

1
167
D621
2001

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

**Centro de Investigación y Estudios de la Salud
Escuela de Salud Pública de Nicaragua**

**Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe
Nicaragüense**

**Maestría en Salud Pública Intercultural
1998 - 2001**

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE MASTER EN SALUD PUBLICA INTERCULTURAL

**PERCEPCIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y COMUNIDADES
ÉTNICAS DE BILWI RAAN, ACERCA DE RELACIONES GENÉRICAS EN EL PROCESO
DE SALUD
ENERO 2000 – MAYO 2001**

Autora: Lic. Raquel Dixon Brautigam

Tutora: Msp. Alice Pineda Whitaker



Bilwi Mayo 2001

DEDICATORIA

Con mucho cariño y fraternidad dedico esta tesis a las comunidades étnicas y pueblos indígenas de Nicaragua.

Unidos en nuestra diversidad, promoviendo relaciones equitativas entre mujeres y hombres, construiremos nuestra región.

Raquel Dixon Brautigam

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas aquellas personas que me apoyaron para el logro de este estudio, aquellos hombres y mujeres miskitos/as, mestizos/as, creoles/negros-as quienes de manera voluntaria contribuyeron a este estudio compartiendo sus percepciones, sentimientos y saberes.

A Alice Pineda, Master en Salud Pública quién gustosamente tutoreo este trabajo y Matilde Lindo, Líder del Movimiento de Mujeres Nidia White de la RAAW, conocedora del tema género quien ha brindado sus valiosas recomendaciones y revisiones al trabajo.

A Manuel Martínez, Yuri Zapata, Siloia Narváez, Geert Jan Van Heck, Martha González, Alma Lila Pastora quienes ha contribuido revisando y brindando sugerencias hacia el trabajo.

A las personas con quienes conversé sobre diferentes aspectos de la temática que me atendieron dándome oportunas sugerencias, Alta Hooker, Fausto Ubeda, Maritza Rizo, Joy Martin, Mirna Cunningham, Sandra Hooker, Manuel Rozenhl, Leif Swanstrom, Nelda Sánchez, Eddy McDonald, a las familiares y amigos por sus apoyos solidarios.

En general a todos y cada uno de los que contribuyeron al logro de la meta propuesta, mis sinceros agradecimientos.

Raquel Dixon B.

RESUMEN

Con el objetivo de aportar a la implementación del Modelo de Salud de la Región Autónoma Atlántico Norte, y conocer las percepción de los pueblos indígenas y comunidades étnicas sobre las relaciones genéricas en el proceso de Salud, se realizó este estudio en la ciudad de Bilwi, Puerto Cabezas, RAAN en los meses enero 2000 a mayo 2001.

Para comprender la situación de Salud de las mujeres y los hombres negros/ creoles/as, mestizos/as y miskitos/as de Bilwi, se requiere reconocer sus condición multiétnica, pluricultural y la percepción de las relaciones de género que implica esta diversidad de lengua, culturas, creencias, costumbres y tradiciones. Enfoque que nos permitirá acercarnos más a las necesidades y demandas de sus pobladores en la implementación del Modelo de Salud en Bilwi.

En la realización de este estudio intercultural cualitativo exploratorio, se utilizó informantes claves y grupos focales, realizando entrevistas a profundidad y grupo de discusiones. Informantes que fueron seleccionados por conveniencia garantizando una representación igualitaria de género (hombres y mujeres) y étnica (miskitos, mestizos, negros/ creoles).

Los resultados están clasificados de acuerdo a los descriptores planteados, roles de personalidad de género, roles bio-culturales de género, salud, principales problemas de salud, acceso y control a los servicios de atención en Salud.

Entre los principales hallazgos están:

- Los Hombres de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de Bilwi, perciben que existen diferencias de roles y responsabilidades asignados y asumidos a hombres y mujeres, lo cual es aceptado por las mujeres también, contribuyendo a factores de riesgos y perfiles diferentes en el proceso de salud.
- Las mujeres están fijadas no sólo físicamente sino que ideológicamente al espacio doméstico, colocadas en una posición de subordinación, sobre ellas recaen las responsabilidades del hogar, protección de la salud de la familia, servir a otros, contribución que se considera “natural” y sin valor, que las tareas son “fáciles y livianas”, y que las “mujeres son buenas.”
- Las mujeres miskitas se encuentran en una posición de desventaja con relación al hombre y a las otras mujeres objeto del presente estudio, dada su condición y situación subordinada para actuar y acceder a los recursos de atención en salud para su propio beneficio y el de su familia, lo cual aumenta riesgos para la mujer por significar tiempo y oportunidades perdidas a su beneficio.
- Cada etnia percibe el proceso salud-enfermedad-atención de forma diferente, inclusive las conductas que asumen para el control, protección y necesidad de atención es diverso para las mujeres y los hombres de cada etnia.
- Existe una falta de accesibilidad económica, cultural y funcional/ administrativa de los servicios de atención en salud que ofrece el Ministerio de Salud para los pueblos indígenas y comunidades étnicas de Bilwi. Refieren que la salud es un “negocio, largas horas de espera, atienden a amigos primero, falta de medicamento”.

- Los pueblos indígenas y comunidades étnicas interpretan las diferentes expresiones de atención en salud como complementarias entre sí, cada etnia realiza sus propias clasificaciones y toma de decisiones según el momento para su atención en salud.

Para poder aportar a los Modelos de Salud, es necesario:

- ✓ Que el Ministerio de Salud como órgano rector, en coordinación con la Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo, Consejo Municipal de Salud y Alcaldía, diseñe planes, programas y el monitoreo de los servicios de salud desde una perspectiva intercultural con enfoque de género, promoviendo la participación de hombres y mujeres de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de Bilwi.
- ✓ Que las Unidades de Atención en Salud se reorienten para ser más apropiadas en el aspecto cultural y más eficientes y eficaces en lo administrativo, funcional y económico, brindando un servicio que preste la sensación de bienestar, poder y solidaridad a las mujeres que participan en atender sus necesidades de salud.
- ✓ Que las mujeres organizadas miembros del Consejo Municipal de Salud, impulsen a través de este espacio programas de comunicación y educación, orientadas a promover una imagen digna y respetuosa de hombres y mujeres de las diferentes etnias, promoviendo nuevas formas de relación que fomenten la co-participación y la equidad en todos los espacios de sus vidas.
- ✓ Que las unidades formadoras de recursos humanos reorienten sus planes y programas, para que sean mas apropiados a las necesidades de la región con una perspectiva intercultural y con enfoque de género.

INDICE

									Pag.
1.	Introducción	-	-	-	-	-	-	-	8 - 10
2.	Antecedentes	-	-	-	-	-	-	-	11- 15
3.	Justificación	-	-	-	-	-	-	-	16 - 17
4.	Planteamiento del problema	-	-	-	-	-	-	-	18
5.	Objetivos	-	-	-	-	-	-	-	19
6.	Marco de Referencia	-	-	-	-	-	-	-	20 - 36
7.	Diseño Metodológico	-	-	-	-	-	-	-	37 - 40
8.	Presentación y Análisis de los Resultados.	-	-	-	-	-	-	-	41 - 59
9.	Conclusiones	-	-	-	-	-	-	-	60 - 61
10.	Recomendaciones	-	-	-	-	-	-	-	62 -63
11.	Bibliografía	-	-	-	-	-	-	-	64 - 65
12.	Anexos	-	-	-	-	-	-	-	66

I. INTRODUCCION

La Constitución Política de Nicaragua, máxima expresión del marco socio-jurídico, político y social de la nación, establece entre sus normas *la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, la no discriminación por razones de sexo, raza e idioma* (Arto. 27), igualmente establece en su artículo no. 59 que, *los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud, para lo cual el Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.*

Por otro lado, encontramos que el Estado de Nicaragua es signataria de un conjunto de acuerdos y convenios internacionales, que establecen derechos referidos a la salud de la población en general y de las mujeres y la niñez en particular, entre las cuales se puede mencionar:

- ✓ Declaración de los Derechos Humanos
- ✓ Compromisos mundial de salud para todos en el año 2,000. Alma Ata (1979),
- ✓ Convención sobre Eliminación de todas formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW (1981)
- ✓ Convención de los derechos del niño y la niña (1991),
- ✓ Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo (1994)
- ✓ Plataforma de Acción Mundial de la Conferencia Mundial sobre La Mujer, Beijing, (1995)
- ✓ Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer (Organización de los Estados Americanos, 9 de junio, 1994, Belém do Pará)

La suscripción de estos acuerdos y convenios internacionales y el cumplimiento de lo establecido en la Constitución, compromete al Estado nicaragüense a desarrollar y/o promover acciones y disponer metas orientadas hacia su cumplimiento. Por ello la falta de políticas claras con sus respectivos instrumentos que garanticen una efectiva implementación en pro del cumplimiento de estos acuerdos y convenios, repercute en que exista una discrepancia entre estos y la realidad práctica.

Para las Regiones Autónomas de la Costa Caribe nicaragüense, la existencia del Estatuto de Autonomía, Ley No. 28, base legal mediante la cual se establece las funciones y obligaciones de los Consejos y Coordinadores /as Regionales Autónomos, en su artículo ocho, inciso dos, contempla la administración de la salud por medio de estas estructuras. Para ello se ha conformado comisiones de trabajo entre las cuales está establecido la Comisión de Salud, la cual entre otras actividades realizadas ha construido un **Modelo de Salud Regional** que establece entre sus políticas, la *equidad* en la atención en salud como elemento primordial.

Sin embargo existe una brecha entre lo que estipulan las bases legales, los compromisos y su cumplimiento. Entre otras razones estas brechas tienen que ver con factores como, la confrontación de diferentes modelos de desarrollo que inciden en las interpretaciones y análisis de conceptos y percepciones sobre qué es salud. La convergencia de una comunidad multiétnica y pluricultural que posee culturas y tradiciones propias constituye otro factor que influye directamente en estas percepciones sobre la salud.

Los escritos e investigaciones sobre la situación de salud generalmente abordan temáticas desde perspectivas de salud-enfermedad y calidad de atención, los cuales a su vez carecen de un abordaje que visibilice a las personas desde su construcción social, particularmente desde su identidad sexual y cultural. Es de data reciente la incursión de asuntos sociales relacionados directamente con la opresión y subordinación genérica en el ámbito de la salud y estas están referidas sobre todo a temas sobre la violencia doméstica e intra familiar.

Entre las referencias en el abordaje de la violencia doméstica dados en estudios tales como, “Confites en el Infierno” hay recomendaciones de profundizar sobre incógnitas aún existentes en relación a la violencia doméstica¹. Recomendaciones que pueden ser interpretadas como la necesidad de conocer más a fondo aspectos que permitan mayor

¹ELLSBERG, PEÑA, HERRERA, LILJESTRAND Y WINKVIST, Managua, marzo 1996
Conclusiones del estudio sobre Prevalencia y Características de la Violencia Conyugal hacia las Mujeres en Nicaragua, pag. 41

entendimiento sobre porqué de la existencia de relaciones in equitativas entre mujeres y hombres, que a la vez están intrínsecamente ligados con la existencia y prevalecía de problemas de violencia y por ende un problema de salud pública.

Por consiguiente estudios sobre temas de *género y equidad* constituyen herramientas analíticas que permitirán destacar formas en que las construcciones sociales e ideológicas de la masculinidad y la feminidad y las condiciones de vidas generadas a partir de estas experiencias se expresan en la salud o sea en el bienestar total bio-psico-social de la población²; concepción que facilita la comprensión del porqué una persona marginada por la sociedad, no puede gozar de una salud plena.

Los enfoques dados en instrumentos tales como la Constitución Política de Nicaragua, el Estatuto de Autonomía de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua, los acuerdos y convenios internacionales, posicionan a las personas en igualdad de condiciones, determinando así que las mujeres, al igual que sus congéneres hombres, ocupan frente a la sociedad derechos y deberes igualitarios en el contexto de la salud, educación, economía, etc.

Sin embargo existen situaciones y condiciones que contribuyen negativamente a este fin. Condiciones que generalmente sitúan a las mujeres en desventaja ante el ejercicio de estos derechos. Derechos que son básicos en cuanto a las relaciones armoniosas que las sociedades pretenden construir y mantener. Ante esto, con la intención de aportar a este fin, - relaciones equitativas entre hombres y mujeres -, se ha realizado este estudio con el objeto de dilucidar la *“percepción de hombres y mujeres según las relaciones de género, en el proceso salud-enfermedad-atención, desde perspectivas de la diversidad étnica y cultural”* de los habitantes que conforman la población multiétnica en la ciudad de Bilwi.

