla sobre cuatro formas de accesibilidad que debe tener los servicios planteados en el modelo y son:

Accesibilidad Geográfica: Las unidades de atención deberán estar ubicadas de tal manera que para acceder a ellas, la población no debe emplear mas de dos horas, garantizando así la accesibilidad geográfica.

Con esto se da a entender que las barreras geográficas se refieren a las dificultades que la población tiene para acceder a la atención de salud, debido a la distancia, medio de transporte y aislamiento geográfico estacional.(16)

Accesibilidad Cultural y Prácticas Sanitarias Tradicionales: El subsistema deberá garantizar la accesibilidad de salud a los pobladores de su territorio, teniendo presentes los aspectos culturales de sus 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.

Debido a esto se entiende como barrera cultural la falta de comprensión de los contextos culturales (lengua, formas de comunicación, creencias, formas de vida diaria y organización del tiempo. (16)

Accesibilidad Social y Económica: Todos los pobladores deberán tener acceso a los servicios de salud, independientemente de su posición social o económica.

La Atención Primaria en la RAAN debe seguir siendo gratuita. La Atención en Salud debe ser integral priorizando acciones relacionadas a la prevención y promoción, además, debe ceñirse a las necesidades de la comunidad, y no limitarse a la identificación de enfermedades. El enfoque de trabajo será hacia la familia y dentro de su entorno comunal, como núcleo de la sociedad. Especial interés se le brindara al binomio madre-niño.

Las barreras sociales son determinadas por el nivel de educación. En el caso de Pueblos indígenas, las tasas de analfabetismo son altas, especialmente entre las mujeres. Las barreras económicas constituyen las dificultades financieras, que la población tiene para acceder a la atención en salud por su nivel de ingreso y costo real de la atención (transporte, alimentación, hospedaje, medicamentos, pérdida de las horas laborales).(18)

6.7 INTERCULTURALIDAD Y SALUD

“Desde el momento en que existen en el mundo pueblos étnicos diferenciados, poseedores cada uno de una cultura, de su manera particular de concebir el mundo, que poseen creencias sagradas y profanas, formas particulares de comunicarse y que estos grupos entren en contacto el uno con el otro, existen las relaciones interétnicas.”(6)

Interculturalidad se refiere a la acción y la comunicación entre personas de diferentes culturas, donde se busca la aceptación mutua y la reciprocidad, es el instrumento necesario cuando dos o más culturas se ponen en contacto, pero garantizan a cada uno su espacio para desarrollarse.

Según el antropólogo Juan Chavajay “ La interculturalidad no es para curar o sanar a la gente, es un alimento, para todos es un bien, para todos es una alegría, para todos es abrir los ojos, es abrir el corazón, es abrir el cerebro, para conocer a aquel a quien no conozco y aprender de lo que hace y dejar que lo siga practicando, y puede aprender de mí conociéndome, quién soy, qué hago, qué quiero, cómo trabajo, cómo me organizo, cómo me relaciono, y si no le parece, pues sencillamente me respeta, dejándome hacer mi vida, porque no estoy molestando la tranquilidad y la armonía de mis demás hermanos”.(6)

Para que haya relaciones basadas en la interculturalidad deben practicarse la igualdad de derechos, la participación y la equidad, cada cultura tiene que reconocer a la otra como legítima y que todas las etnias tienen derecho a su diferencia cultural.

Si la atención en salud que se basa en la interculturalidad, permitirá la revalorización de las diferentes culturas y el respeto a las bases culturales, propias de cada pueblo indígena o comunidad étnica, lo cual daría paso a la reciprocidad en el conocimiento, valoración y respeto mutuo, entre culturas que conviven en una misma área geográfica, donde la interacción y la comunicación fluida, da paso a un intercambio cultural, y a una apertura en las relaciones humanas.

Basado en el proceso de la interculturalidad, es que se ha planteado un nuevo Modelo de Salud para la Región Autónoma del Atlántico Norte, el cual tiene entre sus principios, la accesibilidad de los servicios, para todos los pueblos indígenas y comunidades étnicas, procurando, que estos pasen a ser sujetos en la planificación y ejecución de su propio Modelo de Salud, desde una perspectiva holística, ofertando salud a la población de forma integral y que el personal de salud comprenda, que es un proceso donde nadie sabe todo, que todos aprenden aprovechando lo mejor de cada cultura.

Según Mirna Cunningham en su documento Interculturalidad y salud ⁽³⁾“La interculturalidad se concibe en salud, cuando dos sistemas (Tradicional y Autóctono) logran articularse, potencializando ambos sistemas y en vez de rechazar los recursos de salud utilizados tradicionalmente por pueblos y comunidades étnicas, se les valorizan, desarrollan, perfeccionan, puesto que se trata de la cosmovisión de estos pueblos”.

La interculturalidad en salud plantea, que se organicen los servicios de salud, partiendo de lo propio de cada uno de las culturas, y por lo tanto la cultura, y la diversidad de los distintos grupos, servirán como la base, sobre la cual se construirá por enriquecimiento conjunto, servicios de salud más flexibles.

6.8 EL MODELO DE SALUD DE LA REGION AUTONOMA DEL ATLANTICO NORTE

El modelo de salud de la RAAN (8) contempla en sus aspectos mas importantes lo siguiente:

6.8.1 Razon 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.

6.8.2 Principios del Sistema

Las políticas y principios de la atención en salud a la población de la RAAN 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 son:

- La atención en salud debe ser integral, es decir, considerar los elementos curativos, de rehabilitación, prevención y de promoción, haciendo énfasis en estos dos últimos.
- Se debe garantizar de manera sistemática la participación social y en especial 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 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:
 - Binomio madre-niño
 - Grupos Poblacionales productivos en la pesca, minería y el trabajo forestal.
 - La población perteneciente a las comunidades étnicas.
- 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.

6.8.3. **Objetivos del Sistema de Salud:**

General:

Mejoramiento del nivel de salud de los pobladores/as en la RAAN, sus familia 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.

Específicos:

- Prestar atención en salud a la población de la RAAN, desde un punto de vista integral y priorizando a los grupos más vulnerable.
- Contribuir al mejoramiento de las condiciones higiénicas sanitarias en la Región Autónoma del Atlántico Norte
- Contribuir al mejoramiento de la situación en salud y por ende a las condiciones de vida de la población.
- Armonizar los elementos de la 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.

6.8.3 La Atención Primaria en Salud según el Modelo de Atención de la RAAN.

Es una estrategia que orienta a 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 :

Las unidades de atención deberán estar ubicadas de manera que para acceder a ellos, la población no debe emplear más de dos horas, garantizando así la accesibilidad geográfica.

Accesibilidad Cultural y Prácticas Sanitarias Tradicionales:

El sub-sistema 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 de los pueblos indígenas y Comunidades étnicas.

Accesibilidad Social y Económico:

Todos los pobladores deberán de tener acceso a los servicios de salud, independientemente de su posición social o económico.

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.

6.8.5 La Participación y Promoción Social en Salud según el Modelo de Atención de la Región Autónoma del Atlántico Norte.

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 este 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, deberá 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 diferentes problemas, la propuesta de soluciones, la búsqueda de recursos, planificación e implementación de intervenciones y la evaluación de las mismas.

Solo por medio de la efectiva participación social, será posible la promoción de hábitos y formas de vida sanas, 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, 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 de rechazo a la violencia y la promoción de formas no violentas para resolver los conflictos, la búsqueda de soluciones a problemas como: El alcoholismo, la drogadicción, y la protección del medio ambiente y los recursos naturales entre otros.

6.9 COSMOVISION DE LOS PUEBLOS INDIGENAS Y COMUNIDADES ETNICAS DE LA RAAN

En la Región Autónoma del Atlántico Norte, la práctica médica combina de hecho, la medicina de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, con la medicina occidental y la medicina casera.

Según W. Cunningham et al, en su investigación sobre medicina Tradicional en Comunidades Miskitas del Río Coco, (2) la medicina indígena miskita es un sistema de conocimientos, creencias y prácticas destinados a la prevención y curación de enfermedades, también atiende las causas de desequilibrio, concebidas como factor de riesgo a la salud del individuo o de la comunidad.

La medicina miskita ejercida por una serie de médicos tradicionales, Sukias, Profetas, Inteligentes, entre otros, extiende su acción a procesos como embarazo y parto.

Cada comunidad tiene sus curanderas/os, parteras, sukias y otros guías espirituales, y su influencia en muchos casos rebalsa los límites comunales. (2)

Con la llegada de los conquistadores, y a pesar de que destruyeron diversos elementos de la cultura indígena, durante el periodo de la colonización, la medicina indígena no desapareció, siempre se mantuvo vigente, especialmente en las áreas rurales, y hoy día todavía se proyecta en el área urbana, aunque con modificaciones, debido a la influencia de otras culturas.

Los pueblos indígenas poseen valores culturales, conocimientos propios, que pueden servir como base, para responder a sus necesidades básicas en salud. La medicina indígena debe mantenerse y desarrollarse como un sistema de salud, articulándose con la medicina occidental y practica popular medica.

En la implementación de un nuevo Modelo de Salud, que supere las limitaciones actuales, debe asegurarse el equilibrio entre los ámbitos espirituales y materiales, así como la complementación entre el sanar y curar (2).

La salud indígena, y la forma de abordaje del problema de salud, está basado en la forma holística del concepto de la salud que estos tienen, ya que al hablar de un modelo integral para los pueblos indígenas y comunidades étnicas, hay que tomar en cuenta aspectos fundamentales como lo físico, espiritual, emocional y mental.

Las prácticas médicas tradicionales de los indígenas de la Región Autónoma del Atlántico Norte giran alrededor de la cosmovisión de estos pueblos, y la armonía entre los pobladores y la naturaleza, por lo que al romper este equilibrio se desencadena la enfermedad en el individuo o problemas de diferentes índoles en las comunidades.

Se entiende por visión del mundo miskito, el conjunto de tradiciones, normas y valores que se remontan a tiempos muy lejanos. El contenido de esta visión son el río, los montes, el viento, los animales, los árboles, las piedras, la vida, la muerte, el espíritu, y los males.

La salud y el proceso enfermedad, son aspectos muy importantes en la vida de un pueblo, involucra ideas y valores. Las condiciones de salud tienen que ver con la organización social, económica, nivel de vida, medio ambiente natural y social, así como las características que se da en el ámbito cultural.

La salud de los pueblos indígenas está conformado por su experiencia histórica y visión del mundo, evidenciando el concepto integral holístico de la salud que abarca elementos individual, colectivo, así como la natural y social. (2)

Si revisamos la cultura de los Mayagnas, Mairena en su libro "Los Hijos del Sol",⁽¹⁵⁾ vemos que para este pueblo indígena, la montaña conforma un todo, llamado **madre tierra**, lo cual otorga la riqueza a los arboles, plantas, leñas, frutas silvestres, madera para su casa, es la tierra que heredaron de sus ancestros, y con lo cual hay que vivir en armonía, incluyendo esta armonía tanto a seres humanos, como animales, plantas, fenómenos naturales, ya que un desequilibrio entre el ser y la naturaleza, causa una enfermedad que puede ser insoportable y arrancarle la vida.

Los mitos de los mayagnas tienen vigencia en la actualidad, especialmente los que hablan del no abuso de los recursos que hay en la naturaleza, tomando de ella solo lo indispensable para vivir. Esto se debe a la existencia de **Dytalyang** que es un ser invisible y protector de cada uno de los entes que se encuentra en la naturaleza. Si hay abuso se pierde la protección del Dytalyang y hay desequilibrio, el cual hace que aparezca la enfermedad. ⁽¹⁵⁾

Si nos referimos a la comunidad creole, estos mantuvieron valores y prácticas culturales anglosajonas influenciados por su cultura africana. Dicha simbiosis cultural forma parte de la cosmovisión de los creoles, de los cuales podemos citar algunas prácticas referentes a la salud que existen hasta hoy día, y todavía se practica en el área urbana aunque de forma solapada, como son el **Obhia** y **something**, que consiste en un preparado basándose en hierba, pelos, muñecos y ropa. Tiene doble función, se utiliza para el bien o para el mal, o cuando un problema de salud es incurable por los médicos. También se utiliza cuando se desea hacer un maleficio por venganza.

Los creoles no mantienen ningún tipo de cristales roto en su casa, ya que es un mal viento o espíritu maligno que quiebran los vidrios, trayendo mala suerte, enfermedad o muerte.

Cuando hay tormenta los creoles protegen los vidrios, ya que si se quiebra, puede haber desgracia en la familia.

Se puede apreciar que los creoles creen en la vinculación del individuo con el entorno, y que esta puede ser la causa de muchas desgracias.

Los sueños, algo psíquico, tiene mucho significado para ellos, a estos sueños se le da diferentes interpretaciones, si sueñan con lodo, significa enfermedad grave en la familia, si se le cae los dientes muerte en la familia.

Esto nos indica que también la cosmovisión de los creoles tiene el enfoque de la unión de lo espiritual y lo material, condicionado por el medio ambiente y su entorno.

VII. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 Tipo de Estudio

El estudio es evaluativo de corte transversal, usando técnicas cuali-cuantitativas.

7.2 Universo

El universo de estudio fueron todas las mujeres en edad fértil de los barrios, El Muelle, El Cocal, San Luis, de la ciudad de Bilwi, RAAN.

7.2.1 Los criterios de selección de los barrios fueron:

- Tamaño de la población, que tuvieran 300 pobladores o más.
- Que tuvieran tres grupos étnicos.
- Que tuviera mas de 10 años de ser fundada.
- Que existiera una unidad de salud o casa base funcionando.
- Que existiera una enfermera de sector
- Que existiera partera.

7.2.2 Criterios de Inclusión y Exclusión del grupo en estudio

Los criterios de inclusión fueron:

- Que pertenecieran al grupo etáreo entre 18 y 49 años.
- Que vivieran en uno de los barrios seleccionados.

Los criterios de exclusión fueron:

- Los que no llenan criterios antes mencionados.

7.3 Grupo seleccionado

El universo de estudio estuvo conformado de un total de 733 mujeres en edad fértil. Por conveniencia se hizo una selección del 10% del universo, y a lo interno de cada barrio, total que representa 73 mujeres en edad fértil.

Barrio	Universo por barrio de MEF	Grupo seleccionado por barrio
El Cocal	320	32
El Muelle	302	30
Barrio San Luis	111	11
Total	733	73

De esta manera le correspondió al barrio El Cocal 32 mujeres en edad fértil, al barrio El Muelle 30 mujeres en edad fértil y al Barrio San Luis 11 mujeres en edad fértil.

7.3 Recolección de la Información

Las fuentes de información que se utilizaron fueron primarias y secundarias.

Primarias: Mujeres en edad fértil. Las técnicas que se utilizaron fueron, encuestas y grupos focales. El instrumento utilizado fue la encuesta con un cuestionario semi - estructurado (anexo 3) que fue aplicado a las mujeres en edad fértil, según cantidad asignado a cada barrio.

Las casas fueron seleccionadas a conveniencia, y al no encontrar mujer fértil en la casa, se procedía a pasar a la otra casa, hasta encontrar a la mujer en edad fértil que cumplía con los parámetros definidos para estar en el grupo seleccionado.

Para los grupos focales se preparó un cuestionario guía. (Anexo 4). Se reunió con los coordinadores de los tres barrios en estudio, después con los actores sociales relevantes de los barrios, entre los cuales estaba la enfermera del sector, la partera, la curandera, el pastor, y tres mujeres activas en el trabajo de cada uno de los barrios. Se conformó el grupo focal de 7 personas en su mayoría mujeres. Se explicó el objetivo del estudio, y nuestro carácter de estudiantes de la Maestría en Salud Pública. Se dio a conocer la encuesta, que se iba a aplicar a las mujeres en edad fértil de los barrios seleccionados, y la guía para los grupos focales.

Secundarias

- Informe estadístico del policlínico Ernesto Hodgson Wrights año 1999.
- Informe sobre cobertura del programa de Atención Integral a la Mujer del MINSA/ SILAIS/ RAAN 1999.
- Revisión Bibliográfica

Las informaciones fueron recogidas por dos enfermeras, entrenadas sobre la forma de hacer este trabajo, acompañada siempre por las investigadoras.

El pilotaje se realizó en el barrio El Muelle, con otras mujeres en edad fértil que quedaron excluidas del grupo seleccionado, y se hicieron adecuaciones al formato de la encuesta después del pilotaje.

7.4 Plan de Análisis de la Información

7.4.1. Plan de Tabulación

Para clasificar y tabular los datos obtenidos en la encuesta, se utilizó el programa Microsoft Word for Windows, y el método de palote. Para la clasificación de las opiniones de las mujeres en edad fértil obtenidas en los grupos focales se utilizó la técnica matricial.

7.4.2 Análisis

Se relacionaron las variables de la siguiente manera:

- Se sacó frecuencia simple de todas las variables
- Características socio-demográficas de las MEF versus Utilización del Programa Atención Integral a la Mujer.
- Costumbres y creencias de las MEF versus Utilización del Programa Atención Integral a la Mujer.
- Aceptación y Rechazo al programa Atención Integral a la Mujer versus Costumbres y creencias de las MEF.

Para el análisis de los datos cuantitativos se hizo uso de la estadística descriptiva (Frecuencia absoluta y Relativa). En cambio para la información cualitativa, se utilizó la técnica matricial, se clasificaron las opiniones de las MEF de acuerdo a su frecuencia y por último al analizar los datos cuantitativos, se profundiza y refuerza el análisis con las opiniones obtenidas en los grupos focales.

7.5 Criterios Eticos

Durante todo el proceso de las investigaciones mantuvo una comunicación fluida con los pobladores de los barrios en estudio, especialmente con las mujeres en edad fértil, sobre él porque de la investigación, la metodología que se iba a utilizar.

Se mantuvo la confianza de las encuestadas sobre el anonimato de las personas que ofrecían la información a través de las encuestas, y el aseguramiento de que sus nombres no iban a ser mencionadas en ninguna fase del trabajo investigativo.

7.6 Variables Y/o Descriptores

Características sociodemográficos

Edad

Etnia

Estado Civil

No. Hijos

Religión

Escolaridad

Ocupación

Utilización de los Servicios del Programa de Atención Integral a la Mujer

Asistencia al Programa de Atención Integral a la Mujer

No. Consultas recibidas

Horas de atención

Visitas domiciliarias

Motivo de la visita

Referencia a los servicios

Tiempo de espera

Distancia

Otros servicios utilizados

Costumbres y creencias de las mujeres en edad fértil de Bilwi

Creencias acerca del embarazo

Fecha de último embarazo

Lugar de atención prenatal

Creencias acerca del parto

Lugar de atención del parto

Creencias sobre el Puerperio

Creencias sobre autocuido

Creencias sobre cuidado del Recién Nacido

Creencias sobre las parteras

Opinión sobre parto domiciliario

Creencias sobre el parto Hospitalario

Aceptación o Rechazo de los servicios ofertados por el Programa de Atención Integral a la Mujer

Quien le atendió en el programa

Problemas para recibir atención

Aceptación social

Aceptación cultural

Tratamiento brindado

Tratamiento ordenado

Tratamiento cumplido

Rechazo social

Rechazo cultural

Idioma en que le atendieron

Opinión sobre atención recibida

Visión sobre el programa

7.7 Tabla de Descriptores

OBJETIVO	DESCRIPTOR/ VARIABLE	FUENTE	TECNICA
Conocer las características socio-demográficas de las mujeres en edad fértil de los barrios en estudio.	Edad Etnia Estado Civil No Hijos Religion Escolaridad Ocupacion	MEF	Encuesta
Analizar la utilización de los servicios de Atención Integral a la Mujer, año 2000.	Asistencia al Programa AIM No. de consultas recibidas Horas de atención Visitas Domiciliares Motivo de la visita Referencia a los servicios Tiempo de espera Distancia Otros servicios utilizados	MEF	Encuesta
Conocer Costumbres y creencias de las mujeres en edad fértil de los barrios, El Muelle, El Cocal y San Luis.	Creencias acerca del embarazo Fecha de ultimo embarazo Lugar de atención prenatal. Creencias acerca del parto Lugar de atención de parto Creencias sobre el puerperio Creencias sobre autocuido Creencias sobre cuidado del recién nacido. Creencias sobre las parteras Opinión sobre parto domiciliar Creencias sobre el parto hospitalario	MEF	Encuesta
Identificar aceptación o rechazo, de las mujeres en edad fértil a los diferentes servicios ofertados por el Ministerio de Salud, a las MEF.	Quien le atendido en el programa Problema para recibir atención Aceptación social y cultural. Rechazo social Tratamiento brindado Tratamiento cumplido Rechazo cultural Idioma en que le atendieron Evaluación de atención recibida Visión de mujeres en edad fértil sobre el programa	MEF	Encuesta

VIII RESULTADOS

Al tabular los datos recopilados en las setenta y tres (73) encuestas, y los tres (3) grupos focales, en cuanto al Objetivo No. 1, **sobre las características socio-demográficas**, se encontró que en más del 56% de las mujeres, sus edades oscilaban entre 18 y 25 años, (Ver tabla No.1) predominantemente eran de la etnia miskita, 56 (78%), en su mayoría casada, 33 (45%), con uno o dos hijos 36 (51%) (Ver tabla No. 2,3,4).

El nivel de escolaridad de las mujeres en edad fértil, en su mayoría 39, (53%) tienen un nivel de primaria, la religión que practican es la morava, en más de la mitad de los casos 42, (58%). La ocupación que predomina es la de ama de casa 70, (96%) (Ver tabla No. 5,6,7,).

Con relación al objetivo No. 2. **Sobre la utilización de los Servicios del Programa de Atención Integral a la mujer**, los resultados indican que la mayoría asisten al Programa de Atención Integral a la Mujer 59,(81%), haciendo uso mayoritariamente del componente Control Pre Natal (CPN), 43 (73%). La mayoría prefiere el horario de la mañana para asistir a la consulta 36, (62%).