² Del concepto de salud – Organización Mundial de Salud/Naciones Unidas

II. ANTECEDENTES

La contribución de las mujeres a la salud de su familia y a su comunidad por medio de sus quehaceres las sitúa como principales proveedoras de atención primaria en sus comunidades, según reconocimiento de la Organización Mundial de la Salud – OMS³. Son ellas las que recogen el agua, preparan las comidas, alimentan a los niños, cuidan los enfermos, los /las niños/ as, los ancianos y los incapacitados, son las madres las que generalmente llevan a los hijos y las hijas a vacunar y asisten al centro buscando atención de salud.

Las mujeres son las encargadas de asumir actividades referidas a la salud, enfermedad y atención, también son las principales informantes sobre el proceso de salud. El Banco Mundial de cara al seguimiento a la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995) afirma, que “un elemento importante para asegurar la sostenibilidad de políticas y programas de género es la creación de capacidad local para identificar, diseñar y manejar estas políticas y programas”⁴, afirmación que incluye a la salud como una de las esferas o eje temático de especial preocupación mundial⁵.

En la historia sobre el desarrollo de salud, la contribución de las mujeres permanece sin valor, invisible, porque se considera una expresión de la “función natural” de su sexo. La constatación de esta situación implica que es obstáculo del desarrollo la no valoración de las actividades que realizan las mujeres. En el diagnóstico investigativo del Movimiento de Mujeres Nidia White, realizado en 1999, el 80% de hombres y mujeres comunitarios entrevistados afirman que “los trabajos que hacen las mujeres son importantes porque sirven para el desarrollo de la comunidad, pero no tienen valor porque es parte de sus labores...”⁶

³ Naciones Unidas: Women Challenge to the year 2000, New York, 1991

⁴ Implementing the World Bank's Gender Policies Progress Report No. 1 March 1996:

pag. 8 “Strengthening local capacity to conduct gender analysis and manage gender-responsive projects”

⁵ tercera temática de especial preocupación en el contenido de Plataforma de Acción Mundial (Beijing, '95)

⁶ Movimiento de Mujeres NIDIA WHITE Diagnóstica Investigativo: La participación de las Mujeres en las Actividades Productivas y Reproductivas de las comunidades de Kuakwil y Krukira, Agosto, 1999 pag. 20

Contrariamente a la situación y condición de las mujeres, en casi todas las sociedades los hombres por su identidad genérica gozan de privilegios y oportunidades, son los que tienen prestigio, poder y reciben retribuciones consideradas como deseables (dinero, poder, libertad, etc.), lo cual reconocemos como el androcentrismo reinante en nuestros sistemas.

La lucha por tener sociedades más inclusivas y por ende más justas, significa transformaciones de patrones históricos de discriminación, por eso lograr mayor equidad entre hombres y mujeres, - equidad de género – también tiene que ver con la lucha por la “inclusividad” que cada día cobra mayor valor en las sociedades en busca de democracia, razón por lo cual se reconoce como una de las mayores riquezas de Nicaragua su diversidad cultural y multiétnica; por ella es necesaria una perspectiva intercultural que involucre “las interrelaciones equitativas, respetuosas de las diferencias sociales, culturales, de género, establecidas entre las diferentes culturas, pueblos, etnias.....para constituir una sociedad justa”⁷

Esta diversidad cultural y multiétnica es valorada de tal manera que a través de la Carta Magna, la Constitución Política de Nicaragua, en sus artículos 89 y 90 faculta a las comunidades de la Costa Atlántica a “**Preservar y desarrollar su identidad cultural y Preservar su lengua y cultura**”, derecho que solo puede ser posible en la medida que la población costeña lo asuma como propia y para lo cual es imprescindible el reconocimiento a las mujeres como sujetos de derecho como parte activa de la población costeña.

La Ley No. 28 “**ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE DE NICARAGUA,**” en su artículo 23 inciso 14 invoca la inclusión de las mujeres en su proceso de desarrollo, “**Promover la integración, desarrollo y participación de la mujer en todos los aspectos de la vida política, social, cultural y económica de la región**”⁸ como una atribución del Consejo Regional Autónomo, máxima expresión de la estructura del gobierno regional autónoma.

⁷ OPS/OMS, 1999

Esta integración de las mujeres en los diversos aspectos y ámbitos en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe nicaragüense, incluye su involucramiento y participación en los asuntos relacionados a la salud del pueblo costeño. Esto a su vez implica una revisión exhaustiva sobre como debe y puede ser esta participación.

Entre los ejes de las estrategias de desarrollo del Modelo de Salud de la Región Autónoma Atlántico Norte se contempla el fomento de un entorno que permita a la unidad familiar mejorar su salud⁸, para esto indiscutiblemente la intervención de las mujeres desde su rol de progenitora y cuidadora es esencial, por ello constituye un problema a resolverse sin lugar a dudas, su situación como fuente creadora de vida y como depositaria y transmisora de los valores de su grupos socio-cultural en cuya condición carece de real acceso al poder lo cual limita su incidencia.

En la RAAN el trabajo con las mujeres tiende a ser más complejo por su carácter multiétnico y pluricultural, la manifestación de la subordinación genérica suele ser de acuerdo a su identidad étnico-cultural, por ejemplo: Las mujeres indígenas, según los historiadores jugaban un papel importante en las funciones sociales y económicas de la familia, aseguraban la descendencia de las familias, la cohesión y participación en la toma de decisiones, esto le daba un nivel de poder e influencia⁹. Sin embargo la colonización inglesa, la Iglesia Morava y las compañías de enclave norteamericanas alteraron estas formas de relación¹⁰

No obstante, aún persisten estas relaciones en cuanto a la definición de roles laborales entre hombres y mujeres indígenas. Estudios realizados en la comunidad de Tuapi, en el año 1999, revelaron que existe una división social de trabajos bien definido en donde se diferencian las tareas de hombres y mujeres.¹¹

⁸ Texto integral del artículo 23 inciso 14 de la Ley No. 28

⁹ Modelo de Salud de las Región Autónoma Atlántico Norte: Estrategias de Desarrollo, numeral dos. Pag. 36

¹⁰ Cenzontle: Mujer y Condición de Género en el Caribe nicaragüense. Pag. 11

¹¹ DIXON, UBEDA, ROMERO: Organización Social de la Comunidad de Twapi

Mujeres	Hombres
Controlar las malezas	Sacar árboles grandes
Recolección de frutas y productos del Mar como almejas	Sembrar la tierra
Lavar	Trabajar en empresas pesqueras
Vende productos en Bilwi	Trabajar en empresas madereras
Cuidar los niños/as y los enfermos	

Cuadro sobre división social de las tareas¹²

En tanto las mujeres creoles /negras asumieron la responsabilidad de consolidar la familia, en cuyo caso, tanto los colonizadores ingleses, la iglesia morava, como las empresas norteamericanas les brindaron la oportunidad de estar en espacios de autoridad y con posibilidades de prepararse.¹³ Espacios que se convirtieron en una prolongación de su rol como servidoras; secretarias, maestras, enfermeras, etc.

Las mujeres mestizas son representativas de los valores y costumbres del pacífico, fueron influenciados por los colonizadores españoles y la iglesia católica, integrando a su identidad a valores conservadores y opresivos en las relaciones entre hombres y mujeres”. Manteniendo una desigualdad en la que el hombre posee todos los poderes de decisión a lo interno de la familia y la comunidad”¹⁴.

Estas desigualdades de relaciones entre hombres y mujeres se han ido conformando a lo largo de nuestra historia, por tanto no es fácil el logro de cambios de actitudes y pensamientos de forma acelerada; lo que se pretende es lograr una aproximación más cercana a la realidad de cada una de las mujeres y hombres de Bilwi en cuanto a su percepción sobre las relaciones genéricas.

¹² IBID

¹³ CENZONTLE: Mujer y Condición de Género. Pag. 12

La división social del trabajo desde perspectivas genéricas, las prácticas y creencias culturales, el sistema de relaciones caracterizada por el androcentrismo, la subordinación y opresión de las mujeres, son algunas de situaciones que por su incidencia en la salud de las personas individuales y colectivas merecen ser estudiados para aportar acertadamente a las políticas, planes, programas y proyectos de desarrollo humano.

¹⁴ IBID

III. JUSTIFICACION

El planteamiento del pluralismo étnico como uno de los principios dado en la Constitución Política de Nicaragua, el establecimiento de la igualdad jurídica entre hombres y mujeres y la no discriminación por razones de sexo, son algunos de los fundamentos que justifican la urgente necesidad de contar con elementos que permitan conocer a profundidad las percepciones existentes para un análisis a fondo sobre fortalezas y/o obstáculos que promueven o limitan el establecimiento de las condiciones aquí deseadas.

En Nicaragua se está gestando una nueva forma de entendimiento sobre el desarrollo de la salud, ésta es ahora concebida como un *“bien social, forma parte y apoya el desarrollo local saludable y sostenible, como un compromiso asumido de manera proactiva. .”*¹⁵ Esta concepción impela a que para comprender la situación de salud de los pobladores de la RAAN, se requiere reconocer su condición multiétnica como uno de los arraigos más importante en la construcción de su identidad.

Este reconocimiento es extensivo al nivel de las distintas percepciones de las relaciones de género que implica la diversidad de lenguas, culturas, creencias y tradiciones. Por tanto, es una necesidad imponderable la realización de estudios interculturales, ante la carencia de investigaciones que permitan mayor acercamiento científico al tema.

Buscar como generar procesos de intercambios, reciprocidad y solidaridad de relaciones de respeto mutuas”,¹⁶ hace preciso conocer cual es la percepción de las relaciones genéricas en el proceso de salud, enfermedad y atención, de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de Bilwi, Puerto Cabezas, lo cual implica reconocer sus visiones sobre la salud en términos generales para así contar con elementos suficientes que permitan un proceso de análisis, a su vez conduzcan a garantizar resultados ajustados a la realidad.

¹⁵ Modelo de Salud de la Región Autónoma Atlántico Norte: Introducción pag. 9

¹⁶ HOOKER Alta, CUNNINGHAM Mirna: Interculturalidad

Realidad sobre la cual se debe fundamentar los modelos de salud a implementarse, en el entendido de que los límites de Salud sobrepasa lo institucional. Debe tener un sentido integral con enfoque de distintas perspectivas de la vida humana, lo cual requiere de métodos y técnicas científicas que coadyuven a lograr este fin.

La implementación del Modelo de Salud de la Región Autónoma Atlántico Norte en términos de desarrollo y fortalecimiento es muy complejo, se requiere de una aproximación realista a los problemas y necesidades de la población actualizada, a través del análisis de sus percepciones, para de esta manera contribuir al mejoramiento de la salud y las condiciones de vida de las comunidades étnicas y pueblos indígenas de la Región Autónoma Atlántico Norte.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abordaje para conocer como perciben las relaciones de género las diferente etnias y culturas, dentro del proceso salud – enfermedad - atención, se hace debido a que estamos avanzando en la implementación de un modelo de salud regional, lo cual nos conduce a la formulación de la siguiente interrogante:

¿De qué forma las diferentes etnias, con sus propias culturas, cosmovisión y formas de relacionarse, inciden en su percepción acerca del proceso de salud– enfermedad – atención?

VI. MARCO DE REFERENCIA

La sociedad se organiza en base a estratos y status sociales los cuales expresan relaciones de poder jerárquico, que pueden ser dados por diversas situaciones tales como clases sociales, generacional, cultural, religioso, étnica y sexo.

Nicaragua es un país multiétnico y pluricultural cuya Constitución Política establece en su arto. No. 4 que *“El estado promoverá y garantizará el desarrollo humano de cada uno de los Nicaragüenses, protegiéndolos contra toda forma de discriminación y exclusión”* de igual manera plantea en el arto. No. 59 *“Los Nicaragüenses tienen derechos por igual, a la Salud.”*

El informe de Desarrollo Humano en Nicaragua 2000, afirma que *para lograr la equidad en materia de Salud es importante promover la atención entre los grupos más desfavorecidos*. Considerando condiciones y situaciones socio-políticas y económicas, podríamos asumir que los desfavorecidos son los pueblos indígenas y comunidades étnicas, sobre todo las mujeres y la niñez.

Los ejes de análisis de *“Desarrollo Humano en Nicaragua 2000”*, demuestran claramente las brechas de inequidad para los habitantes de la Costa Atlántica en relación al resto del país, expresados en resultados tales como la Tasa de Mortalidad Materna que tiene un promedio Nacional de 106 por cada 100,000 nacidos vivos, mientras que en la Región Autónoma Atlántico Norte es de 236, de igual manera la cobertura de los servicios de salud por parte del Ministerio de Salud es menor en esta zona geográfica del país.

Estas realidades conllevan a una necesidad impostergable de nuevas formas de relación con y entre los pueblos indígenas y comunidades étnicas y población en general de Nicaragua; una relación que visibilice y empodere hombres y mujeres de cada una de las etnias. *“Un paradigma integral que determine el reconocimiento y ejercicios de la diversidad, con equidad y derechos a la diferencia”*.¹⁷

¹⁷ HOOKER y CUNNINGHAM: Interculturalidad

6.1. Género

El auge que ha tenido el concepto de género en los últimos tiempos, su uso indiscriminado y el enorme desconocimiento que existe sobre el tema, han contribuido a generar una serie de resistencias y distorsiones respecto al tema, hasta el punto de confundir el término como sinónimo de mujer.

Durante estos últimos años se han perfilado dos principales vertientes teóricas sobre “Mujer y Desarrollo”. Como se puede observar ambos se refieren a las mujeres en proceso de *superación*.

- La primera vertiente, “**Mujer en Desarrollo**” (MED) o “Women in Development” (WID, según sus siglas en inglés), surgió en la década de los años 70 con el fin de apoyar la incorporación de la mujer a los esfuerzos de desarrollo, dado que se reconoció que estas desempeñan un papel preponderante socio económicamente, aunque muchas veces in visibilizado. Bajo esta óptica, se apoya principalmente proyectos productivos con énfasis en la satisfacción inmediata de las necesidades prácticas de las mujeres para mejorar sus condiciones de vida, por ejemplo mediante el establecimiento de un colectivo de mujeres para la venta de artesanía o productos alimentarios. Este enfoque concibe a las mujeres como el problema, su marco explicativo se fundamenta en la teoría de las funciones sin profundizar en el cambio y constitución de las mismas¹⁸.
- La segunda vertiente, “**Género en Desarrollo**” (GED) o “Gender in Development” (GID, según sus siglas en inglés). Surgió en la década de los años 80 y en lugar de enfocar únicamente en las mujeres como el problema, pone énfasis en las relaciones entre mujeres y hombres. Tiene como finalidad lograr mayor igualdad y equidad entre los sexos, y por eso responde a las necesidades estratégicas de las mujeres, es decir a cómo se puede cambiar a mediano y largo plazo, su posición oprimida y subordinada en la sociedad. El ejercicio de sus derechos, la capacitación sostenida sobre temas de

¹⁸ OPS: Género, Mujer y Salud , publicación No. 541

autoestima y liderazgo, montaje de servicios tendientes a fomentar transformaciones de las relaciones desiguales e inequitativas en el ámbito privado y público son las principales características de esta vertiente.

Esta segunda vertiente en su abordaje ya no considera a la mujer en sí misma como unidad de análisis, sino que estudia las dinámicas de las relaciones entre los sexos para evaluar el impacto que tiene esa relación sobre los aspectos más importantes de la vida cotidiana. Entre estas, el estudio sobre el proceso salud–enfermedad–atención de hombres y mujeres de las diferentes etnias, propone gran importancia desde el enfoque que concibe el ordenamiento social como problema, con su marco explicativo fundamentado en la teoría del poder y de las relaciones sociales¹⁹.

Las relaciones sociales en términos genéricos implican a mujeres y hombres, aunque en muchas ocasiones se entiende al género como sinónimo de mujer, es tan así que muchos y muchas creen que sólo las mujeres tienen género, y por tanto cuando se refiere a ello se cree que se está hablando solo de las mujeres. Sin embargo, al hablar de género estamos hablando de una cualidad histórica construida para hombres y mujeres.

Género, se refiere a las características sociales que una sociedad determinada define para normar las actividades, los comportamientos, las formas de sentir, de pensar y de relacionarse entre sí para hombres y mujeres; categoría relacional que visibiliza las desigualdades entre mujeres y hombres.

Por otro lado el sexo se refiere a las características biológicas, anatómicas y fisiológicas que diferencian a hombres y mujeres.

SEXO no es igual que GÉNERO

GÉNERO no es igual a MUJER

SEXO:

Biológicamente determinado

Se nace con él

Estático

Por lo tanto,

DÍFICILMENTE SE

PUEDE CAMBIAR

Ejemplos.:

Sólo las mujeres
pueden parir.

Sólo los hombres
pueden aportar espermatozoides
para la gestación.

GENERO:

Determinado cultural y socialmente

Es aprendido/transmitido

Dinámico

Por lo tanto,

SI PUEDE CAMBIARSE

Las mujeres pueden hacer los trabajos
tradicionalmente realizados por los hombres.

Los hombres pueden realizar trabajo doméstico,
y el cuidado de los niños /as.

6.1 a) Construcción social genérica

Es en el proceso de socialización /aprendizaje a través del cual a lo largo de la vida de las personas se transmiten e interiorizan los códigos sociales, morales, normas, orden, rituales tradicionales que corresponden a hombres y mujeres.

En nuestras culturas existen patrones de comportamiento estereotipados diferentes para hombres y mujeres, sin embargo, existe la posibilidad de cambiarlos y modificarlos para lograr una equidad e igualdad entre los sexos²⁰.

¹⁹ **IBIDEM**

²⁰ **PALACIOS, Jairo:** Salud Reproductiva Apuntes para un Curso Básico. Pag. 19. Primera Edición Managua

Equidad implica que el acceso a los recursos y servicios de salud atienda no a criterios “neutros” de cuotas igualitarias sino a consideraciones de diferenciación que respondan a las necesidades especiales de hombres y mujeres de las diversas etnias.

Se hace necesario promover relaciones de equidad entre varones y mujeres basado en un principio elemental, la justicia social.

Un programa se puede dirigir solo a hombres, solo a mujeres o a ambos y estará utilizando un enfoque de género en la medida en que se utilice la equidad como un eje de análisis a fin de modificar las relaciones hombre-mujer que se traducen en una subordinación o devaluación de ella, de su trabajo o en una restricción para las mujeres o para los varones asociada a los esquemas de masculinidad-feminidad socialmente asumidos.

Desde el sistema estatal, la salud de la mujer es concebida en forma disociada, enfatiza su función reproductiva desde aspectos biológicos solamente. La atención no asume a la mujer como persona integral no toma en cuenta los diversos roles que desempeña y como estos inciden en su estado de salud.

Entender la lucha de las mujeres por lograr equidad de género, es entender que no es en contra de los hombres como sujetos en sí, sino en contra de la opresión y subordinación que emana de las relaciones de dominio de un sexo sobre otro.

Cuando se habla de la necesidad de incorporar el enfoque de género en las estrategias de la atención en salud, se hace necesario tomar en cuenta la *Interacción entre Género, Acceso y Control:*

Relación de género es parte integral de la cultura, la cosmovisión, formas de vivir, relacionar, formular y conceptualizar el proceso salud – enfermedad – atención.

La conciencia de género facilita una práctica transformadora, teniendo como meta lograr equilibrio y equidad en las relaciones de género, así como la satisfacción de las necesidades en salud de cada sexo y etnia. Sin embargo para la misma se necesita tener claramente definido el nivel de percepción por parte de estos actores, para así poder intervenir.

Incorporar el enfoque de género en el modelo de salud de la Región debe ser en base a la consulta con hombres y mujeres de las diferentes etnias, es necesario las interacciones entre género, acceso y control.

6.1 b) La interacción entre género, acceso y control

Hombres y mujeres tienen necesidades diferentes debido a que desempeñan diferentes roles en la sociedad,²¹ por tanto se hace indispensable la recolección y el análisis desagregada por sexo y etnia para poder tener claro el significado que tiene para cada uno las relaciones de género. Para la realización de esto se hace necesario la identificación de los roles de género, la definición de acceso y control sobre los recursos.

Roles de género, son las divisiones de trabajo existente. La identificación de roles hace “visible” el trabajo invisible y no valorado que hacen las mujeres. Siendo los roles **productivos** las que se consideran como generadora de ingresos, mientras el **rol reproductivo** está íntimamente ligada con la reproducción biológica y todas las responsabilidades que esta conlleva, a este se le suma el **rol de gestión comunal** que consiste generalmente en el trabajo voluntario.

La división del trabajo tiene factores de riesgos y protección diferentes en proceso de salud, enfermedad y atención para hombres y mujeres de las diferentes etnias.

²¹ MOSER Caroline, *Planning in the Third World: Meeting practical and strategic needs*, 1989. Pag. 60

El desequilibrio del poder en las relaciones entre mujeres y hombres en el hogar, tiene repercusiones en la posibilidad que tienen las mujeres de ejercer **control** de su vida, incluso su **acceso** a recursos y servicios.

Implicaciones para la salud de las mujeres: Se suele escuchar que las mujeres utilizan mucho más que los hombres los servicios de salud. Pero esta utilización se puede ver obstaculizada en diferentes momentos por falta de acceso y control sobre los recursos.

Para que la mujer reconozca que tiene, por ejemplo, un problema ginecológico, ella necesita tener **acceso a información/educación** que le posibilite identificar los síntomas de un problema de salud. El acceso a la información es entonces un elemento crucial, para que la mujer tome la decisión de dirigirse a los servicios de salud.

- Aún cuando la mujer reconoce que tiene un problema ginecológico, ella puede estar demasiado avergonzada y tímida como para plantárselo al médico. En esta instancia el grado de desarrollo de sus **recursos internos** le da la **confianza** necesaria para tomar acción.
- La mujer puede opinar que quiere atención médica. Sin embargo, la decisión de ir o no ir al médico, puede no ser tomada por ella solamente y estar a la aprobación del esposo, la suegra, los padres, etc.
- Además de la falta de acceso a un seguro médico, los servicios de salud puede no ser accesibles a la mujer, al no tener ella dinero para el transporte. De igual, o mayor importancia, es el hecho que la mujer puede no tener con quien dejar los hijos, los enfermos o los abuelos a su cargo.
- De poco sirve el acceso gratuito a la atención médica, si no se dispone de recursos económicos para comprar los medicamentos necesarios para la enfermedad diagnosticada.

- El horario de atención del servicio médico y el tiempo de espera y viaje, pueden significar obstáculos adicionales para la mujer quien no tiene **control sobre su tiempo**.

Estos elementos deben ser relacionados con los fundamentos propios de la cultura de cada grupo étnico. También hay que valorar el papel/ incidencia de la religión en los elementos relativos a la reproducción y a la sexualidad de la mujer.

Implicaciones para la Salud de los Hombres:

- En cuanto al acceso y control de los recursos necesarios para su salud, los hombres puede, por ejemplo, no tener **acceso a la información** sobre los programas de detección de cáncer de próstata. Asimismo, aunque puedan estar informados, pueden decidir no hacerse la revisión médica adecuada, por temor o por vergüenza.
- Por otro lado, el hombre, puede tener **control sobre las relaciones sexuales**, pero su conocimiento sobre la sexualidad y reproducción, puede ser deficiente y erróneo, por no tener **acceso a la información** adecuada. La falta de acceso a la información, puede conllevar prácticas sexuales que ponen en riesgo, tanto al hombre como a la mujer, de contraer enfermedades de transmisión sexual.

6.2 Proceso Salud de los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas

El proceso salud/ enfermedad/ atención es una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas en las sociedades²². “El proceso salud-enfermedad es un aspecto muy relevante en la cultura de un pueblo, hay importantes elementos culturales (formas de vida, costumbres y creencias) que establecen una percepción especial en los procesos salud-enfermedad.”²³

²² MENDES, Eduardo: La Enfermedad y la Curación

²³ DAVIS, W. Trudy, ESPINOZA, Serafina: Factores que inciden en el uso de Letrinas, Twapi

La ciudad de Bilwi, área urbana y cabecera del Municipio de Puerto Cabezas en la Región Autónoma Atlántico Norte, está habitada por los pueblos indígenas y comunidades étnicas. Estos pueblos indígenas están conformados por los miskitos y los sumos /mayagnas, mientras que las comunidades étnicas están conformados por los negros /creoles y mestizos hispano parlantes.

Los gobiernos del mundo han aceptado que los seres humanos, tienen algunos derechos inalienables, entre estas tenemos el derecho a la salud, como uno de los básicos. La Carta Magna, Constitución Política de Nicaragua en su Cap. VI Establece los *Derechos de las Comunidades de la Costa Atlántica*, refiriéndose en su arto. No. 89 *El Derecho de preservar y desarrollar su identidad cultural*.