Con respecto a la inasistencia al programa los grupos focales manifestaron los siguiente problema de accesibilidad económica, "a la partera le pago con lo que tengo", " no hay medicamento en el centro", " todo hay que comprarlo", "no tengo dinero", " para que voy", " la enfermera platica y chisimea mientras uno tiene que esperar", " es demasiado lo que hay que esperar para que lo atiendan". También el grupo focal manifestó problema de accesibilidad cultural: "la enfermera miskita como yo, pero solo quiere hablar español", " mucho le regañan a uno", " él medico no me entiende", "atienden muy rápido", "enfermera llega tarde y hay que esperarla", " tengo miedo a eso con que examinan a uno", " no me gusta que me amarren a la cama". En su mayoría opinaron que es necesario mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios en estos aspectos (ver Tabla 9, 10 y Anexo No 2).

Con relación a las visitas domiciliarias de parte del programa, la mayoría 55 (75%) no ha recibido ninguna visita, de los 18 (25%) que han recibido visita domiciliar, 8 (44%) fue por inasistencia. (Ver tablas No. 11y 12).

Más del 50% de las mujeres han estado embarazadas durante los últimos dos años 55, (75%), reflejando un 78% problemas de morbilidad durante el embarazo, buscando en su mayoría 32 (54.3%) asistencia al centro de salud. Hay 25 mujeres (42.3%) que buscaron asistencia con las parteras. (Ver tablas 14, 15, 16)

De las 71 mujeres en edad fértil que han tenido hijos, 52(78%) han tenido parto institucional, pero hay 19 (27%) que sus partos son domiciliarios. (Ver Tabla 17)

La opinión de los grupos focales sobre el parto hospitalario fue: "cualquier emergencia el médico esta cerca", "hacen mejor lavado vaginal que la partera", " me da pena tener niño en la casa", " para no morir de hemorragia voy al hospital". En relación sobre el parto domiciliar opinan: "confian mas en la partera", " en el hospital amaran los pies, eso es horrible", " me gusta que mis familiares estén conmigo", "la partera vive cerca y atiende sin gritarle a uno", " todos mis partos son con las parteras". Continuaron opinando sobre los problemas durante el embarazo a la madre y al hijo, "las preocupaciones causan problema", " maltrato del marido causa problemas", " si el marido tiene querida causa problema a la madre y al hijo", " el parto es peligroso", " que Dios nos ayude", " una mujer puede y debe de parir", "uno vive o muere durante un parto". (Ver Anexo No 2 y Tabla 4 y 17)

En cuanto a las opiniones del grupo focal sobre el Puerperio: "hay que mantenerse en la cama por nueve días", "tapar los oídos y poner calcetines para no resfriarse", "tener relaciones sexuales hasta los seis meses para evitar infecciones", " no bañarse hasta los cuarenta días ya que los poros están abierto", " hay que fajarse bien para evitar que los úteros caigan", " no comer frijoles, café, yuca, carne de cerdo el niño se empanza", " tomar wabul, agua, y tomar mistela que es un cocimiento de miel, canela, manzanilla para limpiar el útero". (Ver Anexo No 02)

Con relación al Papanicolau 42, (58%) lo realizaron, la razón por la cual la realizaron 14, (33%) lo hacen porque quieren saber si tienen cáncer, contra un 42% (31) de las mujeres en edad fértil no ha realizado examen de mama.

La opinión en el grupo focal sobre el autocuidado de la mujer es: "para planificar hijo", "no sirve para curarse", "da mucha pena que lo examinen". (Ver tabla 18 y 19 y Anexo No 2)

El 78% (46) de las mujeres en edad fértil que fueron al control prenatal, fueron atendidas por enfermeras de los cuales 51, (86%) refirieron no tener problemas para ser atendidas (Ver tablas No 25, 26).

El 32% (19) mujeres en edad fértil tuvieron que esperar hora y media para ser atendidas. 17 Mujeres (28%) tuvieron que esperar mas de hora y media para ser atendidas.

La opinión de los del grupo focal es la siguiente: "que atienden a la hora que uno llega", "que no tengamos que esperar tanto ", " Deben comenzar a atender temprano", " No atender antes a sus amigas".

43 (73%) le atendieron en su idioma materno, pero 16 (27%) se le hablo en otro idioma que no era el suyo. A 36 mejeres en edad fértil (61%) no le hicieron ningún tipo de examen en la consulta y 33 (56%) no recibieron información de ningún tipo. De las mujeres que recibieron tratamiento 18 (56%) no cumplieron con el tratamiento.

Los grupos focales opinaron " que nos den el medicamento que necesitamos para curarnos", " No recetar medicamentos tan caros", " Que nos atiendan aunque no tengamos dinero". Sin embargo, 32 (54%) refirieron que la atención es buena (Ver anexo N0 2 y Tablas 27 -33).

Los grupos focales tuvieron opiniones encontradas con relación al tipo de atención, algunos decían: "la atención era buena porque le explicaba su enfermedad y tratamiento a seguir", "la enfermera era amable", "le hablaron en su idioma y siente que se curó". Sin embargo, había quienes decían en cuanto a la información a la usuaria " Que le explique a uno lo que tiene en su idioma" , " Explicar la enfermedad a uno y como debe tomar su medicamento", " Cuando no pueden atender a uno que nos explique por que", " Que nos explique sobre los cuidados que debe tener la mujer".

En cuanto al trato a las usuarias opinaron: "hay que atender a la gente con ganas", " enseñar a las enfermeras nuevas a atender como las viejas", " no apresurarse", " no atender antes a las amigas que llegan tarde", " no deben decir a otras personas lo que uno tiene", " ser amables con la mujer de edad avanzada. Pero habían en el grupo focal quienes decían: "la atención era regular o mala por que había que esperar mucho", " no dan medicamentos, y habían algunas enfermeras que se creían mejores que los pacientes", " a pesar de ser miskitas les hablaban en español" (Anexo No 2)

IX. ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

La utilización que hacen las mujeres de los servicios de salud que se les ofertan es uno de los indicadores claves en la medición de la implementación de las Políticas Nacionales de Salud y especialmente de la adecuación de las mismas a las características organizativas, cosmovisión y desarrollo cultural de las comunidades y pueblos donde se ofertan los servicios de salud.

El Ministerio de Salud en Nicaragua, ha venido impulsando estrategias relacionadas a la organización de los servicios de salud y la priorización de los grupos de población más desprotegidos, por lo cual en 1994 formula un nuevo modelo de atención que debe permitir la integración de los servicios de atención e inicia en el mismo periodo el proceso de implementación de la misma a través del Modelo de Atención Integral a la Mujer y la Niñez (AIMN).

En la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) el Modelo de Atención Integral a la Mujer (AIM) se introduce en 1995, ofertando los diferentes servicios a través de las unidades de salud de los cinco municipios incluyendo los de Puerto Cabezas.

Análisis de las Características Socio - Demográficas

Los resultados de este estudio reflejan que la mayoría de las mujeres en edad fértil se encuentran entre los 18 y 25 años de edad, la mayoría son casadas y acompañadas y madre de uno a dos niños, con un nivel de escolaridad de primaria y secundaria, predominantemente la religión morava, de ocupación ama de casa, predominando la de la etnia miskita.

Utilización de los Servicios

Hay un buen porcentaje de las mujeres que asistieron al programa de atención prenatal siendo su principal motivo la realización del control prenatal, mientras que una minoría lo hizo para planificación familiar, y solo una asistió por control puerperal. Eso lo podemos relacionar con la opinión de las puerperas cuando refieren que hay que mantenerse en la cama por nueve días para evitar sangrar mucho, tapar oído y poner calcetín para no resfriarse, también refieren que no es conveniente el baño hasta los cuarenta días, ya que los poros de la mujer están abiertos y pueden enfermarse, las relaciones sexuales deben de ser hasta los seis meses para evitar infección y hay que fajarse bien para evitar que el útero caiga. La toma de la mistela, un cocimiento utilizado mucho por las mujeres miskitas debe ser una practica para limpiar el útero.

Como se puede apreciar algunas de estas practicas se contradice con las orientaciones del medico y la enfermera por lo que difícilmente estas mujeres van a salir de su casa y visitar una unidad de salud antes de los nueve días o practicar el baño hasta después de los cuarenta. Se aprecia el sentimiento de que hay irrespeto y rechazo de los recursos de salud de las practicas tradicionalmente utilizadas por ellas.

El poco uso de otros servicios en el programa de Atención Integral a la Mujer y Niñez se pudo constatar a través del porcentaje de mujeres que realizaron papanicolau por que consideran que es importante solo para saber si tienen cáncer u otro tipo de enfermedad y una minoría lo practicó por que tenían hemorragia uterina. Asi mismo un porcentaje bajo con relación a las mujeres en edad fértil entrevistadas expresó haber hecho examen de mama y las que lo hicieron era debido a que presentaban masa, otras para detectar si tenían cáncer y otras por orden médica o simplemente por que se lo realizó la enfermera.

Lo arriba mencionado se constata con facilidad si se retoma que de las mujeres que asistieron al programa, un alto porcentaje refirió que no se le realizó exámen físico, mientras que también un porcentaje alto dijo no haber recibido orientación sobre su enfermedad y tratamiento durante la consulta.

Debe verse con preocupación que a pesar de que un alto porcentaje asistió al control prenatal no se aprovecho la oportunidad para la toma de papanicolau, el examen de mamas, la vacunación y otros aspectos que se brinda en el programa de Atención Integral a la Mujer el cual nos esta indicando el poco aprovechamiento de las oportunidades que se presenten. Mas aun cuando el programa de Atención Integral a la Mujer orienta que los servicios debe hacerse con el propósito de que la persona reciba una atención integral independientemente del motivo de consulta y que el personal de salud debe realizar acciones integrales para que la usuaria reciba todos los servicios necesarios y de manera simultanea evitando asi que esta tenga que regresar de nuevo por un problema que pudo sé detectado y resuelto en ese momento.

De las asistentes al programa de Atención Integral a la Mujer y Niñez, se constató que un alto porcentaje de ellas prefieren ir por la mañana, pero un alto porcentaje tuvo que esperar una hora y media y más de una hora y media para ser atendidas. Es notorio ese hecho ya que tiene mucho que ver con la calidad de atención que sé esta brindando en el programa.

Los factores antes mencionados contribuyen mucho la percepción que llegara a tener la usuaria del programa. El personal de salud deberá de hacer una revisión de los horarios, los días de atención de acuerdo a las necesidades, demandas, hábitos de la población, evitando al máximo los horarios a la conveniencia del trabajador de la salud, asi como los horarios que provocan espera larga y rechazo de las usuarias.

La adecuación de los programas que operacionalizan el programa de salud debe basarse en un modelo de inter-culturalidad tal y como lo define el nuevo modelo de salud en la RAAN que contempla entre sus principios: Accesibilidad de los servicios para todos los pueblos indígenas y comunidades étnicas en donde pasan a ser sujetos en la planificación, ejecución y evaluación de su propio modelo de salud, en un proceso en donde todos aprenden, aprovechando lo mejor de cada cultura siendo elemento fundamental el idioma que se utiliza.

No obstante, de las mujeres encuestadas se pudo precisar que no es tan alto el porcentaje que se les habló en un idioma que no era el suyo, sin embargo, cuando esta situación se da, no permite una buena comunicación entre el personal de salud y la usuaria y por ende, una participación pasiva de esta última durante el proceso de atención, que en otras palabras denota una inaccesibilidad cultural que no solo repercute en una comunicación limitada sino que también inhibe la posibilidad de intercambio cultural y a una apertura en las relaciones humanas.

Acerca de la Opiniones de los Grupos Focales

La comunicación limitada mas la falta de orientación durante la consulta son elementos que están relacionados a la falta de cumplimiento del tratamiento ordenado en un alto porcentaje de las mujeres, aunque también puede deberse a una inaccesibilidad económica si retomamos las manifestaciones en los grupos focales en expresiones como: " No hay medicamento en el centro", " todo hay que comprarlo", " no tengo dinero, para que voy", "medicamento que dan es muy caro".

La percepción de las mujeres asistentes al programa de Atención Integral a la Mujer y la Niñez en un alto porcentaje fue de no haber tenido ningún problema al momento de ser atendidas. Sin embargo, al pedirle que clasifiquen la calidad de atención que recibieron, era poca la diferencia entre el porcentaje que expresaban que era buena - muy buena, y la que decían que era regular - mala.

Las que demostraron insatisfacción y hasta cierto grado de malestar dijeron: "había que esperar mucho", "no dan medicamentos", " algunas enfermeras se creían mejor que los pacientes", " solo querían hablar en español y ellas no entendían bien".

Estas misma, con relación a la organización de los servicios dijeron: " si llego poco tarde no me atienden", " si hay muchos pacientes me regresan a la casa", " si pierdo mi tarjeta no me atienden", " la enfermera platica y chilea mientras uno espera", " es demasiado lo que hay que esperar para que a uno lo atienden".

Otras razones que se relaciona en la insatisfacción de algunas mujeres pueden percibirse en sus expresiones en torno a la atención por el personal de salud del programa: " mucho le regañan a uno", " el medico no me entiende", " atienden muy rápido", " enfermera llega tarde y hay que esperarla", " tengo miedo a eso con que examinan a uno".

Dichas expresiones son muestras de la poca calidez, carencia de empatía, así como poca promoción del programa, así como de una sistematización de la educación y captación de las mujeres en edad fértil inasistente. Ya que según las normas mientras la usuaria espera para ser atendida el personal debería de aprovechar para brindar educación en salud, servicios que presta la unidad, horario e importancia de asistir a las citas programadas.

De las encuestadas una minoría ha recibido visita domiciliar hace un año, sobresaliendo que la misma obedeció a razones diferentes a las promovidas por el programa de Atención Integral a la Mujer (AIM) tales como control, crecimiento y desarrollo del niño, vacunación o para censos poblacionales. Sin embargo, según las normas de la Atención Integral a la Mujer, deberá distribuirse el tiempo para la atención en la unidad, las visitas a domicilio y trabajo de terreno lo que demuestra desconocimiento y/o incumplimiento de las normas.

De las entrevistadas un alto porcentaje dijo haber estado embarazada en los últimos dos años, quienes refieren haber pasado enferma y no felices. De ellas, un alto porcentaje de ellas se hizo control prenatal en una unidad de salud y un porcentaje considerable donde una partera.

Las que prefieren ir donde las parteras son las que refieren razones tales como: " mi mama puede estar conmigo", " las parteras no se sienten mejor que uno", " a la partera le pago con lo que tengo".

No obstante, al momento del parto, un porcentaje muy alto acudió al hospital por razones tales como: " por cualquier emergencia el medico esta cerca", " él medico hacer mejor lavado que la partera", " para no morir de hemorragia voy al hospital", " me da pena tener el hijo en la casa". Esto nos dice que las mujeres que prefieren el hospital lo hacen por motivos de seguridad. Mientras que las que van con la partera lo hacen por la calidez, comprensión y confianza que esta les brinda de acuerdo a expresiones hechas tales como: "Me gusta que mis familiares están conmigo", " las parteras viven cerca y atienden sin gritarle a uno", " en el hospital amarran los pies y es horrible", " confio mas en la partera".

El estado de salud de una población como vemos, depende no solo de factores ecológicos, demográficos, socioeconómicos y culturales, sino también de la utilización de los servicios que se les oferta. Por esta razón, el modelo de Atención Integral a la Mujer en el acápite sobre Integralidad de las Acciones Intersectoriales dice que " el plan de salud debe ser discutido con toda la sociedad civil organizada para lograr juntos los esfuerzos hacia un objetivo común".

X CONCLUSIONES

- Existe una utilización inadecuada de los servicios del programa de Atención Integral a la Mujer, donde el Control Prenatal es el más utilizado.
- Existen oportunidades perdidas, con la atención a las mujeres en edad fértil, que asisten al programa, ya que incumplen con las actividades orientadas por el Modelo, como es la toma de papanicolau, examen físico, vacunación, educación, lo que puede repercutir sobre la mortalidad materna y perinatal.
- La atención del control prenatal está en manos de enfermeras. Hay opiniones compartidas con relación a la atención y las barreras culturales que el usuario encuentre al buscar el servicio, como es, el de hablar a la usuaria en un idioma que no es el suyo, el rechazo a las creencias y costumbres más expresadas por las mujeres con relación al parto, como el amarre de los pies de la usuaria a la mesa de parto, el no permitir el acompañamiento de los familiares a la hora del parto. En el puerperio y planificación, el no bañarse hasta los cuarenta días y el hecho de no querer salir de la vivienda antes de los ocho días, y la no aceptación de inicio de las relaciones sexuales antes de los seis meses. Todo esto, dificulta la relación y el intercambio entre personal de salud y usuarias.
- Desconocimiento de la cosmovisión de los diferentes pueblos y comunidades étnicas de la RAAN, de parte de muchos de los prestadores de servicios.

- El acceso a los servicios se dificulta por problemas organizacionales y barreras económicas, ya que los servicios están organizados sin tomar en cuenta la diversidad cultural de las diferentes etnias, y sin escuchar las opiniones de estas, lo que no permite la interculturalidad en la oferta de las acciones de salud que se oferta a la población multiétnica de la RAAN, como son los horarios que no responden a la necesidad de las usuarias, largo tiempo de espera, y no garantía de los medicamentos esenciales y de forma gratuita a las usuarias del programa.

XI RECOMENDACIONES

1. Que las investigadoras presenten los resultados del estudio a los trabajadores de la Clínica Bilwi y MINSA, incluyendo a los que brindan atención en el programa de atención integral a la mujer.
2. Que el Ministerio de Salud a través de la dirección del servicio municipal de Puerto Cabezas Divulge por diferentes medios de comunicación, los servicios que se ofertan en el programa de atención integral a la mujer.
3. Que la responsable del programa de atención integral a la mujer y docencia del municipio de Puerto Cabezas capaciten a los prestadores de servicios (Médicos y Enfermeras) en la aplicación de las normas.
4. Que la dirección y responsable del programa de atención integral a la mujer supervisen y monitoreen el cumplimiento de las normas, para aumentar la eficiencia del programa y disminuir la atención a las usuarias.
5. Que la dirección municipal y responsable de programa de atención integral organicen de manera más flexible el flujograma de atención para las usuarias del programa, que garantice la accesibilidad a los servicios.
6. Que la dirección municipal y responsable del programa de atención integral a la mujer integren a las comisiones de salud de los diferentes barrios en la organización y evaluación sistematizada de los servicios que se están brindando a las usuarias del programa.

7. Que el Ministerio de Salud y Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario (IMTRADC) planifique encuentros con el personal de salud, parteras y las usuarias del Programa de Atención Integral a la Mujer para intercambio de creencias y costumbres de las diferentes etnias, para así conocer y respetar su cosmovisión y tomar decisiones que respondan a las necesidades específicas de los diferentes grupos de población

8. Que la dirección del municipio revise la organización del servicio, partiendo de la diversidad cultural de las etnias, adecuando el programa a la necesidad de estas mujeres en edad fértil, respetando las particularidades culturales de cada grupo, comunicándose con ellas en su idioma, prestando mayor atención a sus problemas, para ofertar servicios de salud más flexibles.

9. Que la dirección del municipio, responsable del programa de atención integral a la mujer y el hospital regional en coordinación con organizaciones de mujeres implementen un programa de parto profiláctico.