Las relaciones de género es parte integral de la cultura, la cosmovisión, forma de vivir, relacionar, formular y conceptualizar el proceso salud – enfermedad – atención. “La salud y el proceso de salud- enfermedad son aspectos muy relevantes en la cultura de un pueblo, involucran ideas, creencias y valores²⁴”

Las mujeres y los hombres de cada etnia tienen sus propias formas de percibir el proceso salud – enfermedad, riesgos de enfermarse así como las necesidades, acceso y conductas en la búsqueda de atención. “El proceso salud/enfermedad/atención supone la existencia de representaciones y prácticas para atender, enfrentar y solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la Salud²⁵”.

En el idioma miskito no existe la palabra enfermedad –la que frecuentemente se suple con el concepto inglés “*sickness*”- el uso de la frase “*saura takan*”, que significa estar en desequilibrio con la naturaleza.²⁶”

²⁴ CUNNINGHAM, Mirna y CUNNINGHAM, Wilfredo: *Medicina Tradicional en Comunidades Miskitas*. Pag. 73.

²⁵ MENDES, Eduardo: *La enfermedad y la curación*

²⁶ FAGOTH, Ana y SILVA Adán: *Armonizando con nuestro entorno*. Pag. 21

Para el pueblo indígena miskito las causas de las enfermedades tienen estrecha relación del cuerpo humano con el agua (*liwa*), el monte (*aubia*), los espíritus (*lasas*) y el resto de los comunitarios. La Mayoría de los casos de las enfermedades, de los malestares mentales y físicos, son provocados por el *lasa* cuando las personas no cumplen con los requisitos mínimos de armonía con la Naturaleza, por ejemplo el caso “cuando un cazador que mata más venado que los que necesita para comer”.²⁷

“La Medicina Tradicional miskita combina elementos de la medicina occidental, medicina indígena y la medicina casera”²⁸ En la cultura miskita la creencia en el “poisin,” es elemento usual para la explicación de las enfermedades misteriosas e incurables, aunque esto muchas veces es inclusive a las muertes en general.

Entre los miskitos es el médico autóctono el principal protagonista en el proceso de curación, tiene variados nombres según la función que desempeña, como la partera, el sobador, el yerbero, el curandero, el *sukia*.²⁹

Entre los tratamientos utilizados por estos terapeutas están las hierbas, baños, vapores, frotaciones, invocación de espíritu a través de cantos y rituales, procesos en los cuales participan los familiares y en ocasiones la comunidad.

Para la preparación y curación de los males, señalan restricciones dietéticas, contacto con personas determinadas, especialmente con mujeres” “Ningún paciente debe consumir alimentos preparados por mujeres durante su flujo menstrual, de lo contrario el paciente se agrava.”³⁰

Dentro de la cultura negra /creole existen muchas creencias en relación a la salud y la utilización de la medicina popular o casera que suele ser a base de hierbas. Es costumbre cotidiano el tomar té de hierbas, que sustituye el uso de café, especialmente en el caso de los niños y niñas.

²⁷ IBIDEM

²⁸ Cuunningham, Mirna y CUNNINGHAM, Wilfredo: Medicina Tradicional en comunidades miskitas Pag. 9

²⁹ FAGOTH y SILVA: Armonizando con nuestro Entorno. Pag. 27

Por lo general ha sido considerado como una población sana, cuando algunos se enfermaba la gente sabía la cura con “hierbas.” Estudios sobre la condición de salud de la familia creole revelaron que el 50% de esta grupo étnico prefiere automedicarse con medicamentos caseros o visitar al médico tradicional, por que sienten que al asistir a las unidades de salud, estas no resuelven sus problemas, además de que el médico tradicional conoce las plantas que necesitan, sienten que los atienden bien y le tienen confianza³¹.

En la cultura negra/ creole también las parteras que hacen las veces de doctor en los casos de los embarazos, las parteras revisan a la embarazadas y le brinda instrucciones sobre el control de su embarazo.

La población negra/ creole creen en “OBEAH,” una gran cantidad de personas le achacan al **obeah** todos sus males y fracasos o éxitos, por lo tanto, recurren a él como su remedio. “El **obeah-man** trabaja por medios misteriosos, a menudo en la oscuridad, no permiten que otros vean, no le dice a nadie lo que hace.”³² “La cultura creole (negra /creole) en los barrios de Bluefields, RAAS, mantienen el OBEAH como parte fundamental de sus creencias.”³³

Existen una serie de creencias y supersticiones en la cultura negra /creole por ejemplo se cree que si una mujer embarazada mira la luna o el sol cuando está en eclipse, su bebé puede nacer con algún defecto. “si una persona mayor pasaba por encima de un niño, el niño crecería mucho más despacio que lo normal.”³⁴

Creencias que tienen una estrecha relación con el proceso de salud – enfermedad, por tanto es necesario conocer y profundizar sobre la manera en que puede incidir en la misma.

³⁰ COX, Avelino: Cosmovisión de los pueblos. Pag. 116

³¹ HOOKER, Alta/ MARTIN, Joy y HOOKER Sandra: Aporte al Modelo de Salud de la RAAN. Pag. 61

³² SUJO, Hugo: Historia Oral de Bluefields. Pag. 114

³³ IBIDEM Pag. 113

No obstante las semejanzas y similitudes en cuanto a creencias y costumbres entre los distintos grupos étnicos, el comportamiento tradicional con respecto a la salud es conservado más por los habitantes que viven fuera del casco urbano y por los miskitos.³⁵

Por tanto, para los modelos de salud considerar que las necesidades de hombres y mujeres de la RAAN son iguales sería un error, sus vivencias y percepciones sobre enfermarse y las conductas de búsqueda de atención, muestran diferencias sustanciales que necesitan dilucidarse; se hace necesario un enfoque intercultural en salud, un enfoque autonómico de empoderamiento, basado en los derechos sustantivos de los pueblos indígenas y comunidades étnicas a como son: *autodeterminación, participación efectiva, reconocimiento, ejercicio y protección legal de sus conocimientos y saberes*³⁶

Este paradigma intercultural reconoce respeta, define y promueve la diversidad cultural como fuente de orgullo y riquezas de la Nación.

6.3 Sistema de Salud Nicaragua:

El Ministerio de Salud nicaragüense dentro de sus políticas plantea que la Atención Integral a la Mujer y la Niñez deben ser profundizados, para ello se plantea la estrategia “impulsar la aplicación de la atención integral con enfoque de **género**, procurando calidez y calidad para los usuarios y usuarias, en todas las unidades de salud”.³⁷ Este nuevo abordaje, aunque se pretende romper con el verticalismo tradicional del programa, se considera que la implementación de esta estrategia tiene serias dificultades, lo cual se debe a varios elementos, entre ellos:

- ◆ Implica cambio de actitudes, conocimientos y prácticas.
- ◆ Amerita mayor profundización y análisis, para poder consensuar este enfoque, que la misma implica un enfoque holístico y no meramente biologicista.

³⁴ IBIDEM Pag. 124

³⁵ BRACE, Danneth: Salud y Cultura en el Caribe de Nicaragua, Wani N° 15, Marzo, 1994.

³⁶ HOOKER y CUNNINGHAM: Interculturalidad

Se plantea dentro de los objetivos de la modernización la **equidad**, siendo el grado de satisfacción, se distribuye de forma proporcional a las necesidades de solución a sus problemas³⁸.

De igual manera a través de su misión: alcanzar el nivel máximo de bienestar haciendo el sistema más **accesible a la población, más equitativo y más eficiente**. A través del programa de modernización plantea la **accesibilidad**, el derecho a una asistencia rápida o en un período tiempo razonable, revisar y ampliar los horarios de atención adaptándolos a las necesidades de los usuarios.”³⁹

Estudios realizados en marzo del 2000, en el Policlínico de Puerto Cabezas manifiesta que la mayor inconformidad de los usuarios /as se debe a las accesibilidades organizativos en que los horarios se adaptan para la comodidad del personal y no al de los usuarios, las manifestaciones del estudio fueron: “Largas horas de espera, priorización de personas por afmidades.”⁴⁰

Se observa que dentro de las políticas del Ministerio de Salud aborda la necesidad de **descentralización y la participación social** como elementos necesarios para el avance en salud, varias son las interpretaciones que han influido en la adecuada o inadecuada calidad de la atención de salud a como son las accesibilidades. La accesibilidad implica una adaptación entre los proveedores y los clientes que facilita la relación”⁴¹.

Se podría realizar una clasificación de las diferentes formas de accesibilidades, entre ellos:

- ◆ **Accesibilidad o barreras culturales**, están dados por la falta de comprensión de los contextos culturales. Los servicios públicos no toman en cuenta la diferencias culturales de cada uno de las mujeres y los hombres en cuanto a lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida.

³⁷ MINSA: Manual Operativo de Atención Integral Mujer 1996 – Pag. 15

³⁸ MINSA: Programa de modernización Salud 1998-2002

³⁹ MINSA: Programa de modernización Salud 1998-2002

⁴⁰ DIXON y ROMERO: Equidad en los servicios del Policlínico, Marzo 2000

⁴¹ MINSA: Políticas Nacional de Salud 1997-2000

- ◆ Accesibilidad o barrera económica constituyen las dificultades financieras que tienen para acceder a la atención en salud por el nivel de ingresos, costos reales de la atención (transporte, alimentación, hospedaje, medicamentos, días u horas ausentes de su casa).
- ◆ Accesibilidad o barreras funcional/ administrativo están determinada por los horarios de atención, tardanza en la atención, largo tiempo de espera, malas condiciones físicas en las salas, excesiva rotación del personal, procedimiento técnicas utilizados.

El Ministerio de Salud contempla una estructura de clasificación de los motivos de consulta en el primer nivel de atención, dividido en 17 secciones, los cuales tienen una sub clasificación de 355 causas posibles”⁴²(Ver anexo). De esta clasificación el 98% son de orden biológico y apenas un 2% que lo abordan como problemas sociales entre lo cual mencionan problemas familiares, inadaptación social, violencia contra la mujer, violaciones.

El informe del Desarrollo Humano 2000 reconoce que en Nicaragua la atención en Salud ha progresado en calidad y grado de cobertura, lo que ha incidido en el descenso de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida, sin embargo pese a los avances observados, los problemas sanitarios todavía son agudos. Persisten disparidades entre población, la Región autónoma Atlántico Norte presenta tasas de mortalidad materna de 236 por 100,000 nacidos vivos, duplicando el promedio nacional.⁴³

⁴² MINSA: Indicadores Básicos en Salud 2000, Nicaragua

⁴³ PNUD: Informe del Desarrollo Humano Nicaragua 2000- Primera Edición Managua. Pag. 37

El mismo informe establece que los factores que inciden en la falta de acceso a los servicios de salud destacan la distancia, dificultades de transporte y costos, así como la molestia de algunos usuarios por la calidad de la atención recibida. Las contribuciones civiles han sido escasamente valorados”.⁴⁴

Las medidas económicas han incidido en la calidad de la atención en salud, los trabajadores de la Salud han tenido que soportar el franco deterioro de las unidades de Salud, la falta de materiales y equipos, y encima de esto recibir un salario miserable como remuneración de una labor tan especial, ya que es con seres humanos que se trabaja. Nicaragua posee el presupuesto de salud más bajo de América Latina, dieciséis dólares al año por persona. Esto impide brindar un servicio integral de salud a niños y mujeres.⁴⁵

Las mujeres constituyen el 80% de todos los trabajadores de salud, a la vez el 73% de los usuarios del servicio de atención en salud son mujeres. Sin embargo solo el hecho de tener esta “representatividad” de las mujeres en los espacios de poder y de atención en salud, no significa una garantía de que su acción política será en mejor representación de los intereses de las mujeres. La acción política de las mujeres, para que sean eficaz, debe partir del reconocimiento y respeto de la diversidad, para luego desarrollar estrategia a partir de la conciliación de intereses comunes.

6.4 Modelo de Salud en la RAAN

El ministerio de Salud en su Plan de 1988, planteó la necesidad de reorganizar el Sistema a partir de la implantación y descentralización de los sistemas territoriales, dichos sistemas debían organizarse en función de cada territorio y en base a las necesidades de enfrentar integralmente los problemas de Salud de la población.

⁴³ PNUD: Informe del Desarrollo Humano Nicaragua 2000- Primera Edición Managua. Pag. 37

⁴⁴ IBIDEM – Pag. 45

⁴⁵ PIZARRO, Ana María Dra.: Nuevo Diario, 12 de junio, 1999 “En Nicaragua no hemos avanzado mucho en población y desarrollo”

La Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo de la RAAN, en cumplimiento con los mandatos constitucionales referidos en el Cap. VI, Art. No. 89: “Las comunidades de la Costa Atlántica tiene derecho de preservar y desarrollar su identidad cultural en la unidad nacional; dotarse de su propias formas de organización social y administrar sus asuntos locales conforme a sus tradiciones,” y el artículo No. 181: “ El Estado organizará por medio de una ley, el régimen de autonomía en las regiones donde habitan las comunidades de la Costa Atlántica para el ejercicio de sus derechos, con la cual nació la Ley No. 28 denominada Estatutos de Autonomía de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua. Facultados para “Administrar los Programas de Salud en coordinación con el Ministro de Estados correspondientes,”⁴⁶ la Comisión de Salud entre otras cosas ha elaborado un Modelo de Salud de la Región Autónoma Atlántico Norte que se fundamenta en estos mandatos y la gran necesidad de reorganizar los servicios de Salud en base a las demandas, intereses y necesidades particulares de la población costeña.

La Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo desarrolló un amplio proceso de consultas para la elaboración de este Modelo de Salud de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de la RAAN, el cual fue aprobado por el pleno de los miembros del Consejo Regional Autónomo en Octubre 1997. (Ver Anexo)

Entre los principales problemas de Salud planteados en Modelo de la RAAN se mencionan “enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias, malaria, tuberculosis, causas violentos, accidentes, enfermedades de transmisión sexual”. De igual forma menciona como problema social y cultura “ el incremento de la violencia, corrupción, drogadicción”⁴⁷

Las políticas y principios del Modelo de Salud de la RAAN está comprendida en el marco de referencia de las políticas Nacionales de Salud, dentro de los principios planteados en Modelo están:

⁴⁶ Arto. Ocho, numeral dos Ley No. 28

⁴⁷ Hooker, Cunningham, Rupillius- Modelo de Salud en la Región Autónoma Atlántico Norte. Imprematur 1998. Pag. 24

- “La Atención en Salud debe ser integral”
- “La equidad en la atención en Salud es un elemento primordial”
- “Toda la población deben tener acceso a la atención en Salud. Se refiere al acceso económico, social, geográfico y cultural”⁴⁸

Este modelo no tiene un enunciado que aborda el enfoque de género, pero sí dentro de sus escritos hace referencia a la equidad, atención integral, accesibilidad por tanto se plantea que para la implementación de este Modelo y abordar el enfoque de género es necesario conocer y analizar el significado del mismo para las mujeres y hombres multiétnicos de la región.

Se considera que el obviar este análisis podrían conducir a la implementación de estrategias erradas al considerar el enfoque de género según conceptos preconcebidos y no aquellos que realmente sienten los pueblos indígenas y comunidades étnicas de la RAAN.

Se reconoce que las nuevas relaciones deben estar basadas en el respeto mutuo, la reciprocidad y la convivencia, y dirigirse hacia el fortalecimiento de las identidades.

Cada hombre y mujer de la diversas culturas, necesita identificar los cambios que necesita y desea; todas las culturas tienen algo que enseñar y aprender de las otras.

Es importante reconocer que la situación de los pueblos indígenas y comunidades étnicas es muy diferente al resto del país, una característica que une la diversidad de los pueblos indígenas y comunidades étnicas es su cosmovisión holística sobre salud.

Se hace necesario un enfoque intercultural, valorar las diferentes destrezas, habilidades, costumbres, creencias y formas de vida de hombres y mujeres en el proceso salud, enfermedad, atención, y así contribuir a las condiciones de vida de cada poblador de la región.

⁴⁸ IBIDEM – Pag. 33

VII. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 Tipo Estudio: Estudio cualitativo exploratorio interpretativo basado en el análisis de la percepción de las relaciones de género en el proceso de salud – enfermedad – atención de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de Bilwi. Exploratorio por cuanto no existe estudios anteriores sobre este tema.

7.2 Población Estudio: La Región Autónoma Atlántico Norte cuenta con seis municipios, Puerto Cabezas, Waspmam, Siuna, Bonanza, Rosita y Prinzapolka. La población de Bilwi, área urbana y cabecera del municipio de Puerto Cabezas, con 29,529 habitantes”⁴⁹ está conformada por pueblos indígenas (miskitos y sumos/mayagnas) y comunidades étnicas (mestizos y creoles negros), de los cuales 52.2% son mujeres. Fueron seleccionados como informantes para brindar informaciones hombres y mujeres miskitos, mestizos y creoles/negros de Bilwi.

7.3. Procedimiento Recolección de Datos – Elaboración de una matriz guía (ver anexo no. 2)

Fuentes:

- Informantes claves, seleccionados por conveniencia asegurando una representación igualitaria genérica y étnicamente, con el propósito de obtener versiones variadas, para visibilizar, considerar y tener en cuenta las percepciones y realidades vividas de forma diferente de hombres y mujeres miskitos, mestizos y negros /creoles.

⁴⁹ - INIFOM – FNUAP/ Informe Estadístico Sociodemográfico MUNICIPIO DE PUERTO CABEZAS, 2000 – pag. 24

- Grupos de discusión o grupos focales. Se trabajó con tres grupos, uno por cada etnia, compuestos por tres a cuatro hombres y tres a cuatro mujeres. La duración de las discusiones fueron de dos horas aproximadamente, en un ambiente tranquilo, relajante y de confianza. La autora del presente estudio hizo las veces de moderadora auxiliándose de alguien quien grababa las sesiones.

Mecanismo:

- Entrevista en profundidad y discusión de grupos; Los cuales fueron grabadas y luego transcritas para sus respectivos análisis.

Instrumentos:

- Guía de entrevista abierta con preguntas formuladas según los objetivos propuestos. (ver anexo # 1).

7.4 Descriptores:

De acuerdo a los objetivos propuestos, fueron seleccionados los siguientes descriptores:

- ◆ Roles personalidad de género
- ◆ Roles bio-culturales de género
- ◆ Salud
- ◆ Problemas de salud
- ◆ Acceso y control de salud

7.5 Consideraciones Éticas

Se mantuvo estrecha relación con los y las participantes del estudio procurando en todo momento un clima de armonía y confianza, logrando así que todos y cada uno se sintieran motivados de forma tal que su participación voluntaria con que brindaron sus percepciones, sentimientos y saberes a la temática en estudio, hizo que fueran parte activo y no pasivo del mismo.

A pesar de que se obtuvo autorización para grabar cada uno de las diferentes intervenciones, se acordó entre las partes en que los aportes individuales y colectivos fueran confidenciales sin revelar nombres particulares de los participantes, únicamente se abordaría sus pertenencias étnicas y genéricas en forma general.

7.6 Procesamiento y Análisis

Se elaboró una guía de análisis (anexo # 3). Primeramente se presentaron los resultados obtenidos luego, auxiliándose de la guía, se realizaron los análisis correspondientes.

Los análisis de resultados de este estudio, aunque trabajados con métodos y técnicas científicas, están basados sobre los hallazgos producidos por los hombres y mujeres de las diferentes etnias quienes atendieron de manera voluntaria la solicitud de ser parte protagonista de este proceso investigativo, compartiendo sus percepciones, sentimientos y saberes sobre esta temática.

Los resultados de este estudio están clasificados en cuatro grandes categorías de acuerdo al género y etnia. Referidas a las características de personalidad, roles bio-culturales, incidencia de los roles en el proceso salud y enfermedad, la evidencia de los roles en el control y acceso a los servicios de salud.

- ❑ Se utilizaron descriptores referidos a las características de personalidad para medir los roles relacionados con la identidad de género atribuidos a mujeres y hombres.
- ❑ Para los roles bio-culturales de género se utilizaron las divisiones sexuales de trabajo, referidos a la reproducción, planificación familiar y quehaceres cotidianos.
- ❑ La incidencia de los roles en salud a través de la forma en como cada uno lo percibe, sus problemas y sus afectaciones.
- ❑ Los ejes aplicados en el control y acceso a los servicios de salud, fueron la toma de decisión, la conducta para la búsqueda de atención y la accesibilidad de los servicios de salud.

7.7 Presentación de los Resultados

La presentación y análisis de los resultados se realizaron a través de matrices, las cuales están relacionadas con los objetivos planteados, tomando por separado los hombres y mujeres de cada una de las etnias involucradas en este estudio, miskitos, mestizos y negros/ creoles, utilizando la técnica de asociaciones y diferencias.

Los hallazgos se relacionaron con el tema en estudio, el marco de referencia y los objetivos para sus respectivos análisis e interpretaciones.

Una vez realizado los análisis, se procedió a la elaboración de las conclusiones correspondientes y recomendaciones necesarias, de acuerdo a los objetivos planteados y resultados obtenidos.

VIII. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

MATRIZ I. RELACIONADA CON OBJETIVO # 1

Pregunta Directriz	Miskitos / as	Negro/as /Creoles/as	Mestizos /as	Análisis de Resultados
¿Cree usted que existen Características personales para hombres y Mujeres?	<p>HOMBRES: “ Las Mujeres son más delicadas que los hombres por eso se enferman más” “Los Hombres son mas fuertes que las mujeres”</p> <p>MUJERES: “Las mujeres son débiles.” “Las mujeres por amor al prójimo siempre los cuida” “ Los Hombres hacen trabajos pesados por que son fuertes”</p>	<p>HOMBRES: “Las mujeres son cariñosas y delicadas” “Los hombres no le tienen miedo a nada”.</p> <p>MUJERES: “Las mujeres son delicadas y cariñosas” “Los hombres son muy valientes”</p>	<p>HOMBRES: “Es natural que las mujeres cuiden a los demás, por que ella es cariñosa” “Los hombres se enfrentan con cualquier, son valientes”</p> <p>MUJERES: “ Las mujeres se enferman por que son delicadas” “Los hombres son más rudos, hacen los trabajos pesados”</p>	<p>Hombres de las tres etnias afirman que las características de personalidad de los hombres son “valientes y fuertes” mientras que las mujeres son “delicadas y cariñosas.”</p> <p>Por otro lado vemos que las mujeres mismas aceptan y reafirman estas características, asumiendo que son delicadas, débiles y cariñosas.</p> <p>Hombres y Mujeres de las tres etnias coincidieron en que existen estereotipos de personalidad que identifican la identidad genérica diferenciados en hombres y mujeres.</p> <p>Asumen que las mujeres son “delicadas, cariñosas, enfermizas; Mientras que los hombres son “fuertes, valientes”</p> <p>Roles que les parece muy natural, lo cual coincide con la bibliografía referida.</p>

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

MATRIZ II. RELACIONADA CON OBJETIVO # 1

Pregunta Directriz	Miskitos/ as	Negro/as /Creoles/as	Mestizos/ as	Análisis de Resultados
¿Cómo valora los roles que realizan los hombres y las mujeres de su etnia en Bilwi?	<p>HOMBRES:</p> <p>“ Los trabajos que hacen los hombres son diferentes a los de la mujer. La mujer tiene que cuidar al niño y hacer las tareas de la casa”</p> <p>“Las mujeres son buenas atienden a los hombres”</p>	<p>HOMBRES:</p> <p>“Hay cosas que las mujeres saben hacer mejor que los hombres y viceversa por ejemplo la mujer hace los trabajos de la casa, cuida los niños, el hombre mantiene la casa”</p> <p>“Las mujeres pueden ayudar a los hombres, pero también los hombres les puede ayudar a ellas”</p>	<p>HOMBRES:</p> <p>“Los trabajos que hacen los hombres tienen que ser diferentes a los de la mujeres. El hombre es fuerte”</p> <p>“La mujer trabaja mas que el hombre, pero no le perjudica mucho, por que son trabajos livianos y fáciles como barrer, limpiar etc.”</p>	<p>Hombres de las tres etnias coincidieron en que existe una división del trabajo diferenciado para hombres y mujeres. Esto fue aceptado y reafirmado por las mujeres de las tres etnias.</p> <p>Los hombres mestizos valoran las tareas de las mujeres como “fáciles y livianas” a pesar de que ellas claman por “ayuda”.</p> <p>Para las mujeres miskitas la carga se vuelve mayor ya que tanto ellas como los hombres asumen que les corresponde “atender al marido”, sin importar que ambos pueden estar trabajando fuera de la casa o sea que el hecho de trabajar fuera resulta ser otra carga para ella, sin embargo ellas aceptan este rol como parte de su cultura.</p> <p>A pesar de que hombres y mujeres negras /creoles acepten estas diferencias de roles hablan de compartir responsabilidades o sea “ayudar” el uno al otro, pero cada quien en su rol.</p> <p>Para el hombre negro /creole cada uno “sabe hacer sus cosas, la mujer los trabajos de la casa, cuidar los niños, mientras a los hombres les corresponde mantener la casa.</p>

CONTINUACIÓN CON LA MATRIZ II.