X11 BIBLIOGRAFIA

1. Centro de investigaciones en Salud Publica. **Concepto sobre accesibilidad.** Secretaria de Salud. Mexico D.F. México, pag. 43.
2. Cunningham Wilfredo et al. **Medicina tradicional en las Comunidades Miskitas del Río Coco.** Centro Editorial de la Mujer. Agosto 1994, cap. 1:4, 4:35
3. Cunningham Myrna **Modulo de Interculturalidad y Salud.** Maestría de Salud Intercultural. RAAN 1999, pag. 33.
4. **Constitución Política de Nicaragua.** Segunda Edición Oficial. Editorial Parlamento. Managua, Nicaragua 1995, pag. 24, 55.
5. Douglas López Dr. Et. Al, **Modelo de Atención y Estrategia no. 1,** Serie Publicaciones del Proyecto Fortalecimiento de Sistema de Salud en Nicaragua, Managua Nicaragua 2000, pag. 11
6. Dennis Felipe. **Antropología de la Salud.** URACCAN 1900-2000, pag. 165
7. Frenk Julio **Accesibilidad de los Servicios de Salud.** Cap. XV. Modulo de desarrollo de los Sistemas de Salud. CIES, Managua, Nicaragua 2000, pag. 174-175
8. Hooker Alta et al. **Modelo de Salud de las Regiones Autónomas del Atlántico Norte.** Artes Gráficas. Abril 1998. Managua, Nicaragua, pag. 33-35
9. MINSA, SILAIS, RAAN **Informe Anual,**1999
10. MINSA, policlinico, **Datos Estadísticos.** Año 1999
11. MINSA. Nivel Central, **Estudio de demanda de Servicios de Salud.** Nicaragua. Agosto, 1996, pag. 12

12. MINSA, **Resolución Ministerial No.695**, Managua, Mayo 1990, pag.9.
13. MINSA, **Resolución Ministerial No.75**, Managua, 1979, pag. 8
14. Martínez M. et al. **Salud Comunitaria**. CIES. Managua, Nic. 1999, pag. 116-123
15. Mairena José Antonio. **Los Hijos del Sol**. URACCAN. Managua. 1998
16. Narváez Silvia et al. **Sesión trabajo 11. Niveles de análisis en el abordaje intercultural de la salud**. URACCAN, Managua. 1999, pag. 57
17. Orozco Miguel Dr. **Modulo Desarrollo de los Sistemas de Salud**. Maestría de Salud Publica Intercultural. RAAN 2000, pag. 173 y 176
18. OPS/MINSA **Manual Operativo Atención Integral a la Mujer y a la Niñez**. Managua, Abril 1995, pag. 9-14, 18-25
19. Proyecto Fortalecimiento del Sistema de Salud en Nicaragua. **Plan Operativo Global**. Nov. 1998 a Nov. 2002, pag. 17,19-20
20. William Dennis et al. **Autonomía y Sociedad**. CIDCA –UCA. Managua 1998, pag. 106
21. **Wani No. 11** CIDCA 1998, pag. 25-26

ANEXOS

ANEXO 1

RESULTADO DE TABLAS

CARACTERISTICAS SOCIO-DEMOGRAFICAS

TABLA No. 1

Edad de las mujeres en edad fértil entrevistadas

Edad	No.	%
18-25 años	41	56
26-35 años	17	22
> 35 años	15	21
Total	73	100%

Fuente: Encuestas

TABLA No. 2

Etnia de las mujeres en edad fértil entrevistadas

Etnia	No.	%
Miskita	56	77%
Mestiza	12	16.4
Creole	4	5.4
Suma	1	1.2
<u>total</u>	73	100%

Fuente: Encuestas

TABLA No. 3

Estado civil de las mujeres en edad fértil entrevistados

Casada	33	45
Madre soltera	21	29
Acompañada	17	23
Solteras	2	3
Total	73	100

Fuente: Encuestas

TABLA No. 4

No. De hijos por mujer en edad fértil entrevistada

No. Hijos	No.	%
0 hijo	2	3
1 hijo	18	25
2 hijos	18	25
3 hijo	9	12
4 hijos	9	12
5 hijos	8	11
6 hijos	2	3
7 hijos	4	5
> 7 hijos	3	4
Total	73	100

Fuente: Encuestas

TABLA No. 5

Nivel de escolaridad de las mujeres en edad fértil

Nivel de escolaridad	No.	%
Primaria	39	53
Secundaria	27	37
Analfabeta	6	8
Universitaria	1	2
Total	73	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 6

Religión que practican las mujeres encuestadas

Religión	No.	%
Morava	42	58
Religiones diversas	24	33
Católica	7	9
Total	73	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 7

Ocupación de las mujeres en edad fértil encuestadas

Ocupación	No.	%
Ama de casa	70	96
Técnicos	2	2.7
Comerciante	1	1.3
Total	73	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 8

Asistencia de mujeres en edad fértil, al Programa de Atención Integral a la Mujer

Asistencia al Programa	No.	%
Si	59	81
No	14	19
Total	73	100

Fuente: Encuestas

TABLA No. 9

Causa de consulta de las mujeres en edad fértil

Causa de consulta	No.	%
Control Prenatal	43	73
Planificación Familiar	9	15.2
C. P. N. Y Planificación	5	8.4
C. C. D.	1	1.6
Puerpera	1	1.6
Total	59	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 10

Horas de Preferencia de las mujeres en edad fértil para asistir a consulta

Horas	No.	%
Por la mañana	36	62
Por la tarde	23	38
Total	59	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 11

Visita Domiciliar que las mujeres en edad fértil reciben de parte del personal del programa

Visita Domiciliar	No.	%
Sí	18	25
No	55	75
Total	73	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 12

Fecha de la última visita domiciliar que recibieron las mujeres en edad fértil

Fecha visita domiciliar	No.	%
Hace una semana	1	5
Hace tres meses	5	28
Hace mas de un año	12	67
Total	18	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 13

Motivo de visita domiciliar a las mujeres en edad fértil

Motivo	No.	%
Inasistente	8	44
Vacunación	5	28
Censo más vacunación	2	11
C.C.D.	2	11
Planificación familiar	1	5.5
Total	18	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 14

No. De mujeres en edad fértil, embarazadas durante los últimos dos años

Embarazadas	No.	%
Sí	55	75
No	18	25
Total	73	100

Fuente: Encuestas

TABLA No. 15

Como se sintieron las mujeres edad fértil encuestadas durante su embarazo

Como se sintieron	No.	%
Pasaron enfermas	43	78
Pasaron bien o feliz	12	22
Total	55	100

Fuente: Encuestas

TABLA No. 16

Centro de control prenatal de las mujeres en edad fértil encuestadas

Lugar de control prenatal	No.	%
Centro de Salud	32	54.2
Parteras	25	42.3
Clínica Bilwi	2	3.3
Total	59	100%

Fuente: Encuesta

TABLA No.17

Donde atendieron su parto las mujeres en edad fértil

Lugar de atención	No.	%
Hospital	52	73
Domicilio	19	27
Total	71	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 18

No. de mujeres en edad fértil que realizaron Papanicolau

Papanicolau realizado	No.	%
Sí	42	58
No	32	42
Total	73	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 19

Razón de realización del papanicolau

Razón para Papanicolau	No.	%
Para saber si están enfermas	10	24
Importante para saber cáncer	14	33
Por cumplir orden medica	17	41
Porque tiene enfermedad	1	2
Total	42	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 22

Razón que tenían las mujeres en edad fértil para realizar examen de mama

Causa del examen	No.	%
Presento masa	5	39
Detectar cáncer	4	31
Orden Medica	2	15
Lo hizo la enfermera	2	15
Total	13	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 23

Razón que tenía las mujeres en edad fértil para no realizar examen de mamas

Causa por no hacer examen	No.	%
No tiene importancia	22	40
Desconoce el examen	20	33
No tiene Problema	9	15
No asiste al Centro de Salud	2	3
No se lo orientaron	4	6
Falta de tiempo	2	3
Total	59	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 24

Que personal de salud brindo la atención en el programa

Quien brinda la atención	No.	%
Enfermera	46	78
medico	13	22
Total	59	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 25

Problemas que tuvieron las mujeres en edad fértil para ser atendidas en el programa

Problemas	No.	%
No	51	86
Sí	8	14
		100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 26

Tiempo de espera de las mujeres en edad fértil para ser atendidas en el programa

Tiempo de espera	No.	%
Una hora y media	19	32
Mas de una hora y media	17	28
Media hora	14	24
Una hora	9	16
Total	59	100

Fuente: Encuesta

TABLA NO. 27

Idioma en que atendieron a la mujer en edad fértil

Idioma Materno	No.	%
Sí	43	73
No	16	27
Total	59	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 28

**Examen físico realizado a las mujeres en edad fértil que asisten al programa de
Atención Integral a la Mujer**

Examen físico realizado	No.	%
Sí	23	39
No	36	61
Total	59	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 29

**Tratamiento brindado a las mujeres en edad fértil que asistieron a consulta en el
programa**

Tratamiento brindado	No	%
Sí	32	54
No	27	46
Total	59	100

Fuente: Encuesta

TABLA No. 30

Orientaciones recibida sobre su enfermedad o tratamiento

Orientación recibida	No.	%
Sí	26	44
No	33	56
Total	59	100

Fuente: Encuesta

TABLA NO. 31

Cumplimiento de Tratamiento Ordenado a las mujeres en edad fértil que asistieron al programa

Cumplimiento de tratamiento	No.	%
No cumplieron	18	56
Si cumplieron	14	44
Total	32	100

Fuente: Encuesta

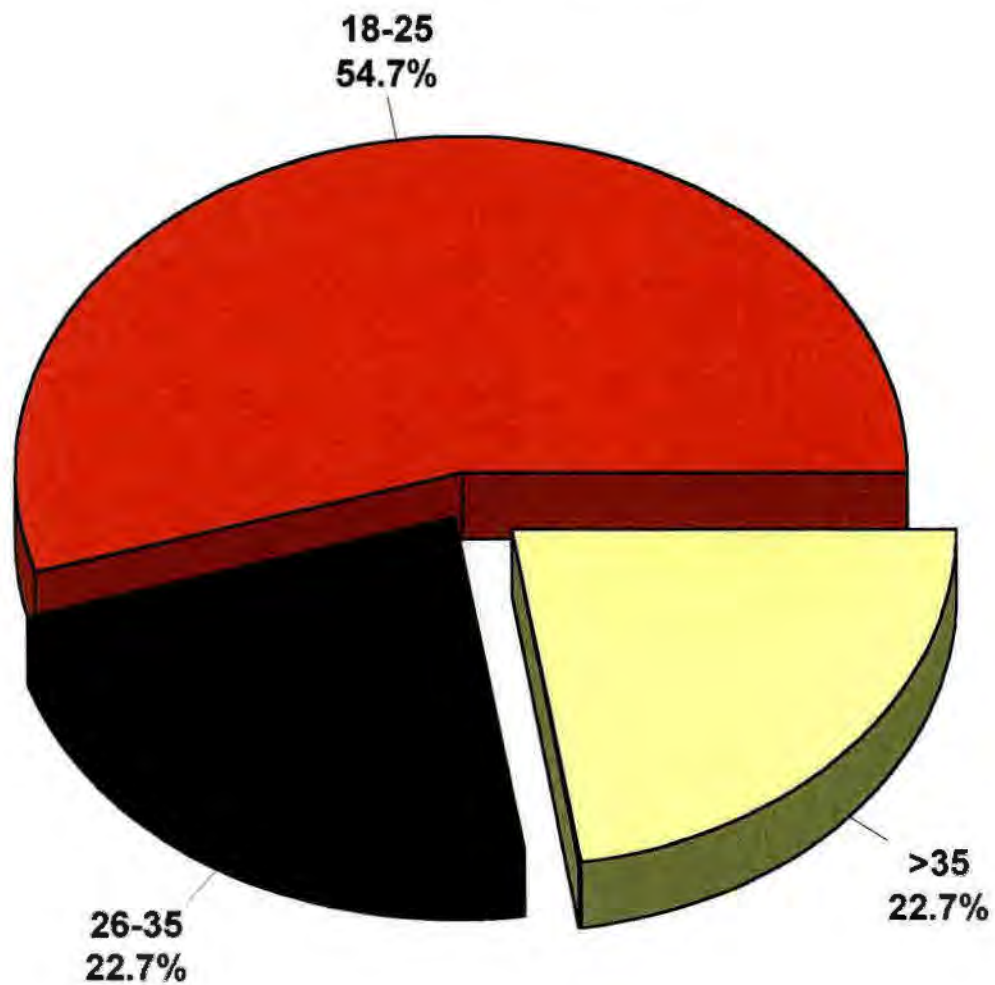
TABLA No. 32

Que opinan las mujeres en edad fértil sobre la atención que recibieron en el programa

Opinión	No.	%
Buena	32	54.2
Regular	19	32
Malá	6	10
Muy buena	2	3.3
Total	59	100

Fuente: Encuesta

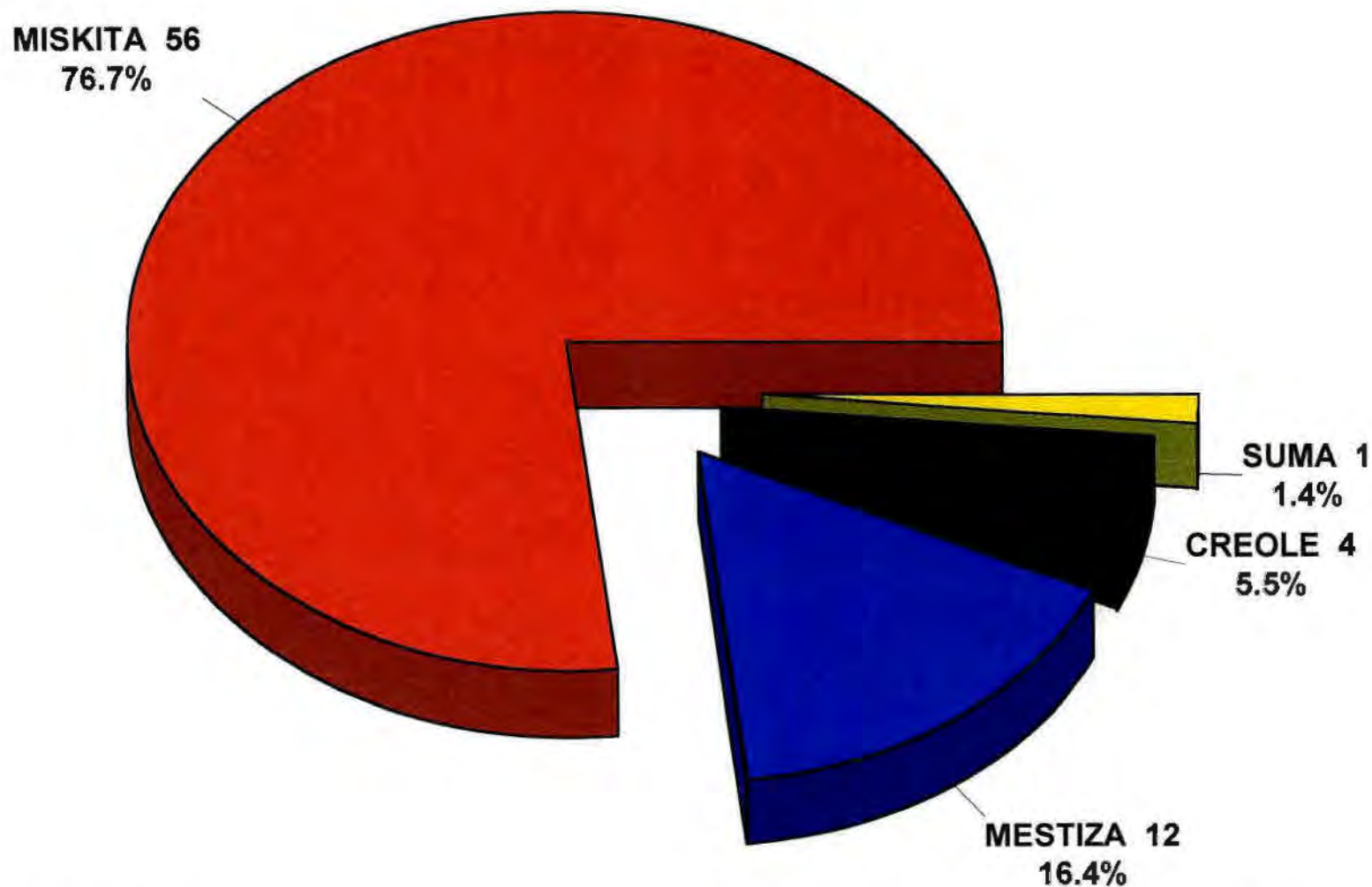
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICA REPREPRESENTACION POR GRUPO ETAREOS DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL



FUENTE : ENCUESTA

TABLA No. 1

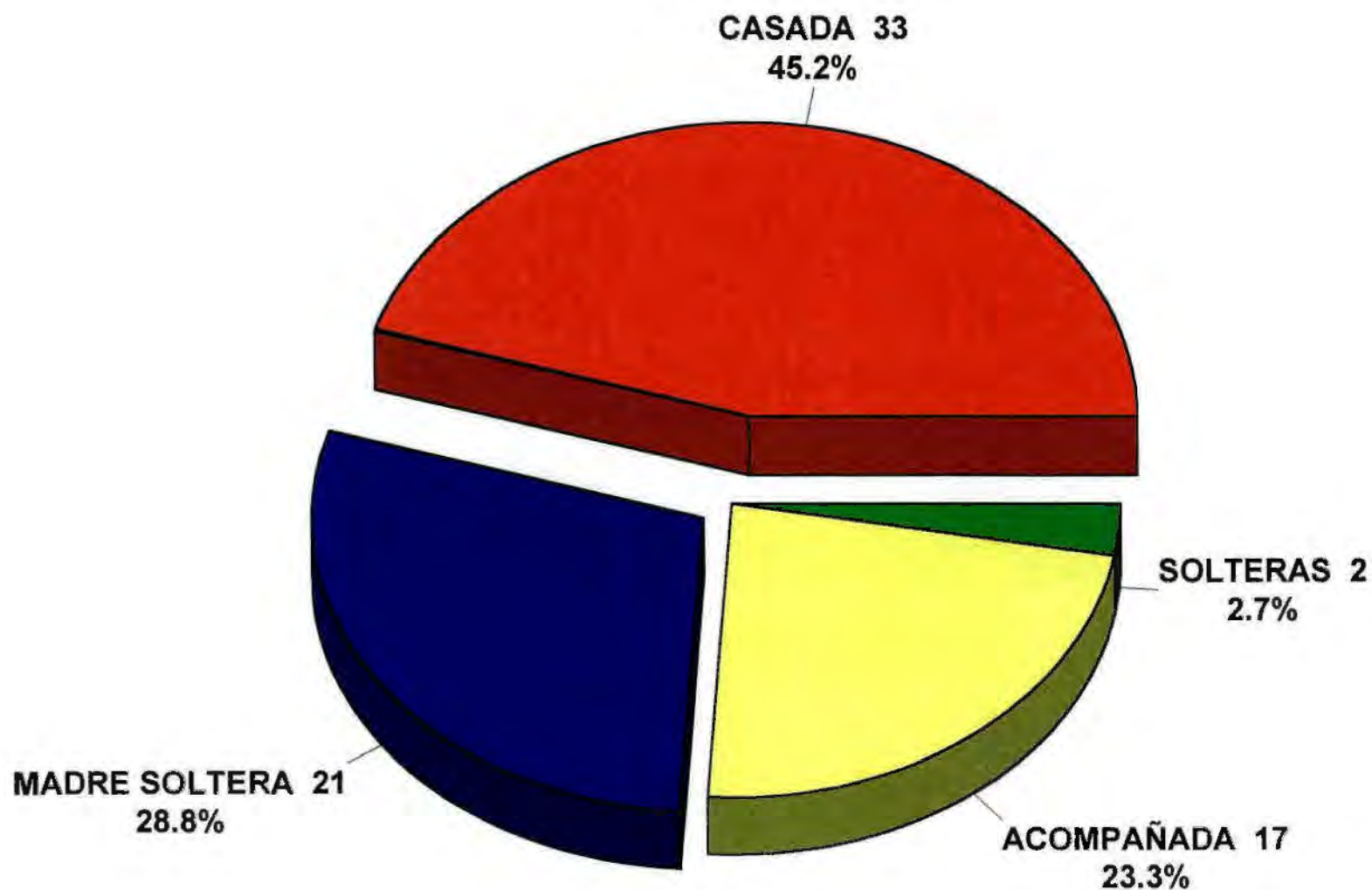
CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICA REPRESENTACION ETNICA DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No.2

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICA ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADA

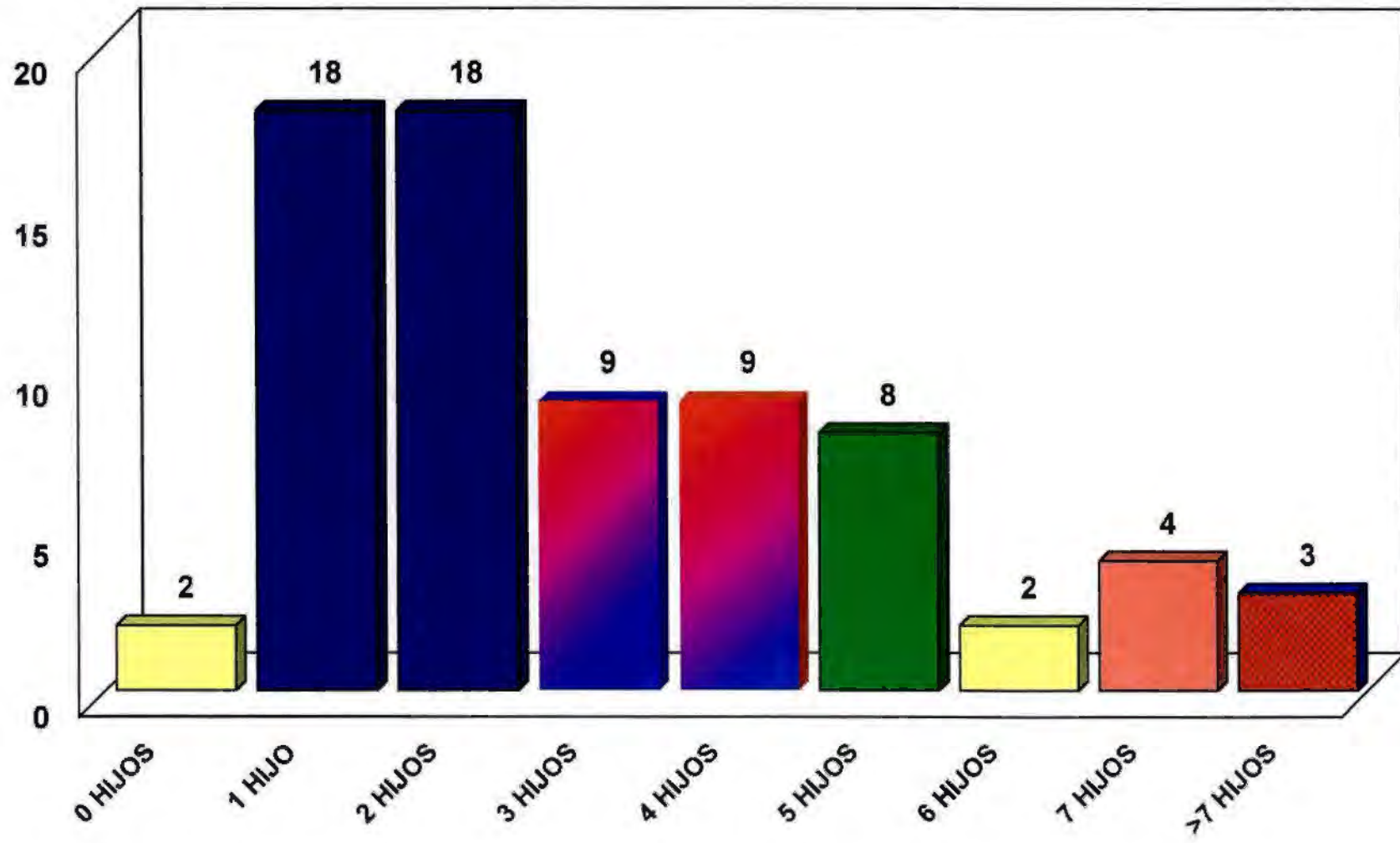


FUENTE: ENCUESTA

TABLA No.3

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

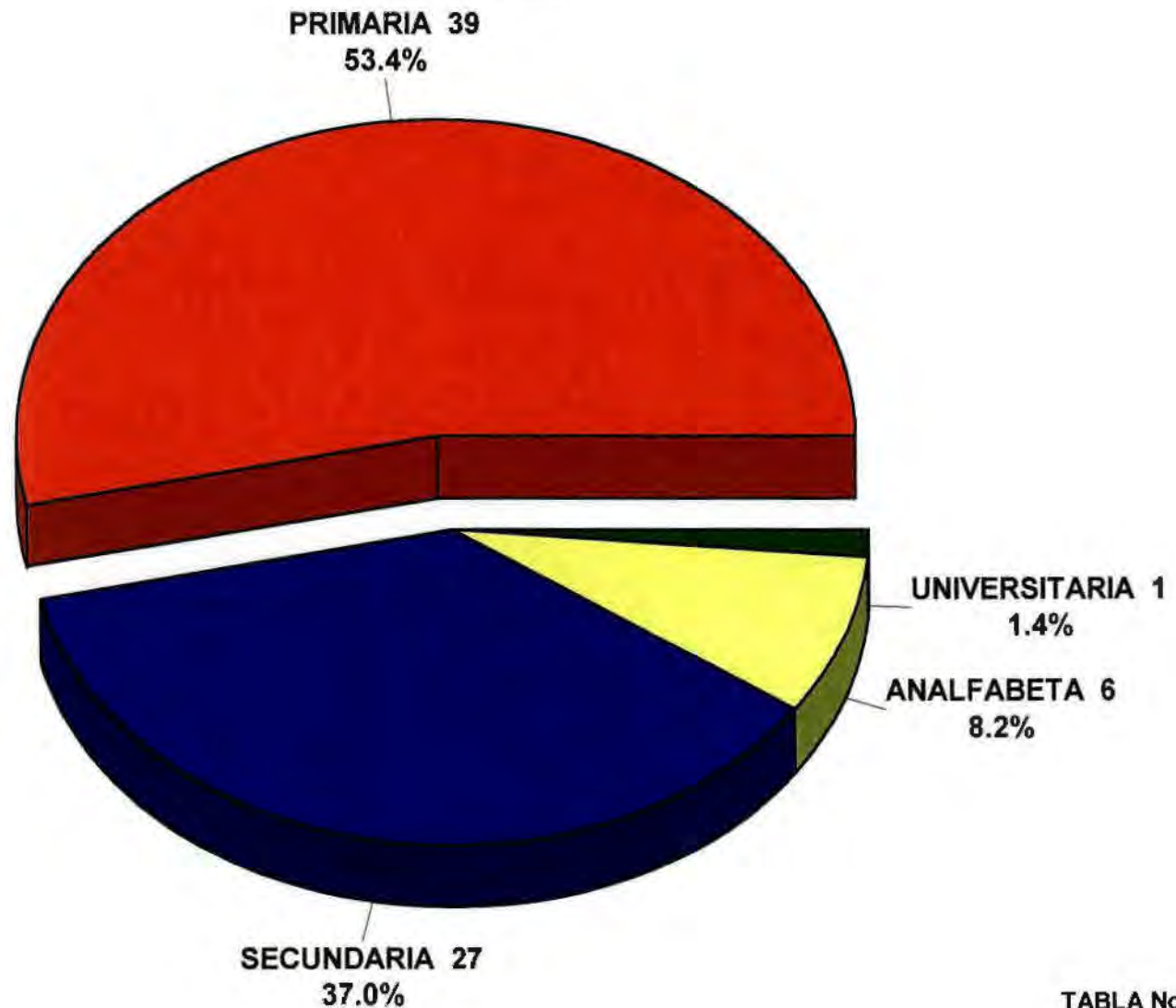
NUMEROS DE HIJOS POR MUJER EN EDAD FERTIL



FUENTE ENCUESTA

TABLA No. 4

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICA NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL

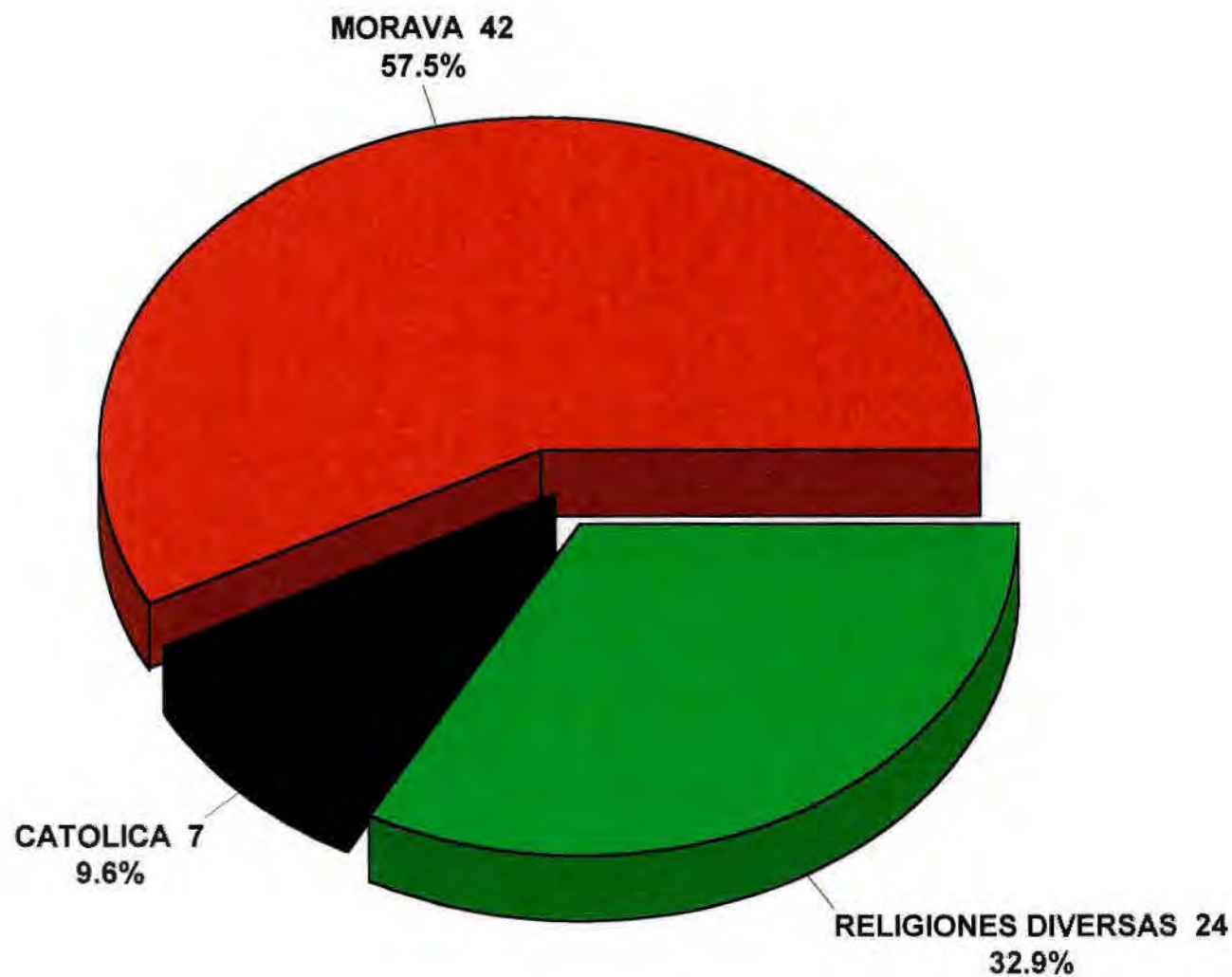


FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 5

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICA

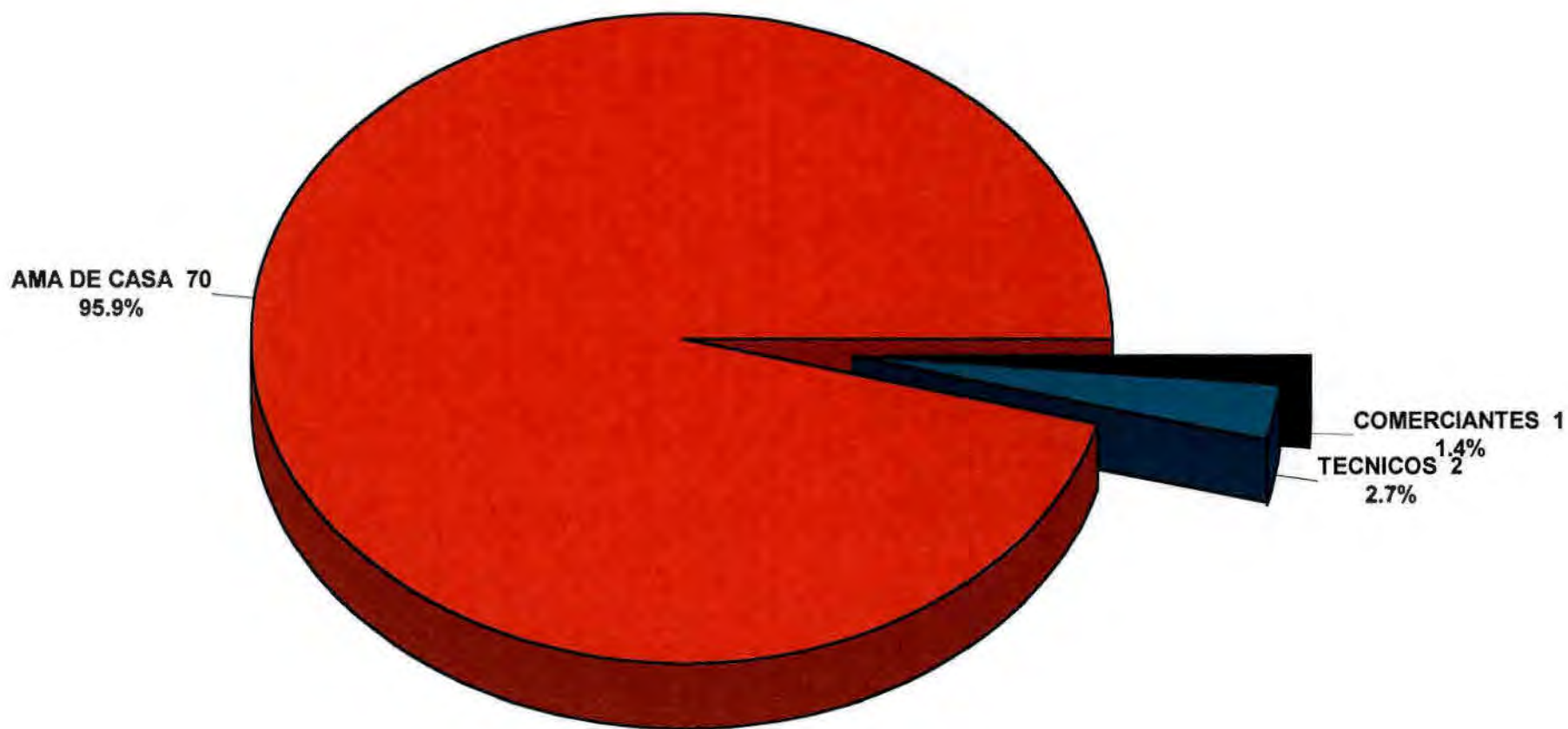
RELIGION QUE PRACTICABAN LAS MUJERES ENCUESTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 6

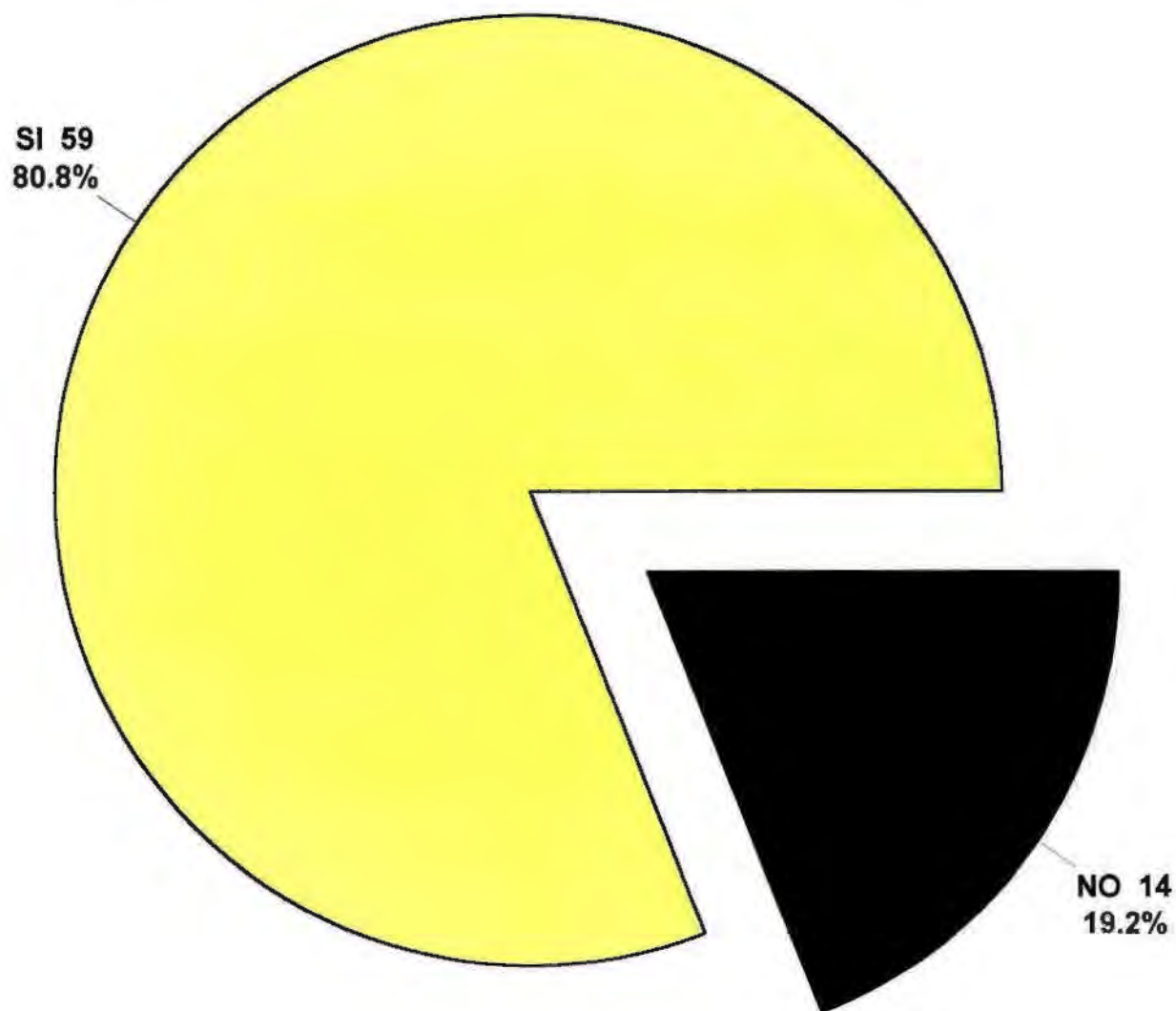
CARACTERISTICA SOCIODEMOGRAFICA OCUPACION DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL ENCUESTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 7

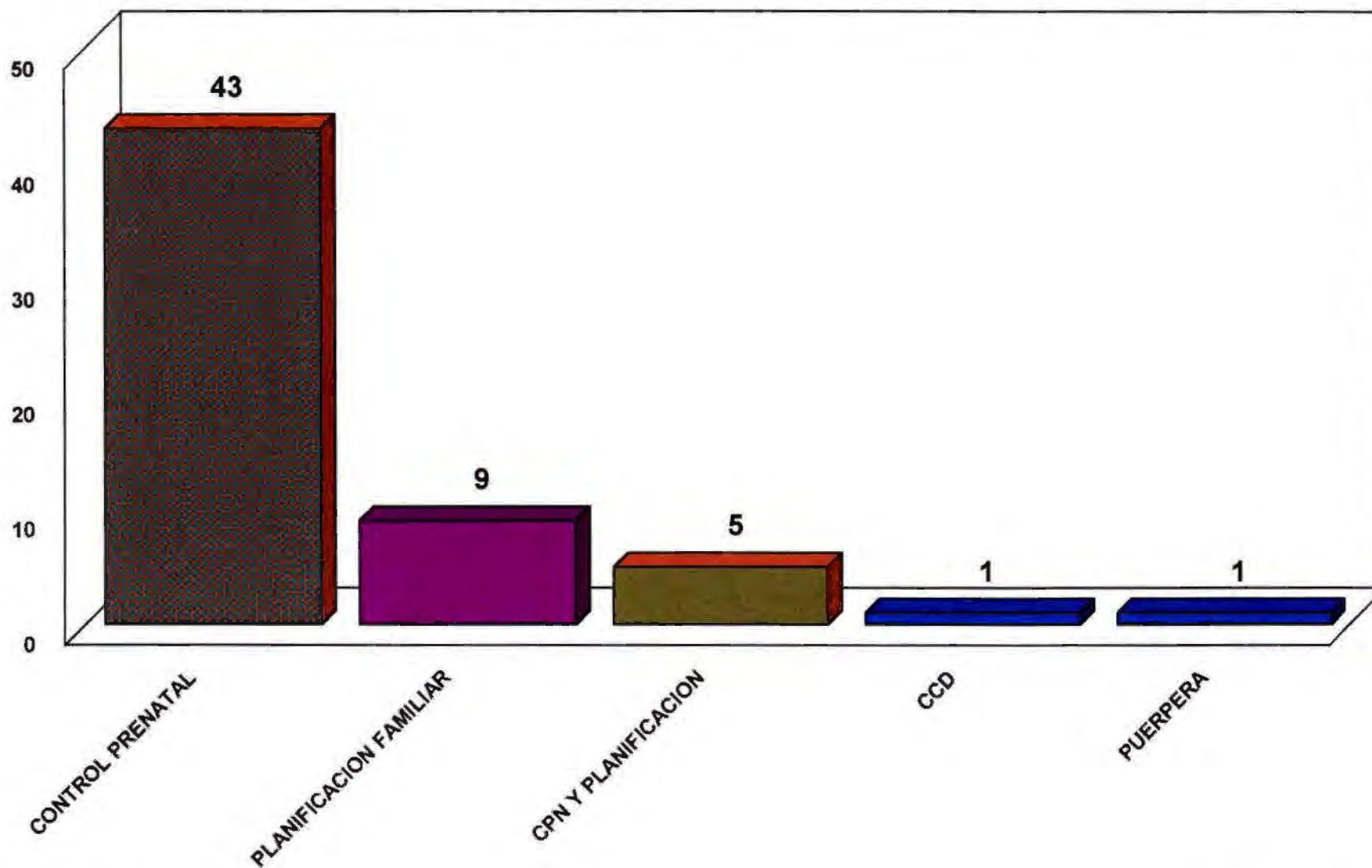
ASISTENCIA AL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADA



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 8

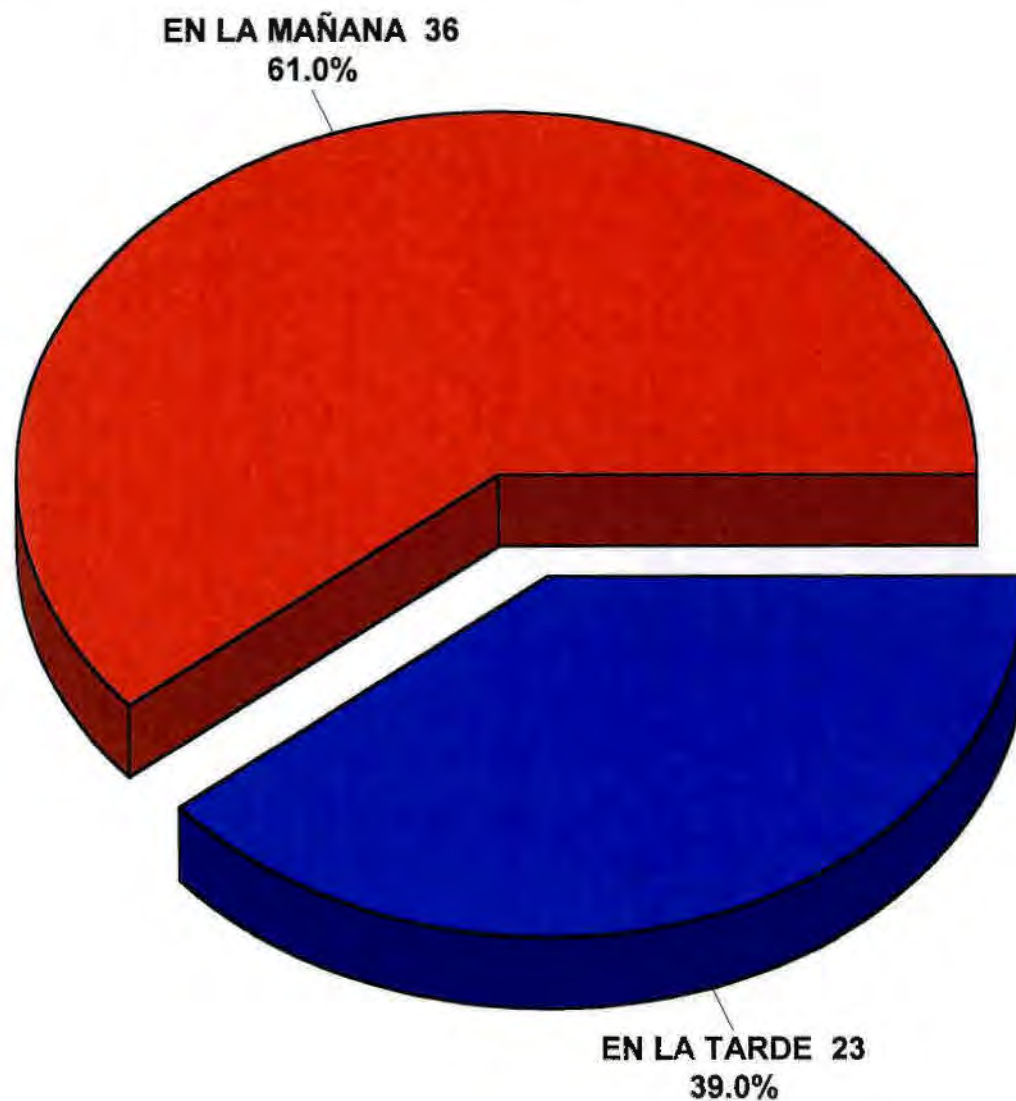
MOTIVOS DE CONSULTA MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 9

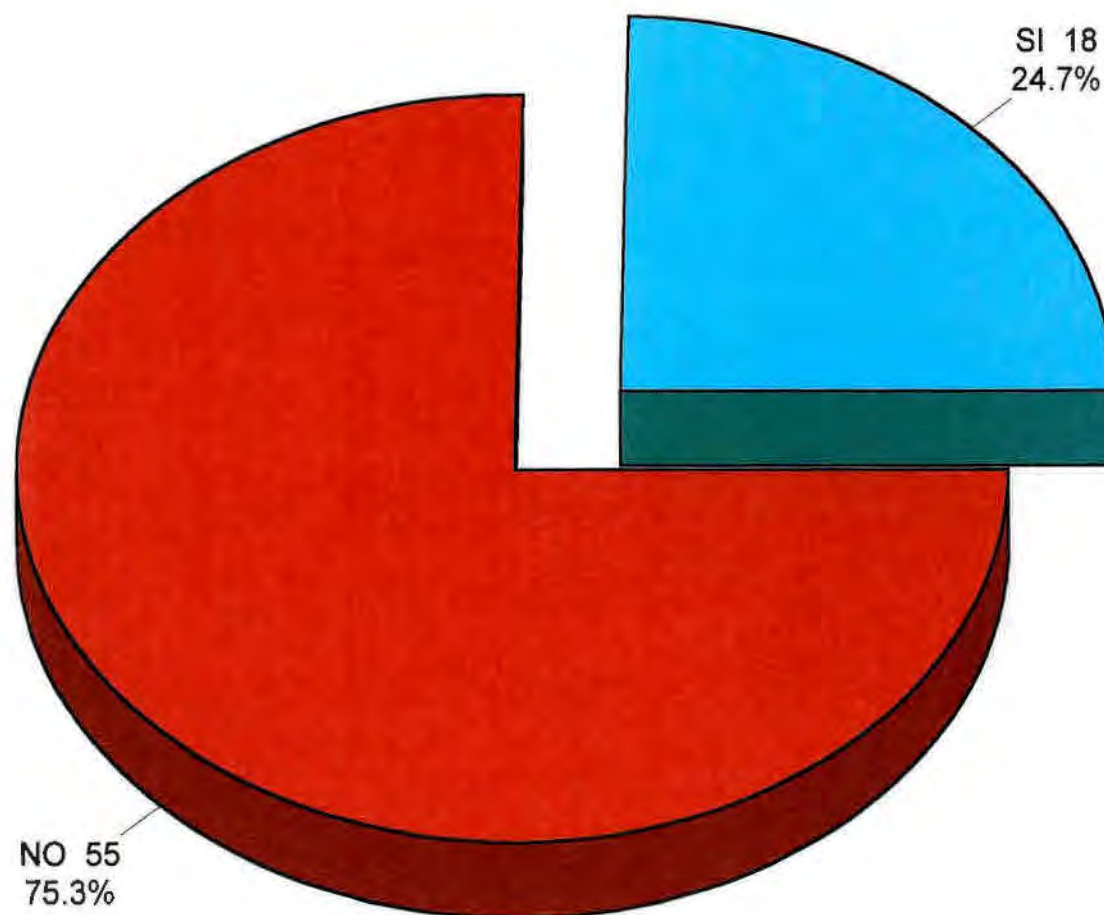
HORA DE PREFERENCIA PARA ASISTIR A CONSULTA MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS.



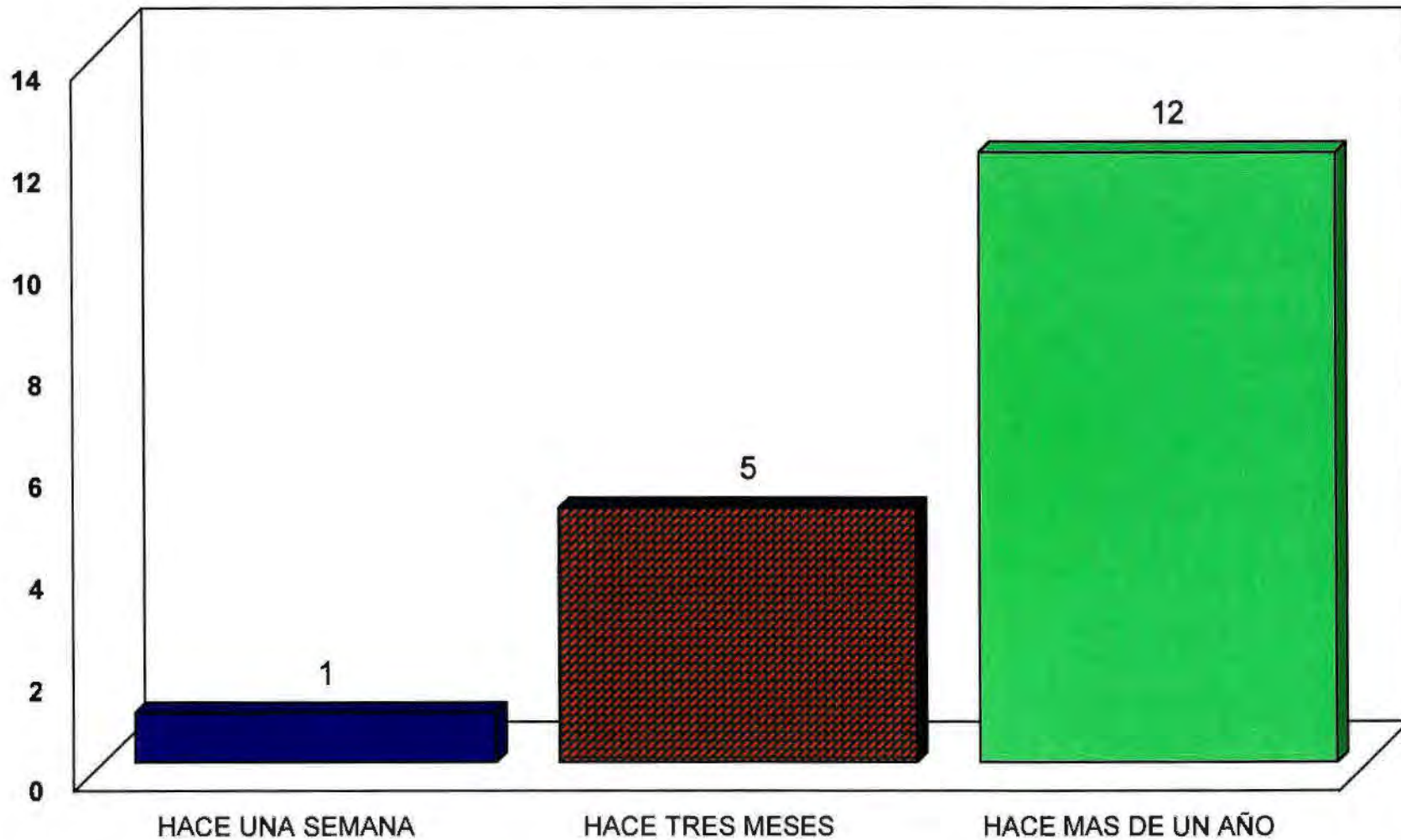
FUENTE: ENCUESTA

TABLA No.10

VISITA DOMICILIAR POR PARTE DEL PERSONAL PROGRAMA MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



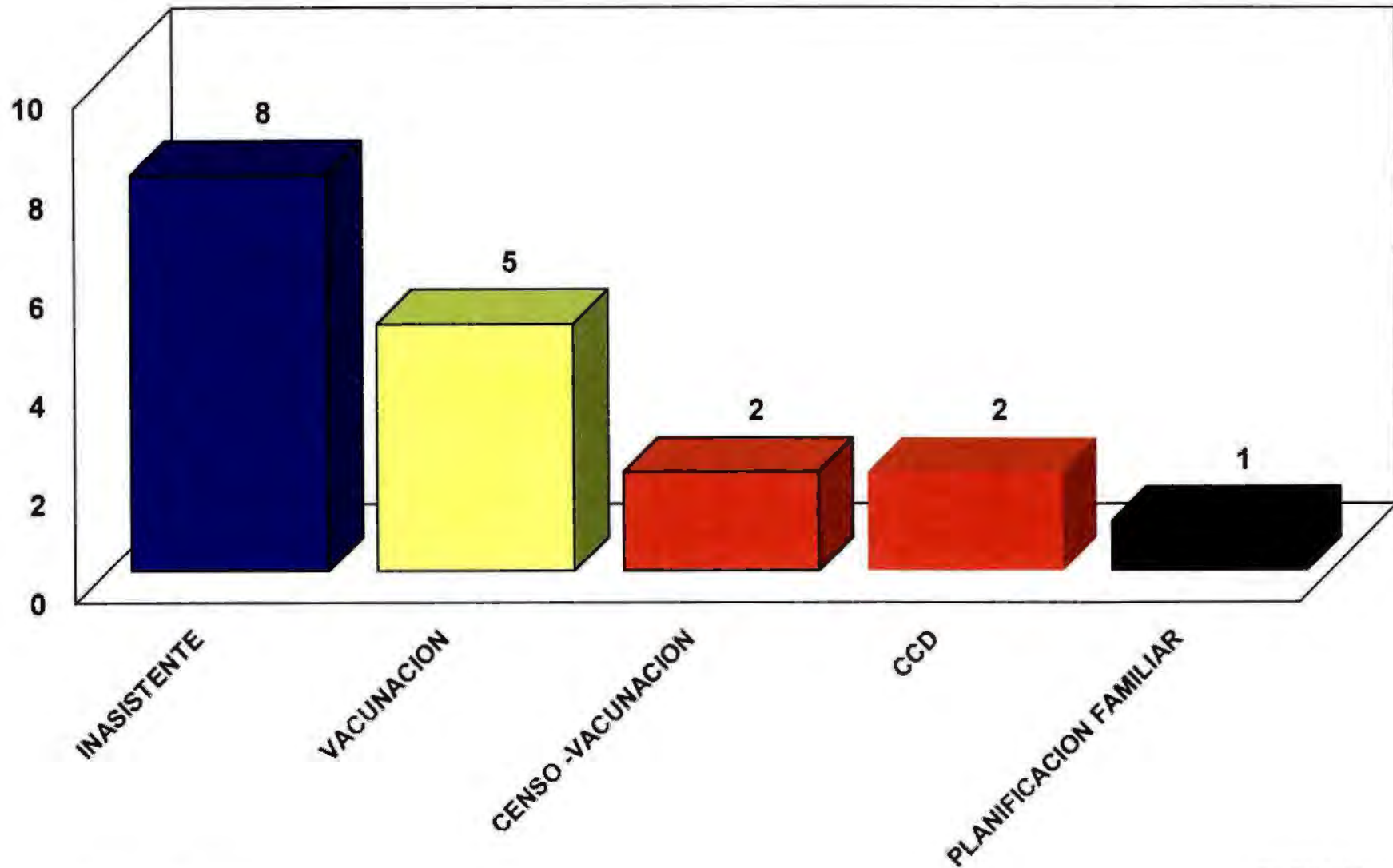
FECHA DE LA ULTIMA VISITA DOMICILIAR MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS.



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 12

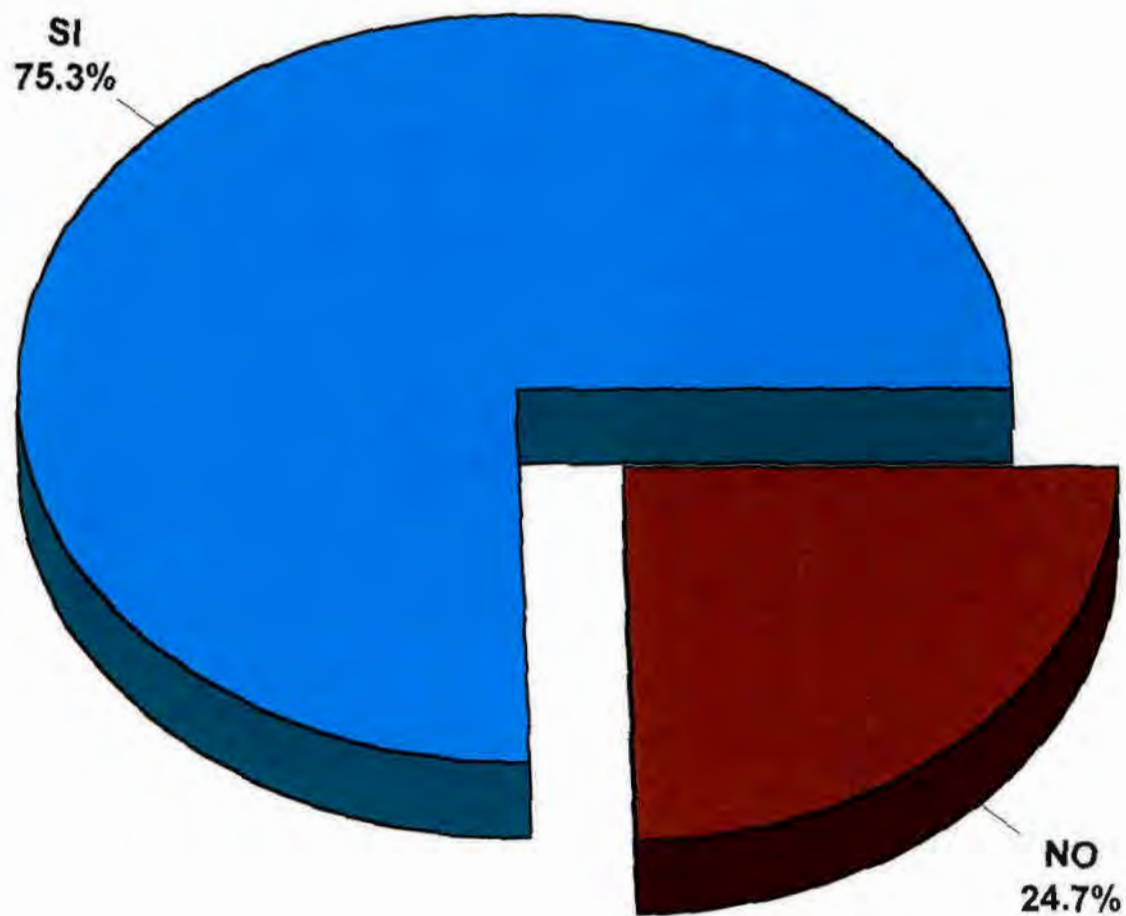
MOTIVO DE VISITAS DOMICILIAR MUJERES EN EDAD FERTIL ENCUESTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 13

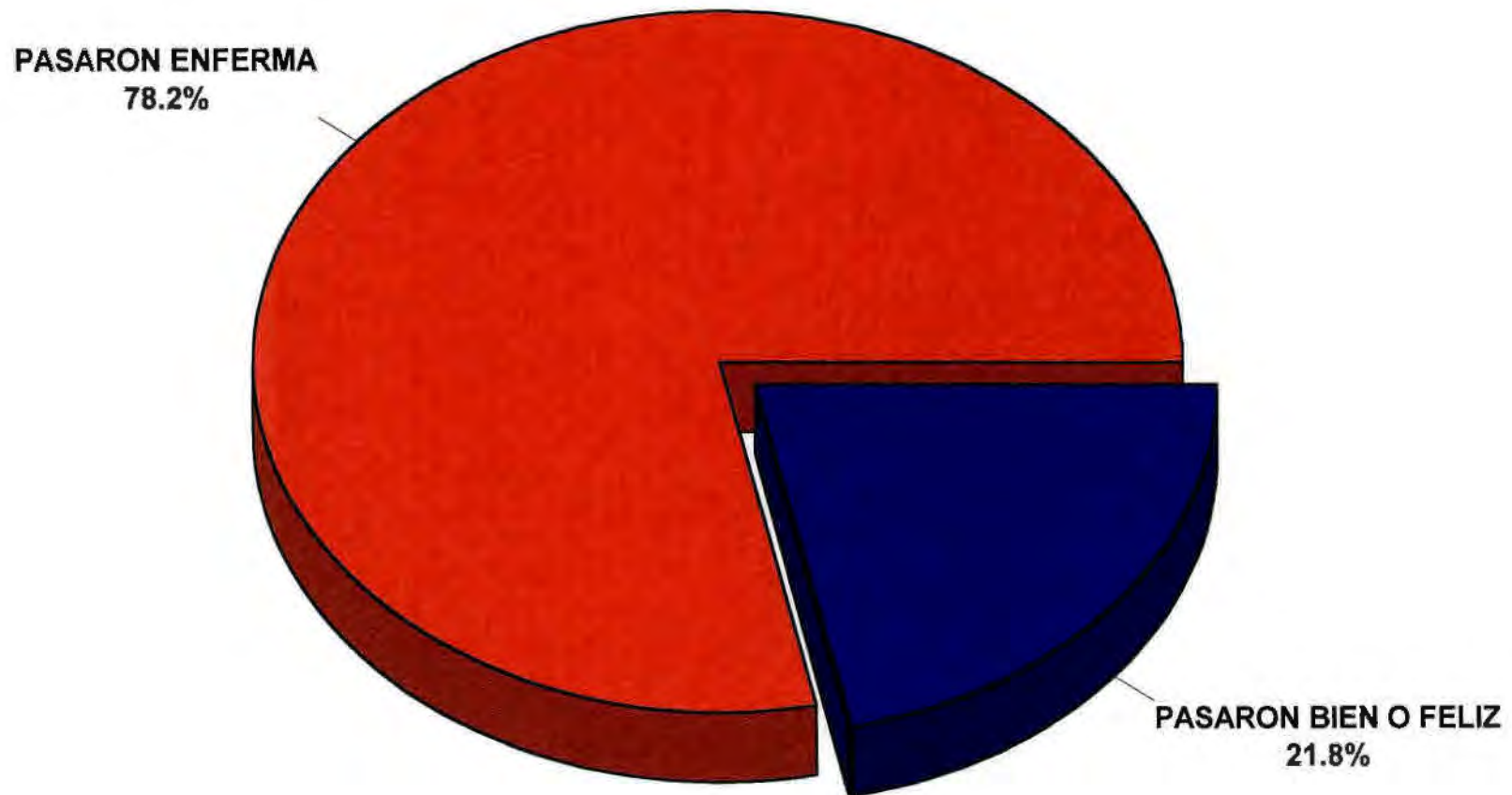
EMBARAZADAS DURANTE LOS ULTIMOS DOS AÑOS MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 14

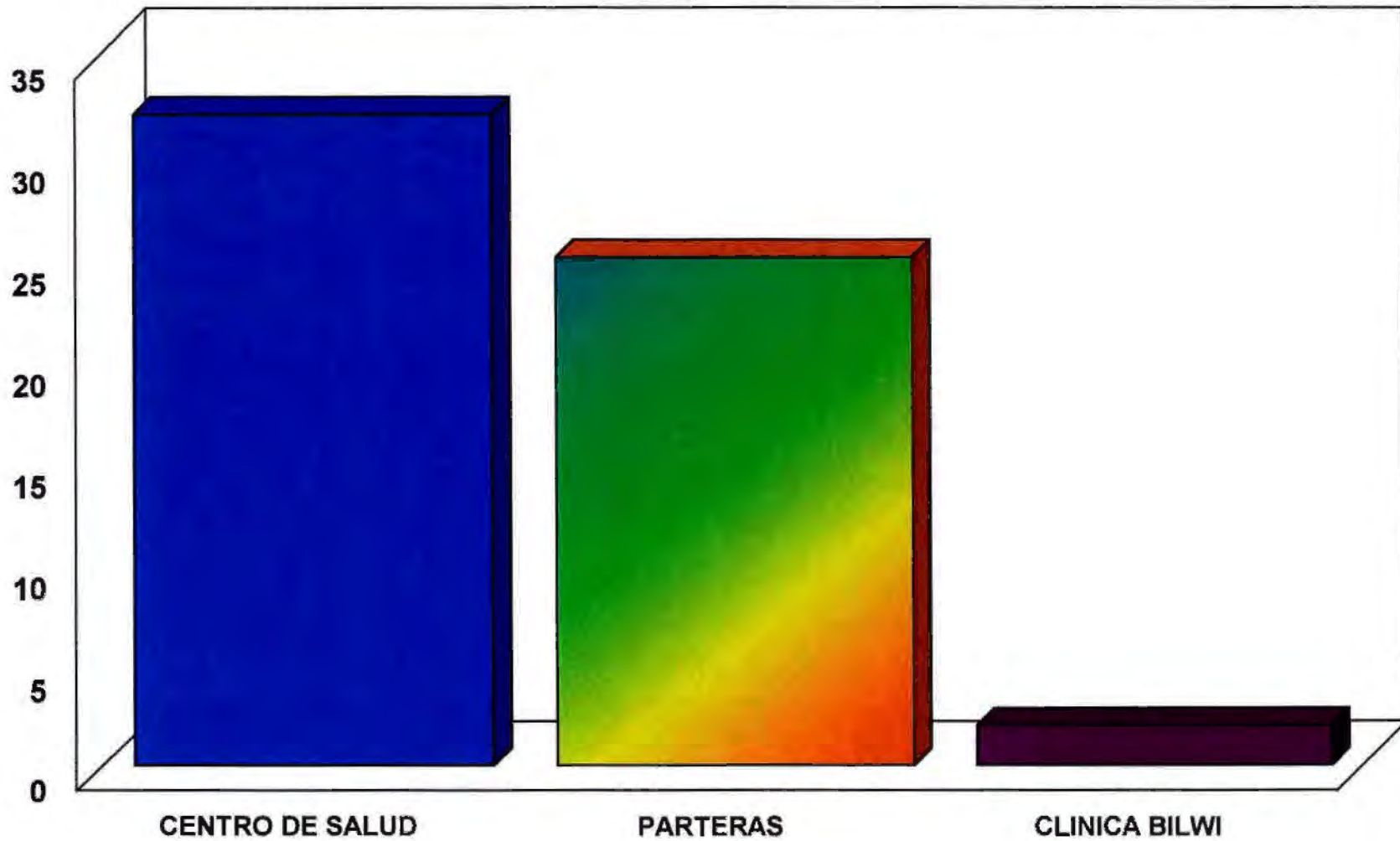
ESTADO DE SALUD DURANTE EL EMBARAZO MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