Pregunta Directriz	Miskitos (as)	Negros /Creoles (as)	Mestizos (as)	Análisis de Resultados
¿Cómo valora los roles que realizan los hombres y las mujeres de su etnia en Bilwi?	<p>MUJERES: “La mujer siempre cuida al niño y hace los trabajos de la casa, el hombre hace otros trabajos”</p> <p>“Uno en la casa atiende el marido, por ejemplo al ir al baño se le lleva la toalla”</p> <p>“ Muchas mujeres trabajan fuera de la casa, pero siempre tiene que hacer lo de la casa”</p>	<p>MUJERES: “A la mujer le toca hacer las cosas de la casa y cuidar al niño bien; si se enferma ella tiene la culpa”</p> <p>“Los hombres pueden ayudar a las mujeres en la casa, por que las mujeres le ayudan a ellos cuando venden comida, repostería y otros, con eso tienen más dinero”.</p>	<p>MUJERES: “ El hombre es mas fuerte, por eso su trabajo es fuera de la casa”</p> <p>“Pero los hombres pueden ayudar a las mujeres en la casa”</p>	<p>Afirmamos que la contribución de las mujeres son invisibles y sin valor, por ser consideradas naturales, expresados en “las mujeres son buenas, su trabajos son fáciles” tanto hombre como mujer asumen las diferencias de roles y el rol primordial de la mujer es de servidora.</p> <p>Mientras que los Hombres Mestizos plantean que el trabajo de las mujeres son “Fáciles y livianos”, los Hombres negros/ Creole lo ven como trabajos que la mujeres “saben hacer mejor, cuidar los niños”, los hombres miskitos dicen que ellas son “Buenas y a demás como una obligación de ellas, a través de expresiones como: la mujer <u>tiene</u> que cuidar los niños y <u>hacer</u> tareas de la casa”</p> <p>La mujer mestizas acepta y afirma el rol de responsabilidad en que el hombre es “mas fuerte”, pero a la vez solicitan “ayuda” a los hombres. Vemos que mientras que los mestizas claman por “ayuda” de parte de los hombres, las mujeres negras/ creoles dicen que esa “ayuda” debe ser tanto de hombre hacia mujeres como de mujeres hacia los hombres. Sin embargo las mismas Mujeres son mas enérgicas que los hombres al afirmar “la mujer <u>le toca</u> hacer tareas de la casa, y cuidar al niño <u>bien</u>”, hasta se atribuye la “<u>culpa</u> si el niño se enferma”</p> <p>En el caso de hombres y mujeres miskitas ni siquiera se mencionan ayuda; está claramente definido la mujer “cuidar al niño” para en los miskitso ni la mujer ni el hombre habla de “ayuda” más bien le corresponde a las mujeres lo cual es afirmado por ellas mismas “ Uno en la casa, atiende el Marido” y esto sin importar que las mujeres trabajan fuera de la casa ya que ella “ tiene que hacer lo de la casa”</p>

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

MATRIZ III. RELACIONADA CON OBJETIVO # 1

Pregunta Directriz	Miskitos/ a	Negros/as /Creoles/as	Mestizos/as	Análisis de Resultados
¿Cómo valora los roles que realizan hombres y mujeres de su etnia en Bilwi?	<p>HOMBRES:</p> <p>“ Mi hijo mira como soy yo y así debe ser él, la niña ve a su madre”</p>	<p>HOMBRES:</p> <p>“Hombre y Mujeres hacen casos diferentes para es bueno que aprendan de todo”</p>	<p>HOMBRES:</p> <p>“Es cierto que uno aprende las cosas desde chiquito y por eso somos así pero sabe ya a mi hijo varón no la vaya dar nunca una muñeca para que juegue, eso es cosas de niña”</p>	<p>La mujeres mestizas, los hombres y mujeres negras /creoles, consideran bueno que aprendan labores diferentes como una forma de autoprepararse y poder defenderse.</p> <p>Mientras que para los hombres y mujeres miskitos se le educa con el objetivo de reforzar el rol de cada uno.</p> <p>El hombre mestizo acepta que esas diferencias de roles son aprendidos, sin embargo no está dispuesto a incidir en que haya cambios que permita romper estos modelos, “a mi hijo varón nunca le va dar una muñeca”.</p>

CONTINUACIÓN CON LA MATRIZ III.

Pregunta Directriz	Miskitos (as)	Negros /Creoles (as)	Mestizos (as)	Análisis de Resultados
<p>¿Cómo valora los roles que realizan los hombres y las mujeres de su etnia en Bilwi?</p>	<p>MUJERES: “ Las mujeres tienen que aprender a cocinar bien y atender a su marido” “La Mujer es la que cuida los niños por eso tiene que aprender”</p>	<p>MUJERES: “ Es bueno enseñar a los hijos hacer un poco de todo, por que uno sabe que van hacer, por lo menos que aprendan las cosas”</p>	<p>MUJERES: “ A mis hijos yo le enseño a hacer cosas de la casa, por que es bueno que aprendan”</p>	<p>Él Hombre miskito transmite los valores a las generaciones según sus representaciones “ mi hijo mira como soy yo y así debe ser, la niña ve a su madre” sus patrones deben ser imitados, mientras que la mujer miskita afirma esto con expresiones como “la mujer tienen que aprender a cuidar hijo, marido, a cocinar”.</p> <p>Para los hombres el aprendizaje debe ser tanto del niño como de la niña, mientras que para las mujeres su mayor énfasis está en las niñas. Esto nos podría indicar que las niñas no tienen formas de escaparse de este aprendizaje, que tanto los hombres como las mujeres se preocupan en que sea así las diferencias de roles.</p>

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

MATRIZ IV. RELACIONADA CON OBJETIVO # 1

Pregunta Directriz	Miskitos /as	Negros/as /Creoles/as	Mestizos/ as	Análisis de Resultados
¿Cómo valora los roles que realizan hombres y mujeres de su etnia en Bilwi?	<p>HOMBRES:</p> <p>“ Si una mujer no tiene hijos es por que es una mula, el hombre no tiene ninguna obligación con ella”</p> <p>“Las mujeres miskitas comienzan su relaciones sexuales jóvenes”</p>	<p>HOMBRES:</p> <p>“Nadie comenta nada si uno no tiene hijos, seguramente no pueden y buscan atención”</p>	<p>HOMBRES:</p> <p>“No hay problema, para uno sino tiene hijos”</p>	<p>Hombres y Mujeres negros/creoles y mestizos, coinciden en que dentro de su cultura no tienen repercusión alguna si no tienen hijos, simplemente buscan la ayuda necesaria. Sin embargo tanto hombres como mujeres miskitas afirma que la reproducción es un rol fundamental y necesario para las mujeres, no así para los hombres.</p> <p>Según los hombres miskitos la mujer que no tiene hijo es comparada con una “mula” término despectivo, ya que el rol reproductivo de la mujer es indispensable , esto lo afirma los hombres, las mujeres e inclusive el resto de la comunidad.</p>

CONTINUACIÓN CON LA MATRIZ IV.

Pregunta Directriz	Miskitos /as	Negros/as /Creoles/as	Mestizos/ as	Análisis de Resultados
<p>¿Cómo valora los roles que realizan los hombres y las mujeres de su etnia en Bilwi?</p>	<p>MUJERES:</p> <p>“ En la cultura miskita, los hombres no tienen problemas si no tienen hijos, las mujeres son mal vista por toda la comunidad.”</p> <p>“Es obligación de toda mujer tener hijos”</p> <p>“A los 15 años ya la mujer inicia su relación sexual, ese hombre es una ayuda a la familia”</p>	<p>MUJERES:</p> <p>“ Ambos comienzan a hacer los exámenes y ver que pasa cuando no pueden tener hijos”</p>	<p>MUJERES:</p> <p>“ Lo que hace la pareja es seguir probando y luego busca atención médica”</p>	<p>La mujer miskita afirma que “es obligación de toda mujer tener hijos”</p> <p>Vemos que tanto hombres como mujeres miskitas afirman que las mujeres inician vida sexual desde temprana edad “ a los 15 años la mujer inicia relación sexual”</p> <p>Estas situaciones pueden incidir en los problemas de Salud de las Mujeres Miskitas.</p>

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

MATRIZ V. RELACIONADA CON OBJETIVO # 1

Pregunta Directriz	Miskitos /as	Negros/as /Creoles/as	Mestizos/ as	Análisis de Resultados
¿Cómo valora los roles que realizan hombres y mujeres de su etnia en Bilwi?	<p>HOMBRES:</p> <p>“ En la cultura miskita muy poco se permite a las mujeres planificar, ellas tienen que tener hijos, además si planifica puede andar con otro hombre”</p>	<p>HOMBRES:</p> <p>“Para realizar la planificación familiar el hombre y la mujer debe ponerse de acuerdo”</p>	<p>HOMBRES:</p> <p>“ Toda pareja que se une debe discutir el tema de la planificación familiar o sea es responsabilidad de los dos”</p>	<p>La planificación familiar para los hombres negros y mestizos debe ser una decisión consensuada de la pareja, “ponerse de acuerdo /responsabilidad de los dos”. Mientras que las mujeres mestizas y negras consideran que es una responsabilidad de la mujer, “decidir” a quien le corresponde comunicarlo a su pareja.</p> <p>Sin embargo los hombres miskitos valoran que la planificación familiar no es permitido, porque hay que asegurar la fidelidad de la mujer, “si planifica puede andar con otro”.</p> <p>La mujer miskita acepta que el hecho de planificar tiene que ser una decisión de ella, pero a la vez sin que esto sea comentado por razones “celos” de los maridos, “Mujeres planifican a escondidas”.</p> <p>Podríamos decir que existe una diferencia notable entre mujeres de las distintas etnias en cuanto al poder de toma de decisión en planificación familiar, mientras que las Mestizas y Criollas/Negras pueden decidir y comunicarlo con su pareja, las miskitas podrán decidir pero no comunicarlo a su pareja, lo cual limita esta toma de decisión.</p>
	<p>MUJERES:</p> <p>“ Muchas mujeres planifican a escondidas del marido, pero si se da cuenta vienen los problemas de celos”</p>	<p>MUJERES:</p> <p>“ La planificación familiar debe ser una decisión básicamente de la mujer, ella debe decidir cuando tener hijos, pero le corresponde comunicar esto con su pareja”</p>	<p>MUJERES:</p> <p>“ La mujer debe decidir su planificación familiar lo único que necesita hacer es comunicarlo a su pareja”</p>	

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

MATRIZ VI. RELACIONADA CON OBJETIVO # 2

Pregunta Directriz	Miskitos /as	Negros/as /Creoles/as	Mestizos/ as	Análisis de Resultados
¿Qué es Salud?	<p>HOMBRES: “Estar bien su cuerpo” “Estar alegre, querer trabajar” “Estar en movimiento, estar sano y sin problema en la familia o con los vecinos, por que esto trae desvelos y los afecta la salud”. “Afecta la salud la falta empleo, dinero, la comida</p>	<p>HOMBRES: “No estar enfermo, cuidarse de la enfermedades. Persona activa y con fuerza para hacer las cosas” “Es estar alegre es la manera de vivir, estar sin problemas”</p>	<p>HOMBRES: “Estar sano. Es cuidarse, atenderse a tiempo. Es cuidarse el cuerpo físico emocional. Es sentirse tranquilo, alegre. Es educación, para el buen desarrollo de la Salud debe haber participación y colaboración de la familia y sociedad”</p>	<p>Hombres y Mujeres de las diferentes etnias coinciden en que la salud es “estar sano, sentirse bien, estar feliz”.</p> <p>Los hombres Mestizos consideran que a demás debe haber “participación, colaboración y educación” para que uno pueda tener salud.</p> <p>Para los hombres Miskitos consideran que afecta la salud el desempleo, la crisis económica y la carencia de alimentos. Mientras que las mujeres miskitas asocian las enfermedades con la naturaleza, los espíritus y lo sobre natural, mencionándose el “poisin” y el hecho de “cuidar nuestro cuerpo”.</p> <p>Todos los hombres y mujeres de las distintas etnias consideran, que la salud tiene una relación integral de las personas con su medio.</p> <p>Para los hombres negros/ Criollos, asocian la Salud con su “estar sin problema”, igualmente la mujer afirma esto ya para ellos afecta la Salud “Los Problemas económicos o con los vecinos”.</p> <p>La mujer mestiza como las miskitas hablan de “cuidar” pero las mestizas amplían este cuidado a la “familia”, y la inclusión de medidas preventivas como “evitar la suciedad”</p>
	<p>MUJERES: “ Sentirse bien. Estar bien.” “Estar Sano” “Es cuidar nuestro cuerpos” “Las enfermedades se asocian con los malos espíritus, espíritus de la montaña, el agua o sea con toda la naturaleza, también lo sobre natural como “poisin”</p>	<p>MUJERES: “ Completo bienestar físico, emocional y espiritual, es cuidar el cuerpo para no enfermarse. No estar enfermo, estar feliz y poder trabajar” Las enfermedades vienen cuando uno tiene problemas económicos, o con los vecinos mismos”</p>	<p>MUJERES: “ Estar bien con ganas de trabajar. Estado de bienestar físicos, emocional y espiritual. Debe cuidarse la familia para estar sano. Evitar la suciedad, eso trae mala Salud.”</p>	