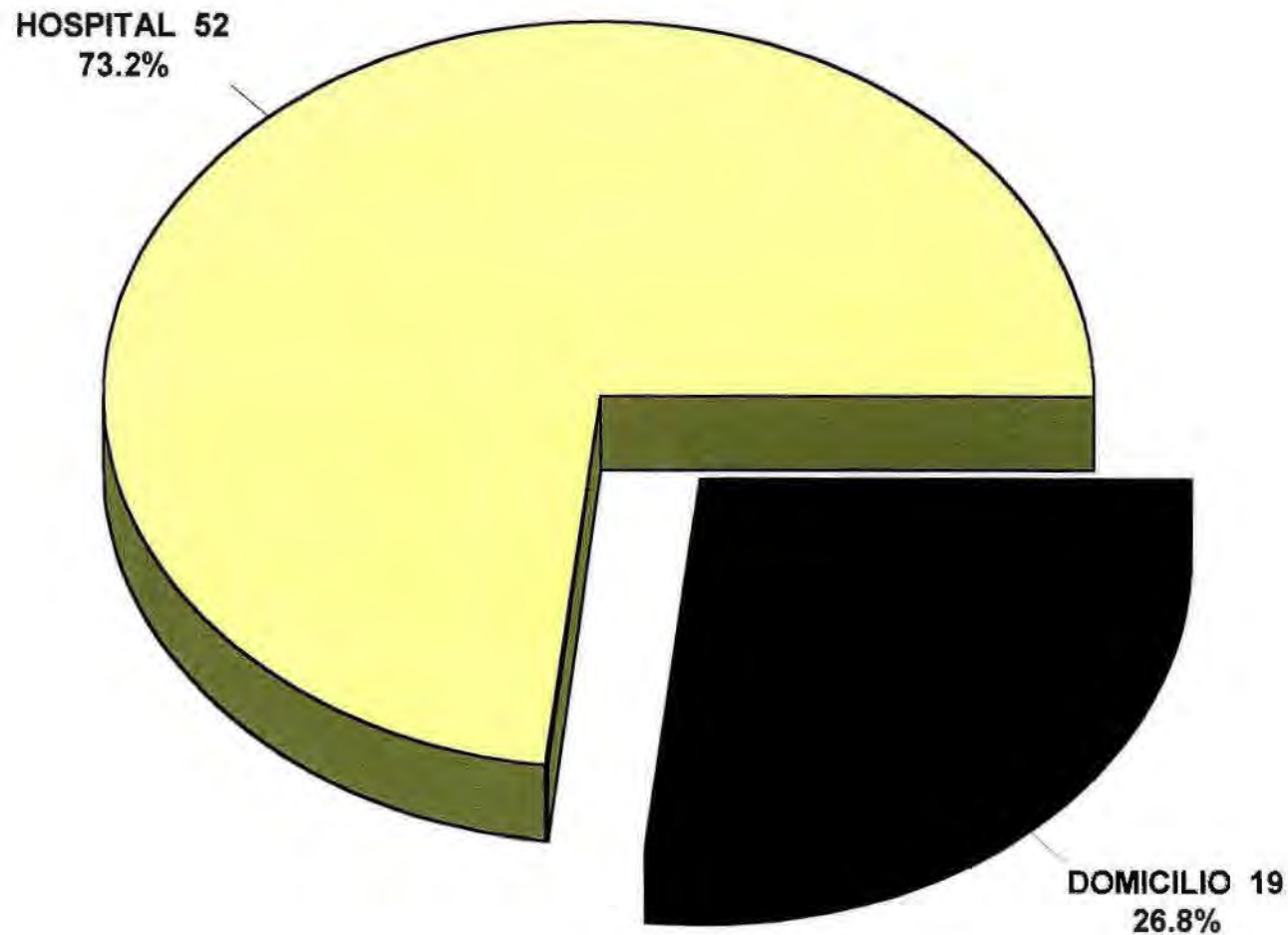
FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 15

CENTRO DE CONTROL PRENATAL MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



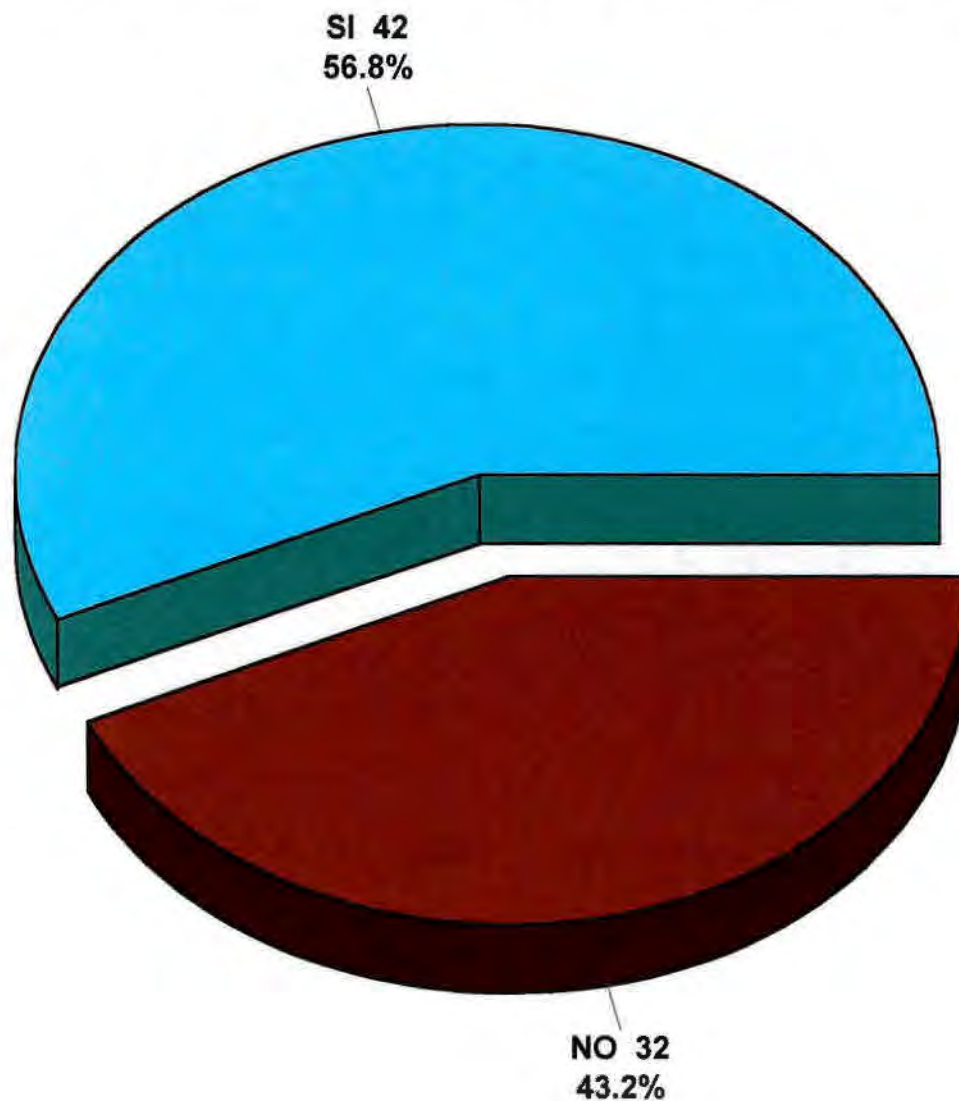
LUGAR DEL PARTO MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 17

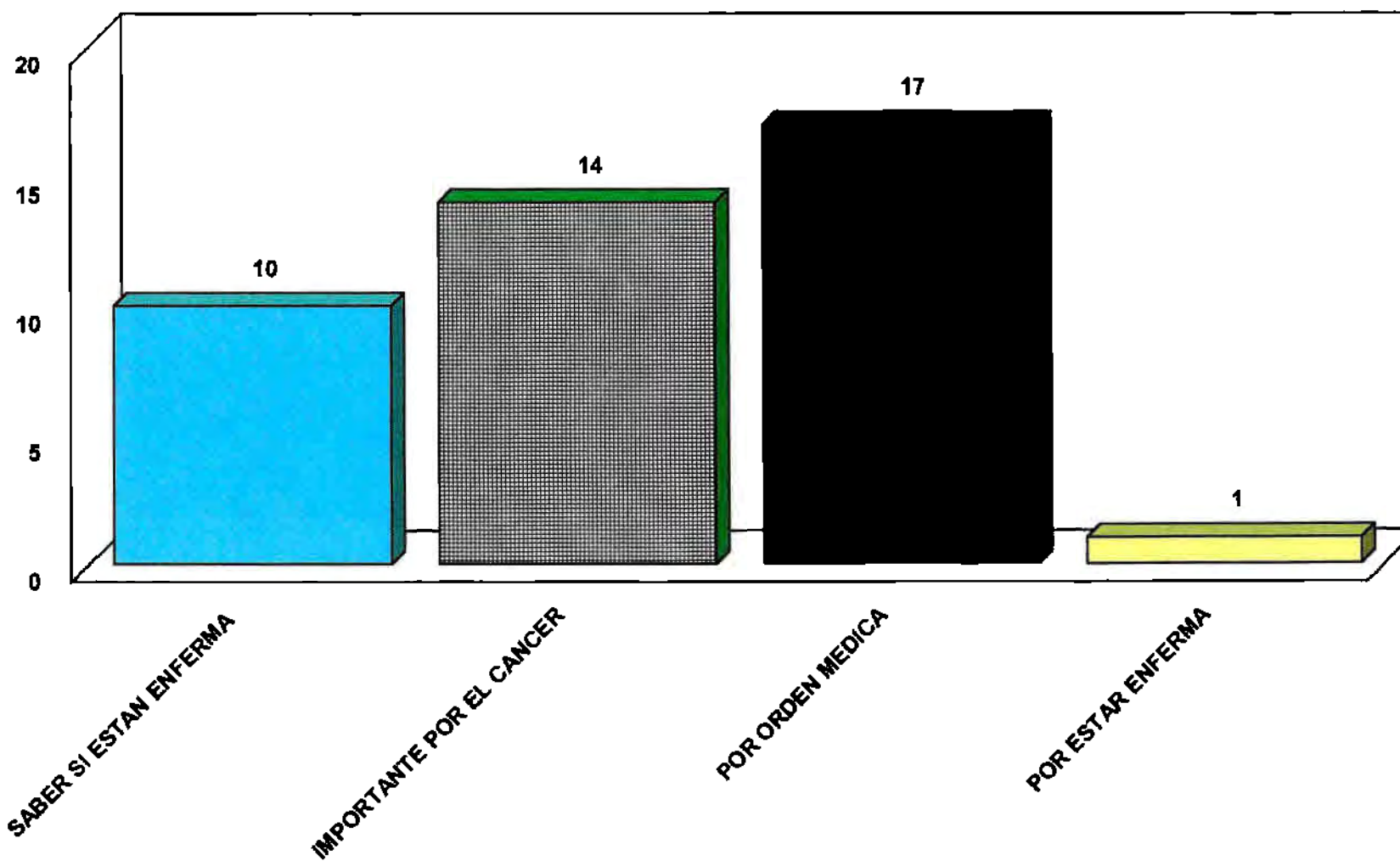
NUMERO DE MUJERES QUE SE REALIZARON PAP MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 18

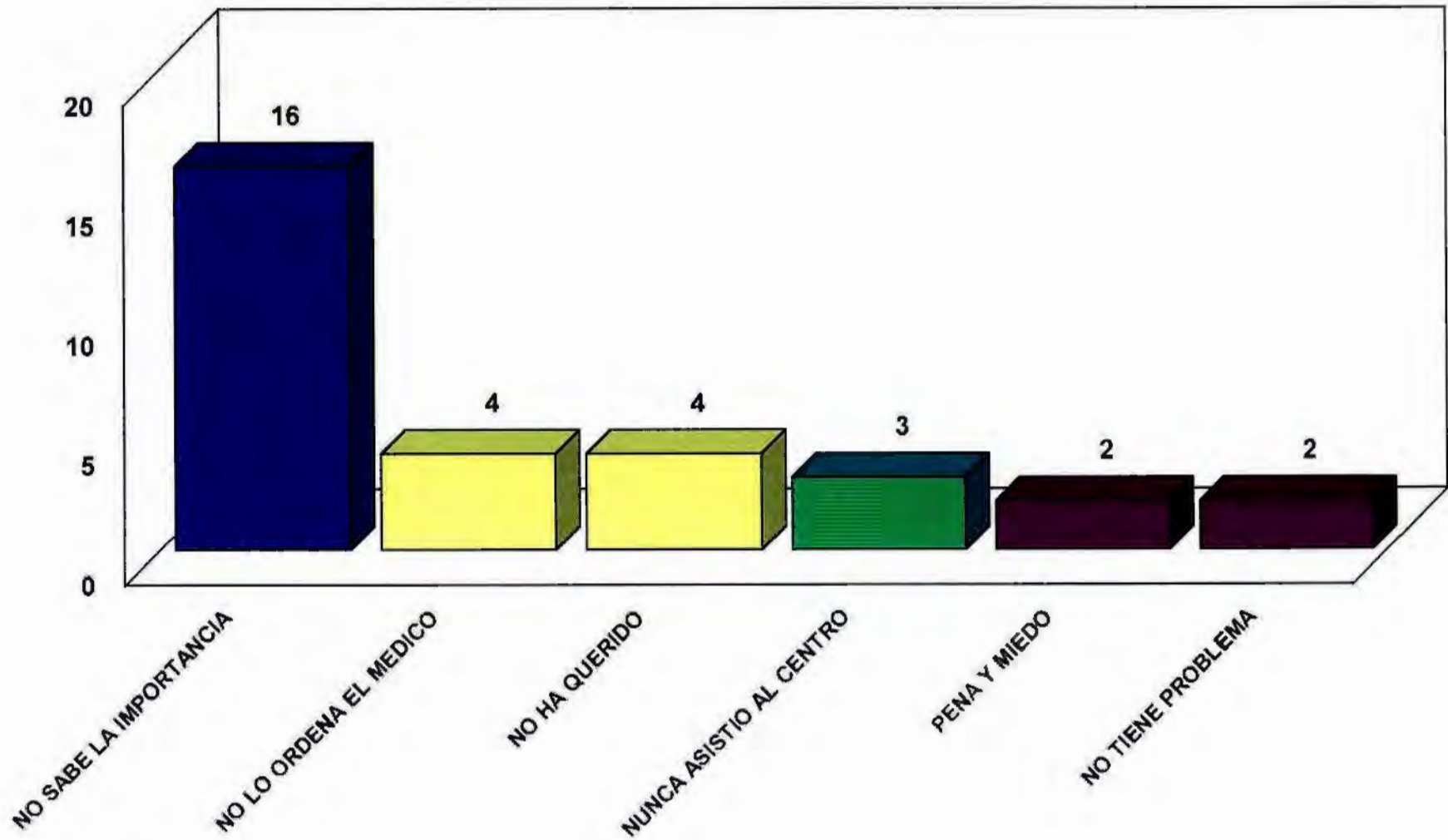
MOTIVO DE REALIZACION DEL PAP MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 19

MOTIVO PARA NO REALIZARSE EL PAP MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



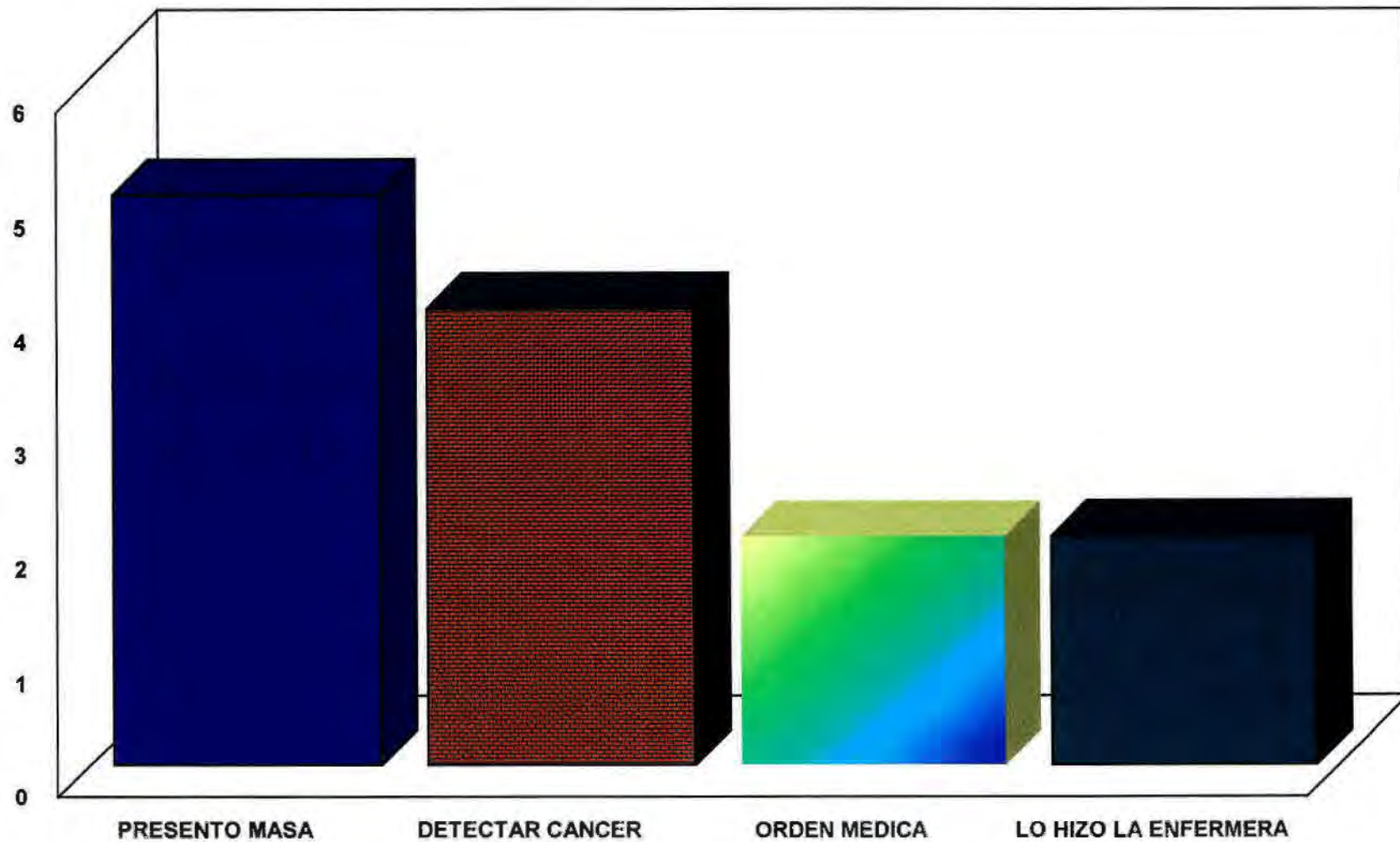
FUENTE: ENCUESTA

TABLA No.20

TOTAL DE PACIENTES QUE SE REALIZARON EL EXAMEN DE MAMAS MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



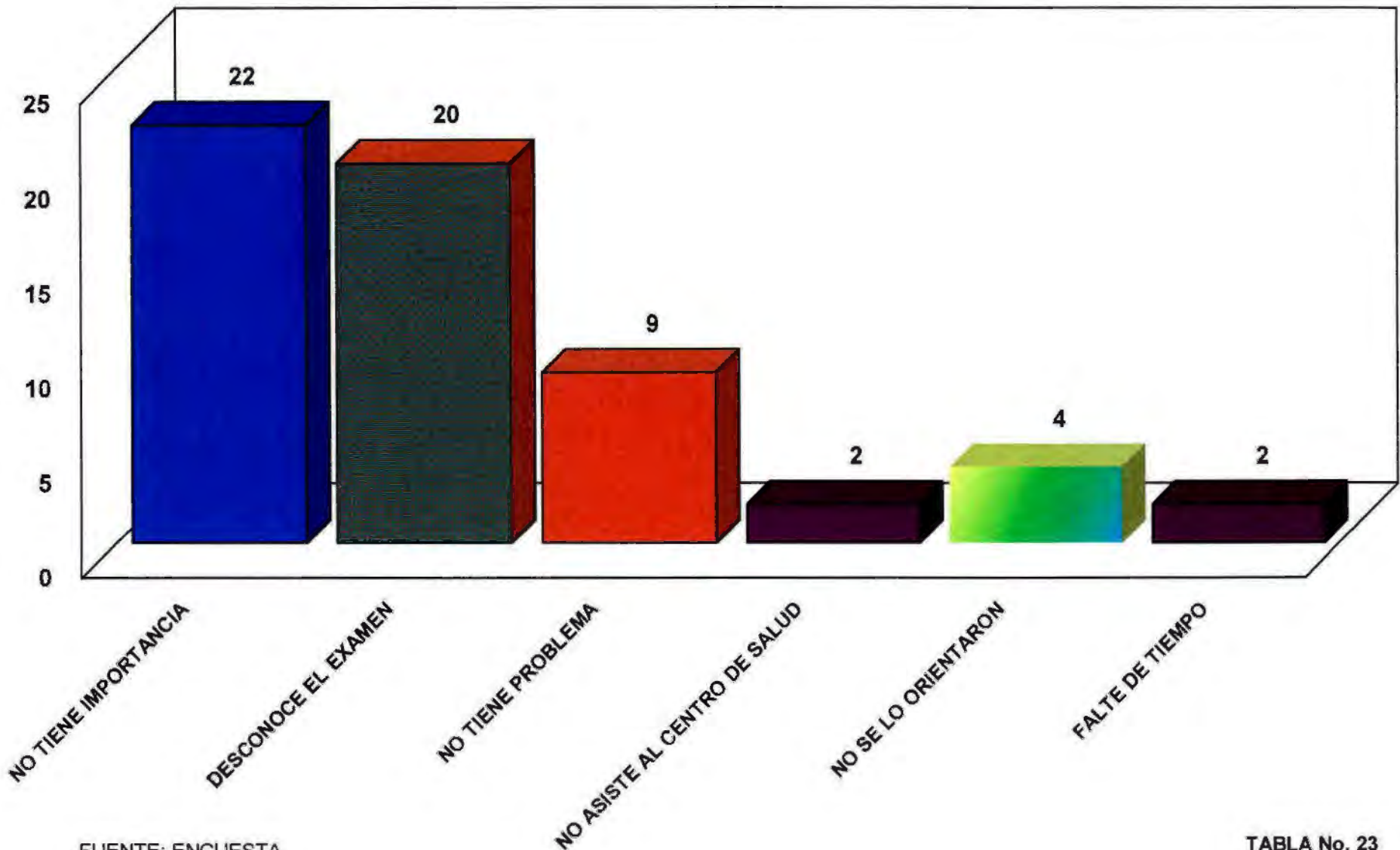
MOTIVO PARA REALIZARSE EL EXAMEN DE MAMAS MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No.22