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

MATRIZ VII. RELACIONADA CON OBJETIVO # 2

Pregunta Directriz	Miskitos /as	Negros/as /Creoles/as	Mestizos/ as	Análisis de Resultados
¿Cuáles son los principales problemas de Salud?	<p>HOMBRES - MUJERES</p> <p>“Enfermedades de transmisión sexual, partos seguidos, cáncer del útero y de mamas. Muerte materna, enfermedades respiratorias, enfermedades diarreicas. Violencia física y Psicológica, celos, desempleo, desinformación, preocupación, poisin, falta de medicamento”.</p>	<p>HOMBRES- MUJERES</p> <p>“Problema de los riñones, problema de azúcar, presión, el estómago, respiratorio, los huesos, diarrea, fiebre, OBEAH, Calic, falta de dinero”</p>	<p>HOMBRES - MUJERES</p> <p>“Enfermedades de transmisión Sexual, malaria, Dengue, corrupción, empacho, enfermedades respiratorias”</p>	<p>Existe una coincidencia de las mujeres y los hombres de las diferentes etnias en cuantos aquellos problemas de salud que son biológicamente reconocidos, a como son: “Enfermedades respiratorias, enfermedades de transmisión sexual, diarrea, malaria, dengue” los cuales están plenamente identificados y clasificados por el Sistema de Salud y el Modelo de la Región.</p> <p>Sin embargo vemos que cada etnia plantea otros problemas de forma diferentes, los Miskitos mencionan “violencia, celos, preocupación, desempleo, desinformación, poisin, falta de medicamento, partos seguido, muerte materna”.</p>

CONTINUACIÓN DE LA MATRIZ VII.

Pregunta Directriz	Miskitos /as	Negros/as /Creoles/as	Mestizos/ as	Análisis de Resultados
¿Cuáles son los principales problemas de Salud?	HOMBRES - MUJERES	HOMBRES- MUJERES	HOMBRES - MUJERES	<p>Los negros/ criollos, mencionan otros como "OBEAH, Calic, falta de dinero"</p> <p>Los mestizos incluyen el "empacho, la corrupción". Afectaciones que no son consideradas por ninguno de los modelos de Salud y que sí son realmente sentidas por la población.</p> <p>Entonces podemos afirmar que los pueblos indígenas y comunidades étnicas tienen una visión holística sobre los problemas de salud, por tanto es necesario que sus percepciones sean considerados, para el logro de abordaje e intervenciones integrales.</p>

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

MATRIZ VIII. RELACIONADA CON OBJETIVO # 2

Pregunta Directriz	Miskitos /as	Negros/as /Creoles/as	Mestizos/ as	Análisis de Resultados
Entre Hombres y Mujeres ¿Quiénes se enferman más? y ¿Por qué?	<p>HOMBRES:</p> <p>“Las mujeres por que tienen los hijos y quedan débiles”</p> <p>“Las mujeres por que tienen mucho trabajo”.</p>	<p>HOMBRES:</p> <p>“Las mujeres por que son más débiles y delicadas. Es natural que las mujeres se enferman más”</p>	<p>HOMBRES:</p> <p>“Las mujeres, por que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se preocupan por los demás. - Descuidan su salud por cuidar a otros. - Tienen hijos. - Ponen mucha mente a los problemas de la casa. - La situación de económica es dura.” 	<p>Todos los hombres y las mujeres de las diferentes etnias coincidieron en que son las mujeres quienes más se enferman, entre las principales razones mencionan que es por que son “débiles, trabajan mucho, el tener hijos”.</p> <p>Las mujeres Miskitas agrega a estos condicionantes “el hombre le da problema, muchos hijos”. Para los hombres Criollos esto es natural “que las mujeres se enferman más”</p> <p>Mientras que los hombres mestizos agrega el elemento de que las mujeres se “preocupen, la crisis económica” y las mujeres mestizas considera el hecho de “vivir metida en la casa, hace que se enfermen más. Pero además se “descuidan”.</p> <p>Las condiciones en que viven las mujeres propician que estos se enferman más, su estilo de vida subordinante repercute directamente en su estado de Salud.</p>
	<p>MUJERES:</p> <p>“ Las mujeres, por que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El hombre le da muchos problemas. - Tienen mucho trabajo. - Paren y tienen muchos hijos. - Tienen que trabajar en la casa y en el trabajo. - Al tener los hijos quedan débiles” 	<p>MUJERES:</p> <p>“ Las mujeres por que son débiles, trabajan mucho.”</p>	<p>MUJERES:</p> <p>“ Las mujeres por que:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Se debilitan al tener hijos. * Se descuidan. * Falta de atención ya que tienen múltiples ocupaciones. * Se descuidan por priorizar a otros. * Trabajan mucho. * Viven metidas en las casas y no salen a divertirse. 	

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

MATRIZ IX. RELACIONADA CON OBJETIVO # 3

Pregunta Directriz	Miskitos /as	Negros/as /Creoles/as	Mestizos/ as	Análisis de Resultados
¿Si alguien de su familia se enferma qué hacen?	<p>HOMBRES:</p> <p>“El hombre decide qué hacer, si acabo no está, entonces la persona mayor en la casa decide”.</p>	<p>HOMBRES:</p> <p>“El que está en la casa decide, pero casi siempre eso le toca a la mujer”</p>	<p>HOMBRES:</p> <p>“Cualquiera de los dos decide. o hay que esperar”</p>	<p>Para hombres y mujeres miskitos la toma de decisión en la búsqueda de atención en salud, es asunto del “Hombre” o en su ausencia del “anciano” de la casa.</p>
	<p>MUJERES:</p> <p>“La mujer tienen que esperar lo que le dice el hombre o si no el anciano de la casa”.</p>	<p>MUJERES:</p> <p>“ La mujer por lo general busca que hacer ahí mismo en la casa”.</p>	<p>MUJERES:</p> <p>“ Si están los dos o sea la pareja discuten o si no lo lleva al médico, luego avisa a la pareja”.</p>	<p>Para las mujeres misktias existe un desequilibrio de poder, para acceder a los servicios de atención en Salud, por ser el “hombre o anciano que decide” o sea que la decisión depende de otro.</p> <p>No así para los hombres y mujeres negros y mestizos en donde pueda ser una decisión colegiada o unilateral por cualquiera de las partes, según amerita el caso.</p> <p>Los Hombres negros/ creoles aunque la decisión es colegiada la responsabilidad es de las mujeres “casi siempre le toca la mujer”</p>

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

MATRIZ X. RELACIONADA CON OBJETIVO # 3

Pregunta Directriz	Miskitos /as	Negros/as /Creoles/as	Mestizos/ as	Análisis de Resultados
<p>Sí alguien de su familia se enferma que hacen?</p>	<p>HOMBRES - MUJERES</p> <p>“Según las enfermedades uno busca quien los pueda atender, hay enfermedades que pueden curarse en la casa misina, otros tienen que buscar al curandero y otros a los médicos. Pero a veces están en los hospitales y tienen que tomar lo que les manda el curandero.</p> <p>“El poisin confunde a los médicos, ya que aparece como una enfermedad que ellos conocen, pero no lo pueden curar”</p>	<p>HOMBRES- MUJERES</p> <p>“ La vieja generación son los que sabían bastante cosas de cómo curar sin ir donde el médico, ahora todo es moderno; Doctores, aparatos.</p> <p>Los negros ante casi no se enfermaban por que hacían purgantes, limpias, todo eso era para no enfermarse, ahora no se hace nada de eso, por eso uno se enferma.</p> <p>Cuando alguien se enferma uno toma remedio ahí en la casa que le recomienda otros, si acaso pasan más de cinco días entonces van donde el médico.”</p>	<p>HOMBRES - MUJERES</p> <p>“Cuando uno se enferma, lo primero que hace es visitar las Unidades de Salud”, pero cuando el médico no puede curar a uno entonces hay que buscar el curandero, por ejemplo el empacho no es cosa de médico.</p> <p>Sabe la brujería también existe, pero eso solo sirve para hacer daño”</p>	<p>Hombres y Mujeres Miskitas tienen las enfermedades clasificadas, según sea el mal así serán la necesidad de los que poseen los conocimientos correspondientes para la curación. Sin embargo los curanderos son altamente valorados ya que además de su especialidad, muchas veces el paciente que atiende el médico va necesitar un complemento del curandero, “estando en el hospital y tiene que tomar lo que manda el curandero”.</p> <p>Mientras que los hombres y mujeres mestizos priorizar la búsqueda de ayuda médica y los curanderos son únicamente como una oportunidad alternativa “cuando el médico no lo puede curar, busca el curandero”.</p>

CONTINUACIÓN DE LA MATRIZ X.

Pregunta Directriz	Miskitos /as	Negros/as /Creoles/as	Mestizos/ as	Análisis de Resultados
<p>Sí alguno de su familia se enferma ¿Qué hacen?</p>	<p>HOMBRES - MUJERES</p>	<p>HOMBRES- MUJERES</p> <p>“ Los negros antes sabían bastante de obeah, pero ahora no mucho, cuando alguien se enfermaba por que es obeah, solamente otro que sabe de eso le puede curar. Con el obeah uno puede curar pero también puede matar.</p> <p>Hay gente que sabe de remedios con hierba, a veces el médico no te ayuda y ellos si te pueden curar.</p>	<p>HOMBRES:</p>	<p>Los hombres y mujeres negros/ Creole tienen la costumbre de iniciar su tratamiento con remedio caseros o recomendaciones de otros conocedores de curaciones. Consideran que el abandono de prácticas tradicionales preventivas inciden en el incremento de las enfermedades ya que hacia “ limpias, purgantes”</p> <p>La medicina occidental ha ido desplazando las prácticas tradicional “todo es moderno, doctores, aparatos”</p> <p>Cada etnia menciona especialistas para casos de “OBEAH” los negros, “POISIN” los miskitos.</p>

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

MATRIZ XI. RELACIONADA CON OBJETIVO # 3

Pregunta Directriz	Miskitos /as	Negros/as /Creoles/as	Mestizos/ as	Análisis de Resultados
¿Cómo percibe usted la atención en salud?	<p>HOMBRES:</p> <p>“La salud se ha vuelto un negocio”.</p>	<p>HOMBRES:</p> <p>“Nada están haciendo para curar a los enfermos “only money makin”, uno se está muriendo”</p>	<p>HOMBRES:</p> <p>“La atención es mejor para el que tiene dinero, en las unidades de Salud solo le dan las recetas y uno tiene que comprar todo”.</p>	<p>Hombres y mujeres de todas las etnias coinciden en que la Salud es un “negocio”. Afirman que de poco sirve la atención médica gratuita si no se dispone de recursos económicos para comprar los medicamentos necesarios ya que esto hace que la atención tenga como barrera la situación económica.</p> <p>Esta situación es contraria a lo planteado tanto por las estrategias del Ministerio de Salud como por el Modelo de Salud de la Región.</p>
	<p>MUJERES:</p> <p>“Cuando uno pasa consulta en el Policlínico o Hospital, solo le dan la recetas esto hace que uno se enferme más ya que a demás de su enfermedad, le dan otro problema, buscar el medicamento y eso le da preocupación.”</p>	<p>MUJERES:</p> <p>“ El que no tiene dinero ahora se muere, las condiciones de salud son cada día peor”</p>	<p>MUJERES:</p> <p>“ Nada se va hacer al Hospital, por que ahí no tienen nada”.</p>	

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

MATRIZ XII. RELACIONADA CON OBJETIVO # 3

Pregunta Directriz	Miskitos /as	Negros/as /Creoles/as	Mestizos/ as	Análisis de Resultados
¿Cómo percibe usted la atención en Salud?	<p>“ Las unidades de salud dan preferencia en la atención a los que son amigos, el “israel” (mestizo), las personas reconocidas y a las muchachas jóvenes.</p> <p>Son bien atendido los conocidos, los licenciados, sus amigos pero a la gente humilde y pobre los medio atienden”.</p>			<p>Hombres y Mujeres de las distintas etnias coinciden en que hay preferencia por razones de amiguismo, diferencia que pasan por cuestiones étnicas, clase social, edades.</p> <p>Sin embargo al valorar quienes acuden mayormente a las unidades de salud encontramos que son las mujeres, en donde son marginadas</p>

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

MATRIZ XIII. RELACIONADA CON OBJETIVO # 3

Pregunta Directriz	Miskitos /as	Negros/as /Creoles/as	Mestizos/ as	Análisis de Resultados
¿Cómo percibe usted la atención en salud?	<p>HOMBRES:</p> <p>“ Cuando uno busca atención en de Salud en el Policlínico y el Hospital se tiene que esperar mucho”.</p>			<p>Tanto para los Hombres y Mujeres de todas las etnias valoran que al llegar a las Unidades de Salud tienen que “Esperar mucho”.</p> <p>Sin embargo para las mujeres están otros elementos que hacen que las unidades de Salud tenga una clara falta e accesibilidad funcional / administrativo como son “llegar temprano para que atiendan, mucha gente, atienden primero al que llegue de ultimo”.</p>
	<p>MUJERES:</p> <p>“ Cuando uno va al Hospital y más al Policlínico siempre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uno tienen que llegar temprano para que le atiendan. - Hay mucha gente. - Se tienen que esperar mucho, y a veces ni le atienden o atienden primero a las que llegan de último. 			