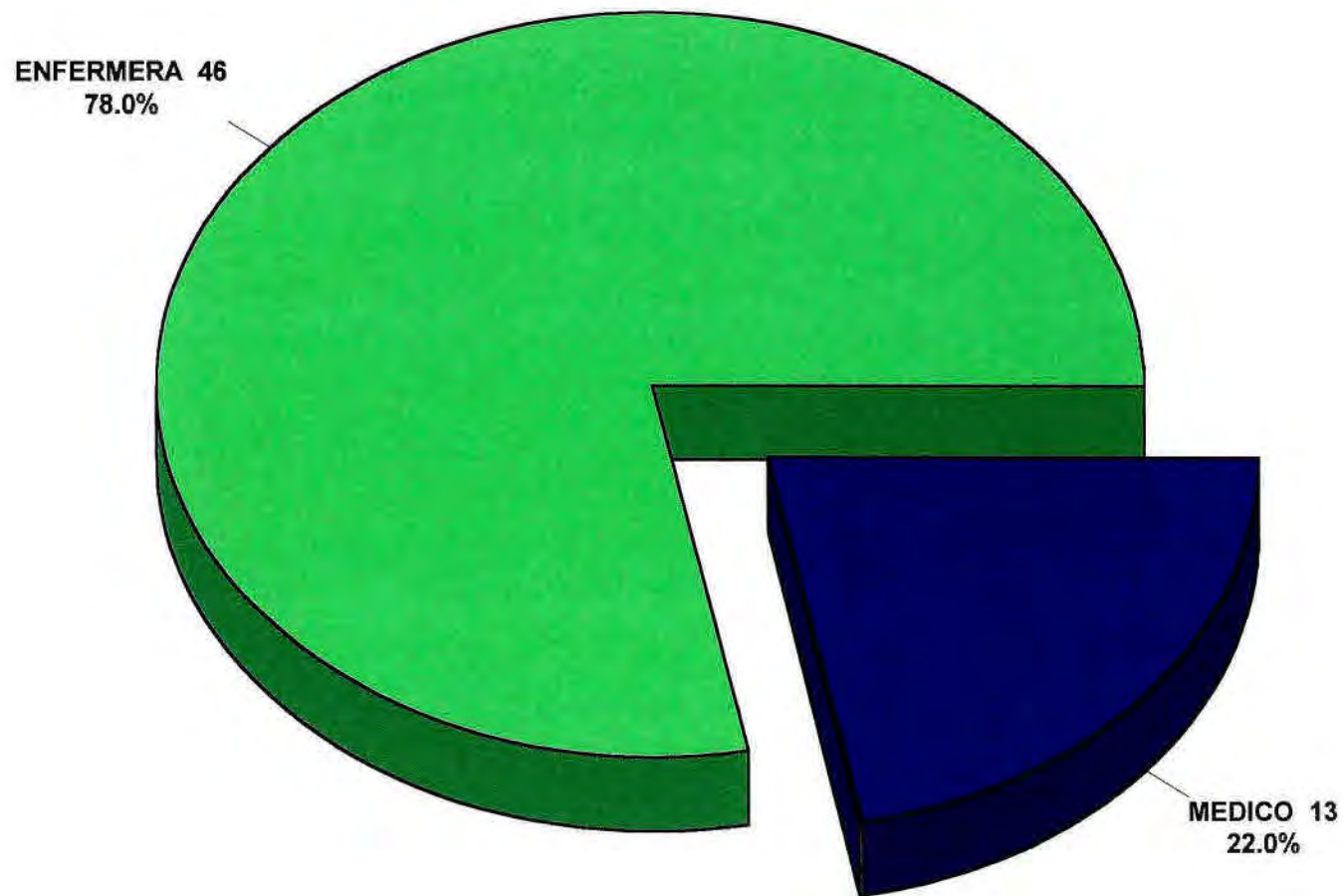
MOTIVO PARA NO REALIZARSE EL EXAMEN DE MAMAS MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 23

PERSONAL QUE BRINDO ATENCION MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS

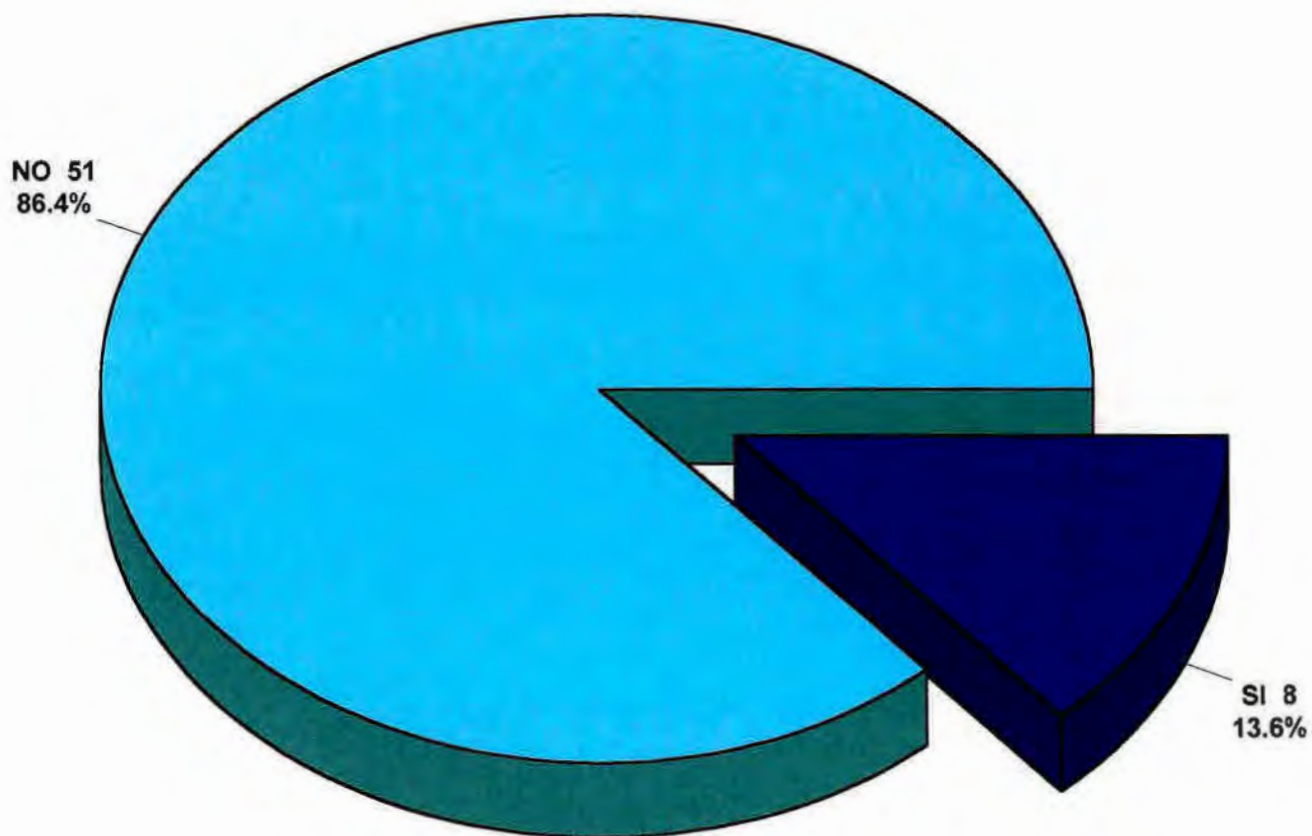


FUENTE: ENCUESTA

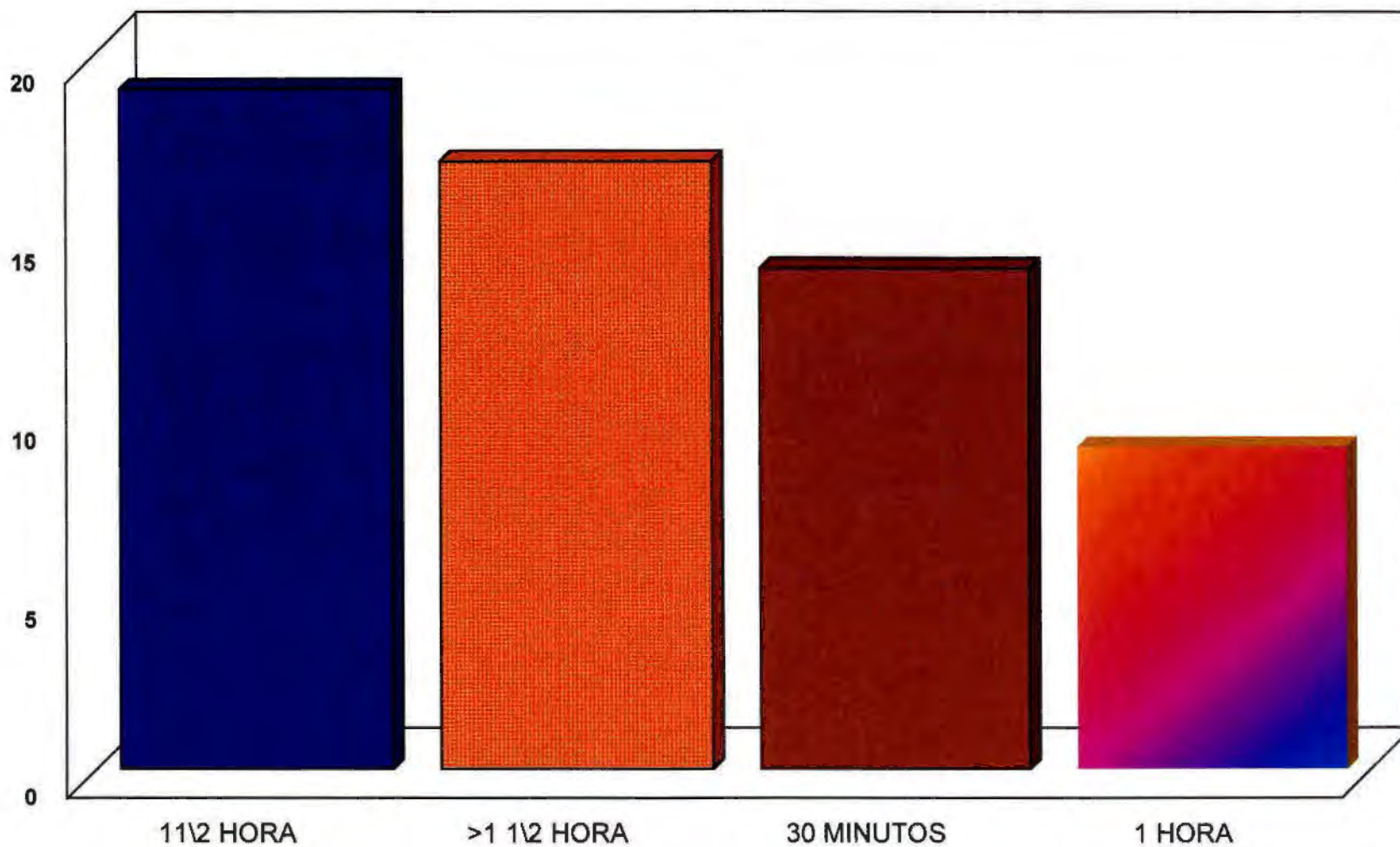
TABLA No. 24

TOTAL DE MUJERES QUE NO TUVIERON PROBLEMAS PARA SER ATENDIDAS

MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



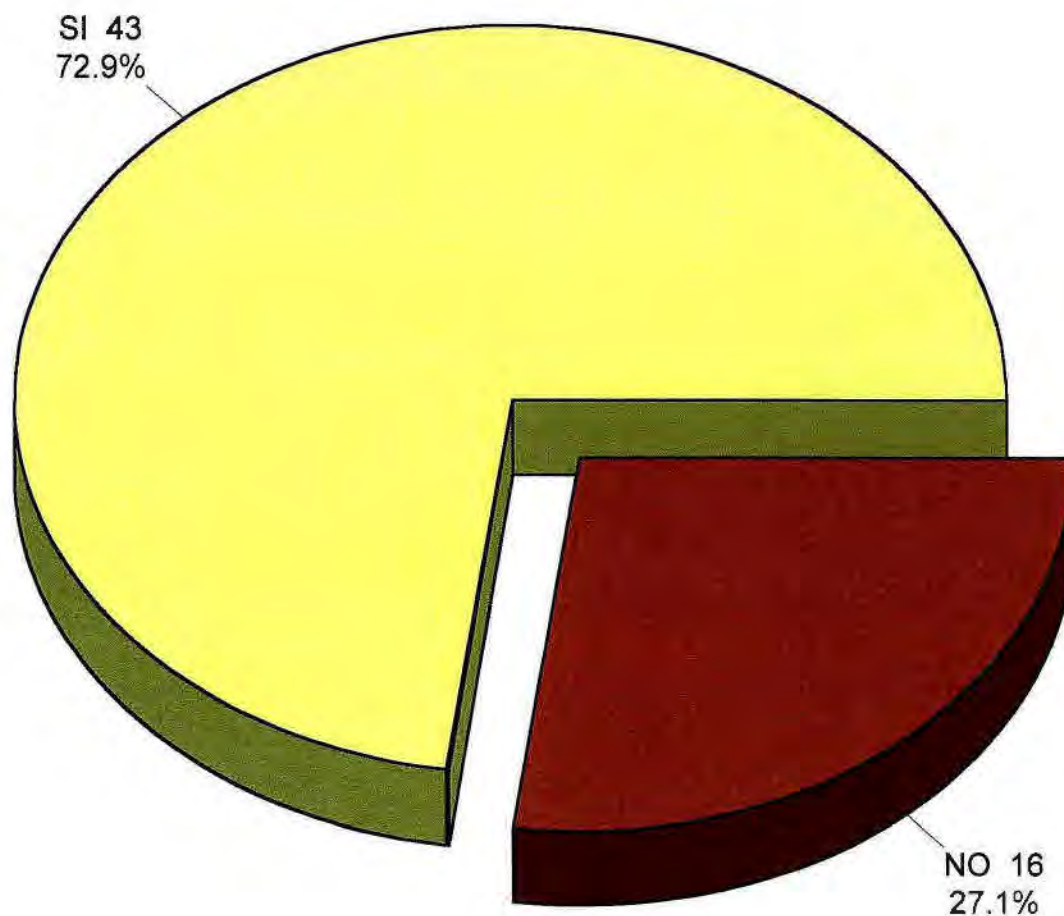
TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDAS MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 26

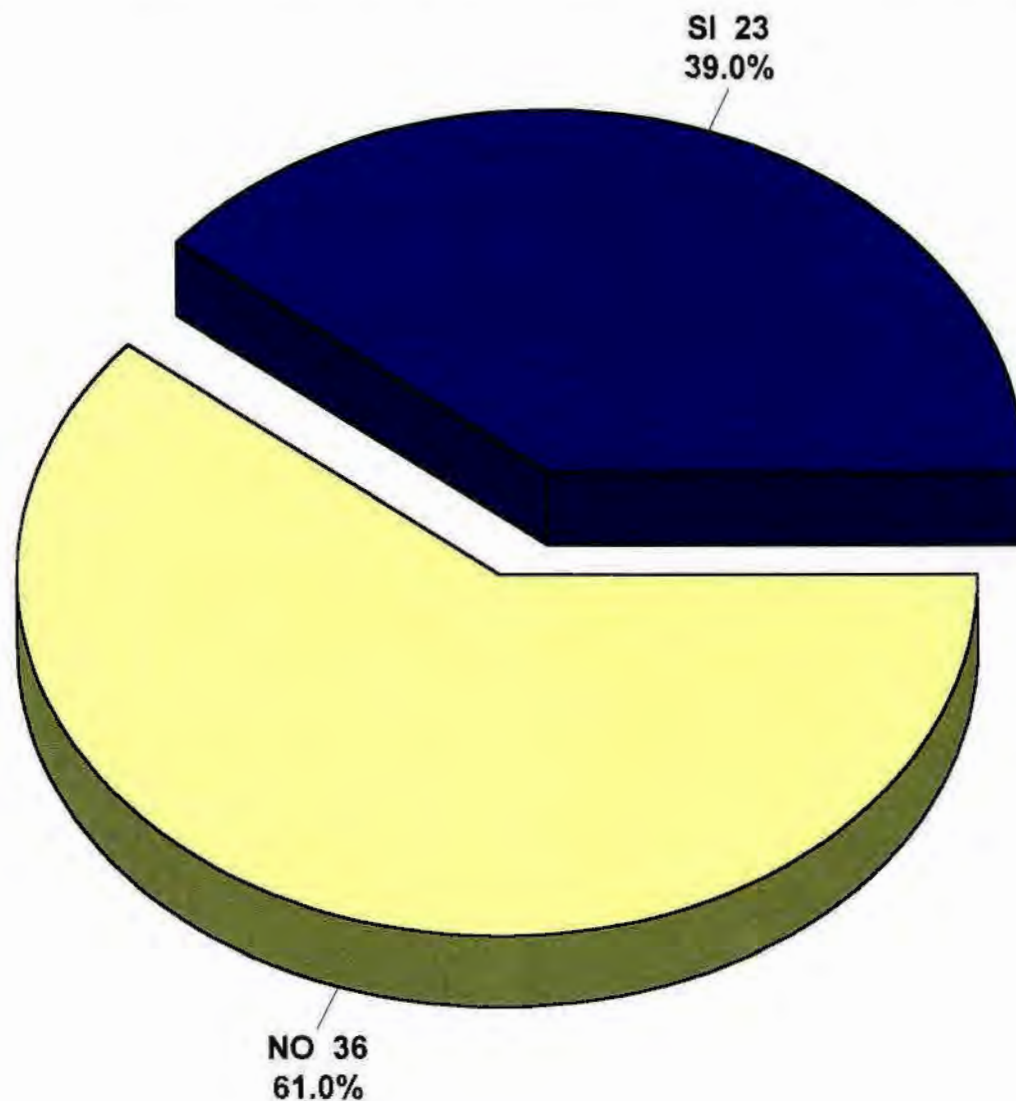
TOTAL QUE FUERON ATENDIDA EN EL IDIOMA MATERNO MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 27

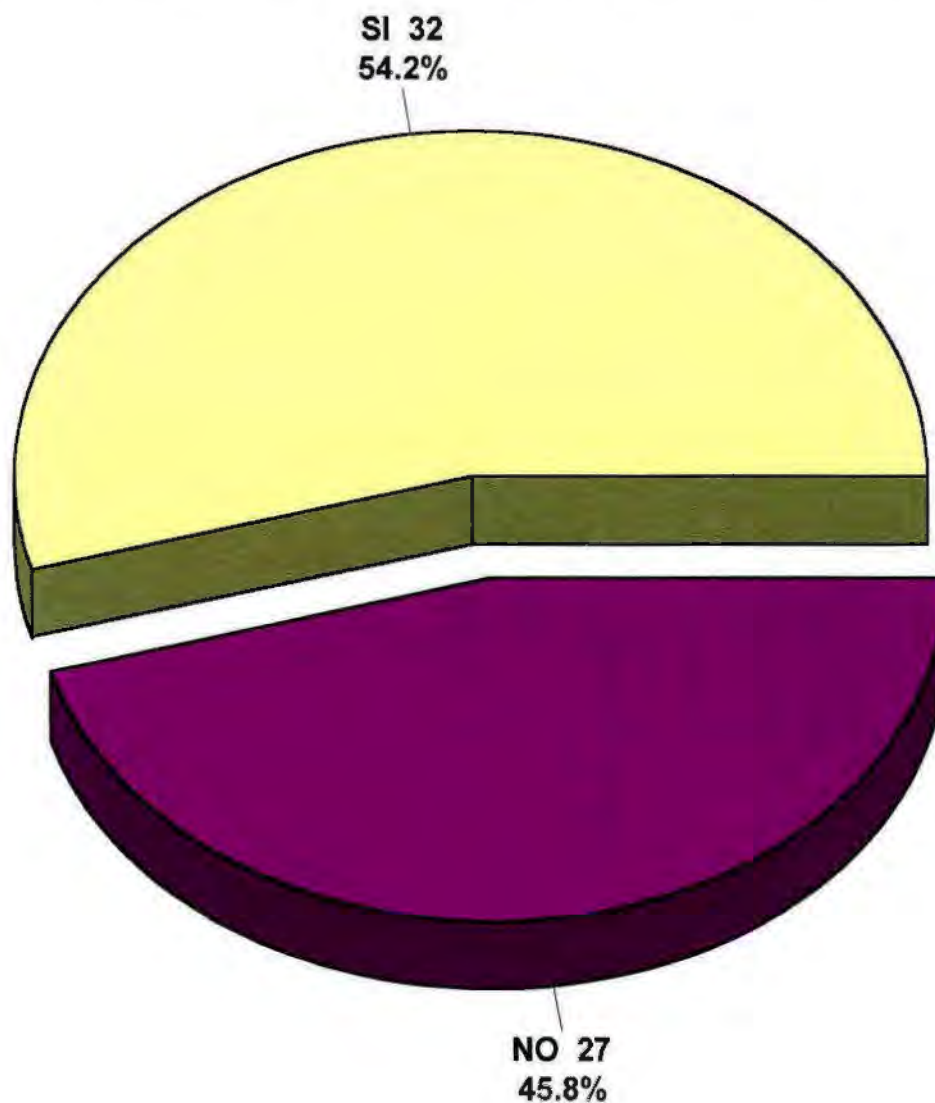
TOTAL DE MUJERES QUE SE LES REALIZO EXAMEN FISICO AL
ASISTIR AL PROGRAMA
MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 28