OTRAS CONSIDERACIONES

Hombres Miskito

“ Yo vivo de las pesca, pero es malo sacar mucho por que sino uno se enferma, el **liwa Mairin** te castiga, al salir a pescar uno tiene que compartirlo, por que si no lo hace el **liwa mairin** le puede enfermar. Los comunitarios le dan importancias a la interrelación que existe entre los factores sobre naturales y los factores naturales (montaña, agua, viento), el mantener este equilibrio conlleva a no enfermarse conservan los recursos naturales y promocionan la solidaridad entre ellos.

Mujer miskita

“El **poisin** (veneno) lo usan bastante, “ a mí papá le dio un sangrado en la encías, los médicos no lo pudieron curar, después nos dijo el Sukia que eso era **poisin**”

Hombres Miskito

“ La gente conoce bastante de curaciones, pero sabe los curanderos y sukias curan diferentes tipos de enfermedades que los médicos”

El sistema comunitario esta claramente establecido el nivel de resolución, los problemas de salud.

Existe una estructura organizacional bien definida en el sistema comunitario.

Mujer Miskita

“Quizá los hombres pueden reclamar por que las unidades de Salud tiene programas para las mujeres, en donde ellas no tienen que hacer fila, como el control embarazo, control Post – parto, planificación familiar. Puede decir que hay preferencia para las mujeres”.

Estos programas de atención a la mujer están relacionados directamente con el rol reproductivo de las mujeres. Sin embargo las mujeres deben recibir servicios de Salud por derecho propio y no sencillamente por su función reproductiva.

IX. CONCLUSIONES

- Los Hombres de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de Bilwi, perciben que existen diferencias de roles y responsabilidades asignados y asumidos a hombres y mujeres lo cual es aceptado por las mujeres también, contribuyendo a factores de riesgos y perfiles diferentes en el proceso de salud.

- Las características de personalidad que identifican a las mujeres como “cariñosas, delicada, y débiles” y a los hombres como “valientes y fuertes”, de igual manera se relacionan con identidades genéricas, por ejemplo: delicadas y por tanto “mas enfermas” y por ser cariñosas “cuidan a los enfermos”, mientras que por ser valientes y fuertes “hacen trabajos fuera de la casa”.

- Las mujeres están fijadas no solo físicamente sino que ideológicamente al espacio doméstico, colocadas en una posición de subordinación, sobre ellas recaen las responsabilidades del hogar, protección de la salud de la familia, servir a otros; contribución que es considerado normal y sin valor ya que las tareas son “fáciles y livianas”,y que las “mujeres son buena”.

- Las mujeres miskitas se encuentran en una posición de desventaja con relación al hombre y a mujeres de las otras etnias del presente estudio, dada su condición y situación subordinada para actuar y acceder a los recursos de atención en salud para su propio beneficio, lo cual aumenta los riesgos para las mujeres miskitas, por significar tiempo y oportunidades perdidas a su beneficio.

- Cada etnia percibe el proceso salud- enfermedad- atención de forma diferentes; inclusive las conductas que asumen para el control, protección, necesidad de atención son diferentes para las mujeres y los hombres de cada etnia.

- A diferencia de las otras etnias estudiadas, los miskitos valoran la salud desde un enfoque integral, dando importancia real a las relaciones sociales, culturales, costumbres y creencias.

- Existe una falta de accesibilidad económica, cultural y funcional/ administrativa de los servicios de atención en salud del Ministerio de Salud para los pueblos indígenas y comunidades étnicas de Bilwi. Refieren que la salud es un “negocio, largas horas de espera, atienden a amigos primero, falta de medicamento”.

- Los pueblos indígenas y comunidades étnicas interpretan las diferentes expresiones de atención en salud como complementarias entre sí, cada etnia realiza sus propias clasificaciones y toma de decisiones según el momento para la atención en salud. Los mestizos acuden en primera instancia a las unidades de salud si no resuelve buscan curanderos, los creoles/ negros recurren a remedios caseros o recomendaciones de otros que conocen sobre la materia, luego a las unidades de salud, mientras que los miskitos clasifican si es para la atención de un médico autóctono o a las unidades de salud, atención casera o una combinación de los servicios de atención.

- El pensamiento mágico espiritual de los pueblos indígenas y comunidades étnicas atribuyen una serie de enfermedades no consideradas por el Ministerio de Salud a las prácticas de procesos conocidos como OBEAH en el caso de los creoles y el del POISIN en el caso de los miskitos.

X. RECOMENDACIONES

- ✓ El Ministerio de Salud, como órgano rector de la salud, en coordinación con la Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo, Consejo Municipal de Salud y Alcaldía, deberá diseñar planes, programas y monitoreo de los servicios de Salud desde una perspectiva intercultural con enfoque de género promoviendo la participación de hombres y mujeres de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de Bilwi.
- ✓ Las Unidades de Atención en Salud deben reorientarse para que sean más apropiados en el aspecto cultural y más eficiente y eficaces en lo administrativo funcional y económico brindando un servicio que preste la sensación de bienestar, poder y solidaridad a las mujeres que participan en atender sus necesidades de Salud.
- ✓ El Sistema de Salud debe impulsar mecanismos y formas de ejercicio de democracia y participación que permitan espacios a la diversidad, fortaleciendo la singularidad de cada cultura, respetando la diversidad genérica, cultural y étnica en la Región, para conducirlos al empoderamiento.
- ✓ Las Unidades de Salud deben sensibilizar y capacitar a los prestadores /as de los servicios de acuerdo con principios éticos orientados a eliminar todo tipo de discriminación por género, etnia, clase social o edad.

- ✓ Las Mujeres Organizadas miembros del Consejo Municipal de Salud, deberán impulsar a través este espacio programas de comunicación y educación orientados a promover una imagen digna y respetuosas de hombres y mujeres de las diferentes etnias. Promoviendo nuevas formas de relación que fomenten la coparticipación y la equidad en todos los espacios de sus vidas.

- ✓ Las unidades formadoras de Recursos Humanas deben de reorientar sus planes y programas, que sean mas apropiados a las necesidades de la región con una perspectiva intercultural y con enfoque de género.

XI. BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Nacional, Constitución Política de Nicaragua, Enero 2000.
- Asamblea Nacional, Estatus de Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua Ley No. 28, Imprimátur 1995.
- Cenzontle Mujer y Condición de género en el Caribe Nicaragüense 1992.
- Cox Avelino, Cosmovisión de los Pueblos. URACCAN, 1998
- Conferencia Mundial sobre la Mujer Beijing, 1995
- Cunningham Wilfredo, Cunningham Mirna- Medicina Tradicional en Comunidades Miskitas, Fundación Wangki Luhpia 1994.
- Modelo de Salud Región Autónoma Atlántico Norte URACCAN. Imprimátur
- Davis Trudy et. al Factores que inciden en el uso de letrina Tuapi. URACCAN/ 2000.
- Dixon Raquel, Concepto de Salud en la Costa Nicaragüense Nov. 1999. Trabajo Módulo Antropología Salud.
- Dixon, Ubeda y Romero – Desarrollo Comunitario, Tuapi 1999 Trabajo Módulo condiciones de vida.
- Ellsberg, Peña et. Al. Confitos en el Infierno, Violencia, Conyugal hacia Mujeres en Nicaragua, 2da. Edición Impasa 1998.
- Fagoth Ana Rosa, et. Al. Armonizando con Nuestro Entorno Imprimátur 1998.
- Hooker Alta, et. Al. Aportes al Modelo de Salud de la RAAN Julio 1998 (Monografía Lic. Enfermería) URACCAN.
- INIFOM-FNUAP. Informe Estadístico Sociodemográfico Municipio de Puerto Cabezas, Managua Nicaragua, Imprimatur Artes Gráficas - 2000
- MINSA, Políticas de Salud 1997 – 2000.
- MINSA, Manual Operativo para Programas AIM y AIN Managua 1996.
- MINSA, Programas de Modernización Salud 1998 – 2002.
- MINSA, UNICEF Análisis de las Muertes Ocurridas en Nicaragua 1998.

- Moser Carolina, La Planificación de Género en el Tercer Mundo: Enfrentando las Necesidades Prácticas y Estratégicas de Género. Red entre Mujeres – Lima – Perú. 1991.
- Movimiento de Mujeres Nidia White, Participación de las Mujeres en Actividades Productivas y Reproductivas, Bilwi 1999.
- Palacio Jairo. Et. Al. Salud Reproductiva: Apuntes para curso básicos, Managua Imprimatur 1996.
- Piura Julio, Introducción a la Metodología de Investigación 2da. Edición Managua: El Amanecer, 1995.
- PNUD. El Desarrollo Humano en Nicaragua 2000 Managua, ITSA 2000.
- Sujo Hugo, Historia Oral de Bluefields Managua: CIDCA – UCA, 1998.

XII. ANEXOS

Glosario

- Pueblos Indígenas:** Pobladores originarios del territorio de la Costa Caribe de Nicaragua; miskitos, sumus-mayagnas y ramas.
- Comunidades Étnicas:** Pobladores que se han asentado en los territorios de la Costa Caribe de Nicaragua a partir de los procesos de colonización, migración interna y recomposiciones demográficas, entre estas los negros /creoles, mestizos y garífunas.
- Obeah:** Manera de realizar maravillas por medio de fuerzas misteriosas. Algunas de las cosas atribuidas al obeah son, *la infidelidad o fidelidad exagerada, le va mal o muy bien en el negocio, una persona se enferma de alguna dolencia rara.* Trabajo de mano.
- Poisín:** Explicación a las fuerzas misteriosas *que afecta negativamente la salud de las personas.*
- Bilwi:** Nombre de procedencia indígena. Área urbana y cabecera municipal de Puerto Cabezas, sede regional de la Región Autónoma Atlántico Norte.
- Costeños:** Personas de todas las etnias y pueblos indígenas procedentes de la Costa Caribe de Nicaragua.

ANEXO # 1

Percepción de las relaciones genéricas en el Proceso Salud, enfermedad y atención de los Pueblos indígenas y comunidades étnicas de Bilwi - RAAN.
Guía de entrevista a Informantes Claves y Grupos Focales.

I. ¿Qué es salud? y ¿Cuáles considera que son los principales problemas de salud?

II. Entre hombres y mujeres ¿Quienes se enferman más? ¿Por qué?

III. ¿Cree usted que existen características personales para hombres y mujeres?

IV. ¿Cómo valora los roles que realizan los hombres y las mujeres en Bilwi?

V. ¿Sí alguien en tu familia se enferma que hacen?

VI. ¿Cómo percibe usted la atención en salud?

Anexo # 2

Matriz para la obtención de información

OBJETIVOS	DESCRIPTORES	FUENTE	MECANISMOS	INSTRUMENTOS
Identificar los roles genéricos de personalidad de personalidad y bios culturales de hombres y mujeres miskitos, mestizos, negros que determinan sus relaciones.	<p>Roles de personalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hombres: Fuerte Valiente - Mujeres: Débiles Enfermizas Responsables <p>Roles Bio – Sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diferencias en los trabajos que hacen las mujeres y los hombres. - Como se concibe la reproducción o sea tener hijos. 	<p>Hombres y Mujeres miskito, mestizos y Criollos/ negros.</p> <p>Selección por conveniencia.</p>	<p>Entrevistas a profundidad a informantes claves y discusión con grupo focales.</p>	<p>