TOTAL DE MUJERES QUE SE LES BRINDO TRATAMIENTO EN LA CONSULTA DEL PROGRAMA MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS

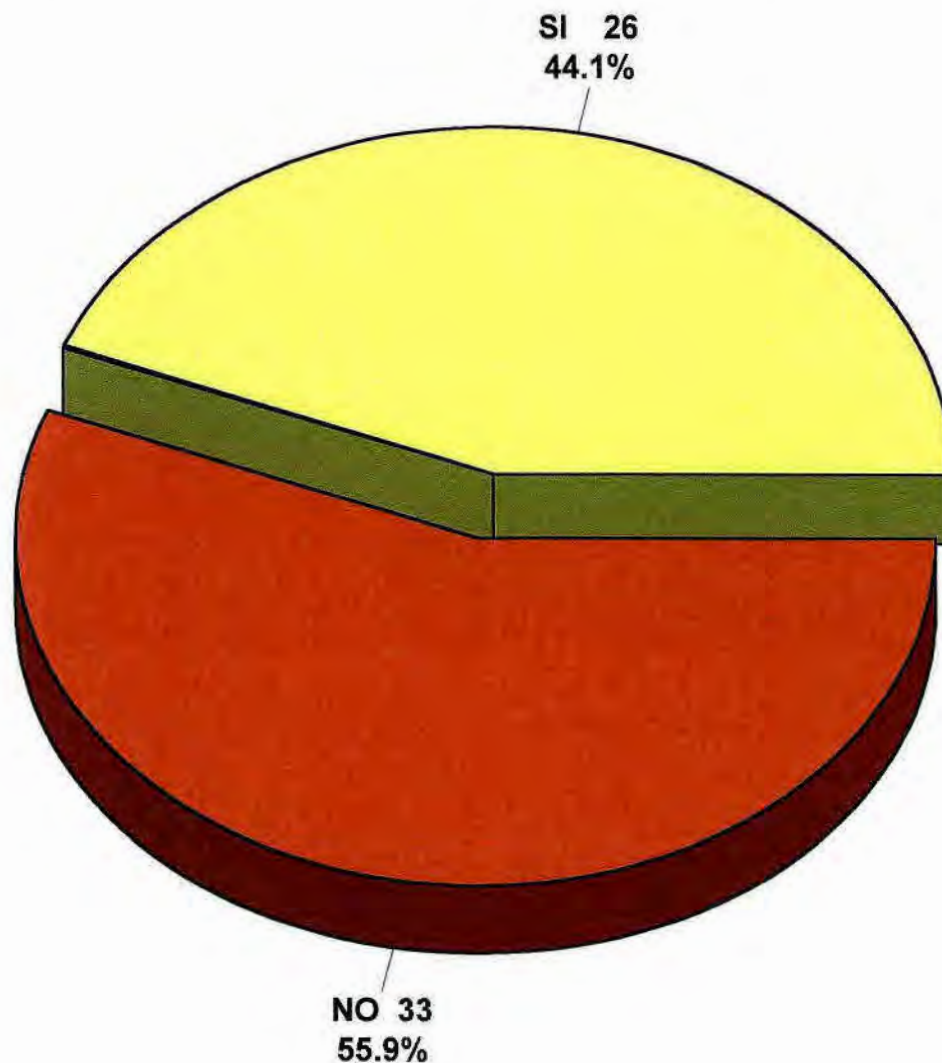


FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 29

TOTAL DE MUJERES QUE RECIBIERON ORIENTACION SOBRE SU ENFERMEDAD O TRATAMIENTO

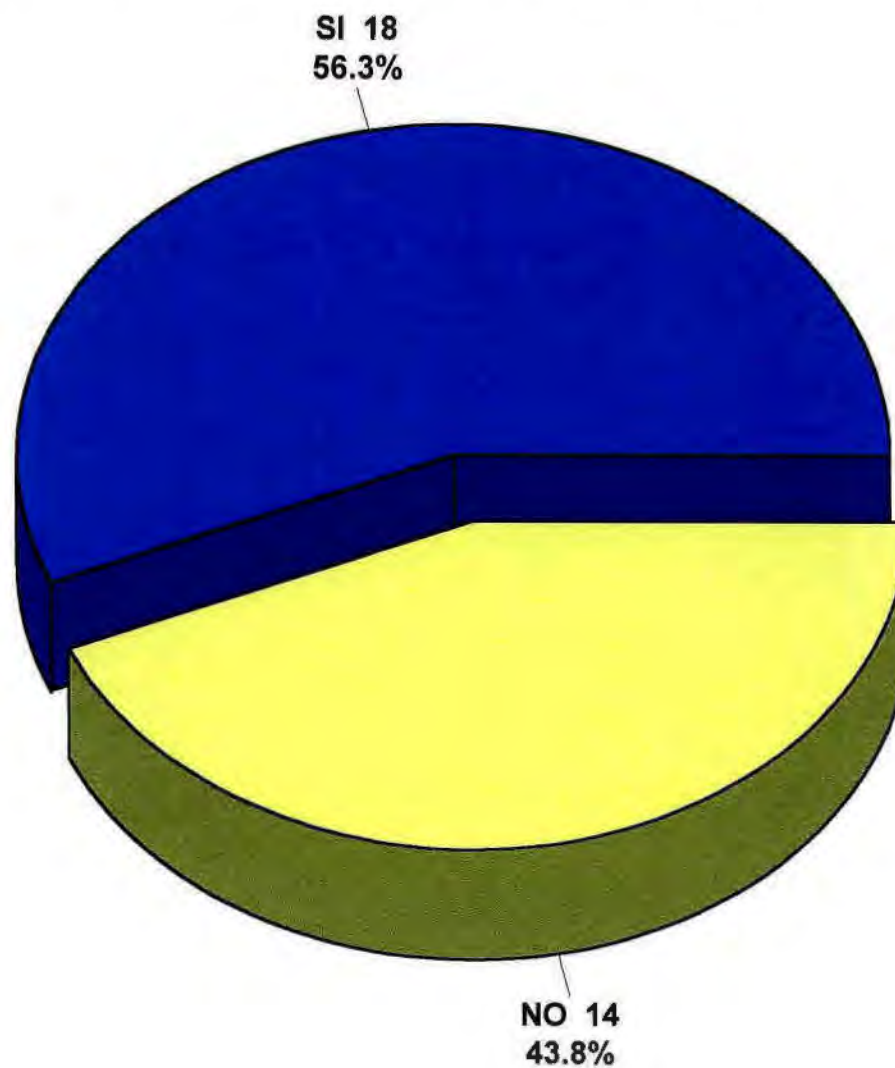
MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 30

TOTAL QUE CUMPLIERON EL TRATAMIENTO INDICADO MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS

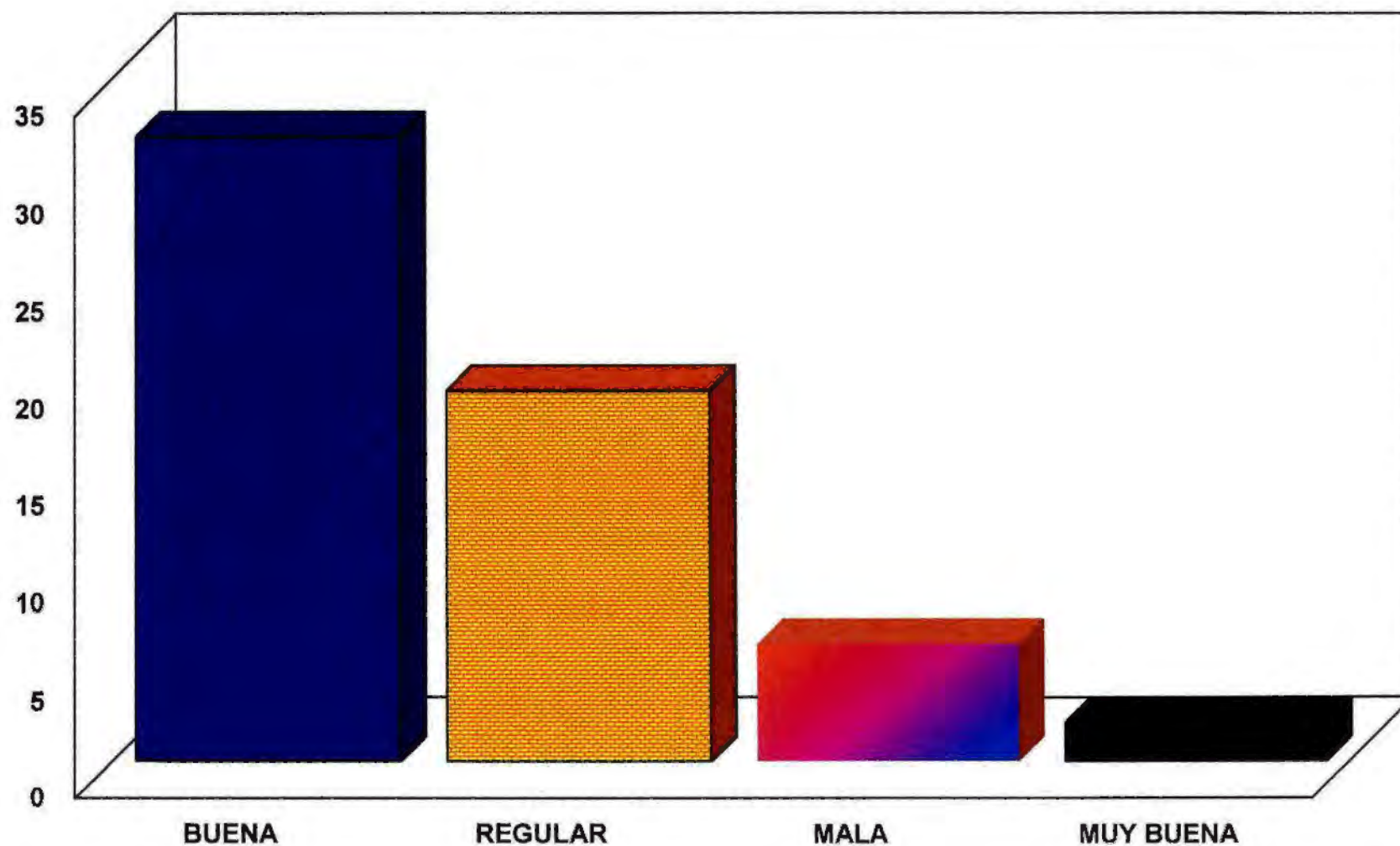


FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 31

OPINION SOBRE LA CALIDAD DE ATENCION DEL PROGRAMA

MUJERES EN EDAD FERTIL ENTREVISTADAS



FUENTE: ENCUESTA

TABLA No. 32

Anexo 2

Resultados obtenidos en los grupos focales sobre la utilización de los servicios ofertados a través del Programa de Atención Integral a la Mujer

1. Opiniones obtenidas sobre la atención en el programa

Las opiniones difieren, habían quienes decían que la atención era buena porque: Explicaron bien su enfermedad y tratamiento a seguir, la enfermera era amable, le hablaron en su idioma, se curó. Había también quienes decían que la atención era regular o mala porque: Había que esperar mucho, no dan medicamento, algunas enfermeras se creían mejor que los pacientes, solo querían hablar en español y ellas no entendían bien.

Las que manifestaron insatisfacción y hasta cierto grado de malestar, opinaron:

*** Con respecto a la inasistencia al programa**

"No quiero caminar", "Tengo esperar mucho", " Allí no hay nada para que ir", No entiendo "Confío mas en la partera", " En el hospital amarran los pies ", " La partera vive cerca y atiende sin gritarle a uno,"Prefiero la partera porque mi mama puede estar conmigo" " con la partera no pierdo mi tiempo" " Las parteras no se sienten mejor que uno"

También manifestaron problemas de:

*** Accesibilidad económica**

" A la partera le pago con lo que tengo" " No hay medicamento en el centro todo hay que comprarlo" " No tengo dinero, para que voy" " Medicamento que dan es muy caro"

*** Organización de servicio**

" Si llego un poco tarde no me atiende," " Si hay muchos pacientes me regresan a mi casa,"
" Si pierdo mi tarjeta no me atienden" " La enfermera platica y chilea mientras uno espera"
" Es demasiado lo que hay que esperar para que le atiendan"

"De accesibilidad cultural

_ " La enfermera es miskita como yo pero solo quiere hablar español" " Mucho le regañan a uno" " El medico no me entiende" " Atienden muy rápido" " No me preguntan nada" " Enfermera llega tarde y hay que esperarla" " tengo miedo a eso con que examinan a uno" " no me gusta que me amarren a la cama"

Opinión de cómo debería ser los servicios que se brinda a las MEF en el Programa de Atención Integral a la Mujer.

Las opiniones de cómo deberían ser los servicios de Atención Integral a la Mujer, en su mayoría se refieren a la necesidad de mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios en los siguientes aspectos:

Información a la usuaria

_ " Que le explique a uno lo que tiene en su idioma" " Explicar bien la enfermedad a uno y como debe tomar su medicamento", " Que expliquen porque no pueden atender a uno" "Que expliquen sobre cuidado que debe tener la mujer"

Mejorar el Trato a las Usuarías

" Hay que atender a la gente con ganas", " enseñar a las enfermeras nuevas a atender como las viejas", " Deben atender con calma y no apresurarse", " No atender antes a las amigas que lluegen tarde", "No debe decir o otras personas lo que uno tiene", Explicar las cosas en el idioma de uno" " Ser mas amables con la mujer de edad avanzada" "

Horario de Atención

" Que atienden a la hora que uno llega", "Que no tengamos que esperar tanto" " Debe comenzar a atender temprano"

Accesibilidad económica

" Que nos atienden aunque no tengamos dinero", " No recetar medicamentos tan caro", " Deben dar el medicamento que necesita la mujer para curarse".

Costumbres y creencias de los grupos focales sobre la Atención Integral a la Mujer

1-Opinion sobre la atención del parto domiciliario y hospitalario

Domiciliar

"Confio mas en la partera", En el hospital amarran los pies eso es horrible", " Me gusta mis familiares están conmigo", La partera vive cerca y atiende sin gritarle a uno", "Todos mis partos son con parteras".

Hospital

"Cualquier emergencia él medico esta cerca", "Hacen mejor lavado vaginal que la partera", "Me da pena tener niño en la casa", "Para no morir de hemorragia voy al hospital",

2.Opinion sobre causa de los problemas durante el embarazo

" Las preocupaciones causan problemas" Maltrato del marido causa problemas", " Si el marido tiene querida causa problema a la madre y al niño", Golpes causan problemas", "abandono del marido causa problema"

3. Opinión acerca del parto

"Parto es peligroso , solo Dios nos ayuda", " Una mujer debe y tiene que parir", " Hay que parir para tener hijos que le ayuden", "Uno vive o muere a la hora de un parto"

4. Opinión sobre el puerperio

" "Hay que mantenerse en la cama por 9 días para evitar sangrar mucho", "Tapar oído y poner calcetines para no resfriarse", "Tener relaciones sexuales hasta los seis meses para evitar infecciones" " No bañarse hasta los 40 días, los poros están abiertos" " Hay que fajarse bien para evitar que el útero cae" " No comer frijoles, café, yuca, carne de cerdo, el niño se empanza", " tomar mucho pinolillo, wabul y agua", " Tomar mistela para limpiar el útero",

5.Opinión sobre autocuidado de la mujer " Es para planificar hijos" " para mantenerse limpia y no tener infección" "Da mucha pena que lo examinen"

ANEXO 3

ENCUESTA A MUJERES EN EDAD FERTIL EN LOS BARRIOS EL MUELLE, EL COCAL Y SAN LUIS, BILWI, RAAN.

DATOS GENERALES DE LA ENTREVISTA

1. No. _____ 2. Fecha _____
3. Barrio _____ 4. Lugar de Entrevista _____

A. DATOS SOCIO/ DEMOGRAFICOS

5. Edad: a) 18-25 _____ b) 26-35 _____ c) >35^a _____
6. Etnia: a) creole _____ b) miskito _____ c) mestizo _____ d) otro _____
7. Estado civil: a) soltera _____ b) casada _____ c) acompañada _____ madre soltera _____
8. No. de hijos _____
9. Escolaridad _____
10. Religión: a) Morava _____ b) católica _____ c) otra _____
11. Ocupación _____

B. UTILIZACION DEL SERVICIO DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER

12. Ha asistido alguna vez al programa de Atención Integral a la Mujer?
a) Sí _____ b) No _____
Porque _____

13. A que hora del día asistió al Programa de Atención Integral a la Mujer?
a) mañana _____ b) tarde _____
14. Ha recibido visita en su casa de parte del Programa de Atención Integral a la Mujer?
a) Sí _____ b) No _____
15. Cuando fue la ultima vez que lo visitaron? _____
16. Cual fue el motivo de la visita domiciliar? _____

C. FACTORES SOCIO CULTURALES DE LAS MUJERES EN EDAD FERTIL

17. Que ideas tiene Ud. sobre las cosas que la mujer debe hacer para cuidarse durante el embarazo: a) sobre la alimentacion _____

b) Sobre las relaciones sexuales _____

c) Sobre otras actividades _____

18. Ha estado embarazada en los últimos años? a) Sí _____ b) No _____

19. Cómo se sintió Ud. durante el embarazo? _____

20. Donde la atendieron durante el periodo del embarazo: a) Hospital _____
b) Centro de Salud _____ c) Puesto de Salud _____ d) partera _____
Porque? _____

21. Cuales cree usted que son las principales causas de los problemas que tiene la mujer durante el embarazo? _____

22. Qué idea tiene Ud. del Parto? _____

23. Cuándo fue su parto mas reciente? _____

24. Dónde se atendió su parto? _____
Porque? _____

25. Qué opinión tiene acerca del Parto Hospitalario? _____
Porque? _____

26. Qué opinión tiene acerca del parto domiciliar?

Porque _____

27. Qué opina sobre el periodo puerperio?

a) Actividades y cuidado de la mujer

b)Alimento _____

28. Qué idea tiene Ud. acerca del cuidado del recién nacido?

29. Qué idea tiene acerca del autocuidado de la mujer?

Porque _____

30. Se ha realizado examen de papanicolau? Sí _____ No _____

Porque _____

31. Se ha realizado Examen de Mamas? Sí _____ No _____

Porque _____

B. GRADO DE ACEPTACION O RECHAZO DE LOS SERVICIOS OFERTADOS POR EL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL A LA MUJER.

32. De parte de quien recibió la atención? Medico _____ Enfermera _____

33. Tuvo algún problema para recibir la atención? Sí _____ No _____
Cual? _____

34. Cuanto tiempo tuvo que esperar para ser atendida: 15 minutos _____ media
hora _____ 45 minutos _____ 1 hora _____ 1 hora 15 minutos _____
1 hora y 30 minutos _____ mas de una hora y media _____

35. La atendieron en su idioma materno? Sí _____ No _____
Porqué? _____

36. Le realizaron algún examen físico? Sí _____ No _____
Porqué? _____

37. Le brindaron algún tratamiento? Sí _____ No _____
Porqué? _____

38. Recibió orientación sobre su enfermedad o tratamiento? Sí _____ No _____
Porqué? _____

39. Cumplió con el tratamiento y las orientaciones recibidas en el programa?
Sí _____ No _____ porqué? _____

40. Ud. piensa que la atención que recibió fue: a) muy buena _____ b) buena _____
c) regular _____ d) mala _____ porqué? _____

41. Que opina Ud. de cómo deberían ser los servicios que se brinda a las Mujeres en edad
fértil en el programa que el MINSA oferta.

Anexo 4

Guía de Preguntas para la realización de los grupos focales, sobre la atención a las mujeres en edad fértil del barrio, El Cocal, El Muelle y San Luis

Esta guía de preguntas servirá como el eje para la discusión en los grupos focales. Se hará un grupo focal en cada uno de los barrios en estudio. Para esto se utilizarán los actores sociales del barrio y los informantes claves, dando prioridad a las mujeres, si entran en estos criterios de selección.

1. Factores relacionados a la búsqueda de atención de las mujeres en edad fértil.

Cuál es su opinión sobre la atención brindada en el programa?

Crean Uds. que hay problemas económicos, culturales o de cualquier otra índole para recibir la atención brindada en el programa?

Qué opinan Uds. Sobre la forma como está organizado este servicio?

Qué opinan sobre la atención que se brinda a las usuarias en el programa?

Qué creencias tienen sobre el parto domiciliario? Hospitalario?

Qué opinan sobre el parto? Puerperio? Autocuidado de la mujer?

Le atienden en su idioma al llegar a la consulta? Creen que eso es importante?

Hay respeto para sus costumbres y creencias?

Puerto Cabezas
Mapa plano de la ciudad de Bilwi

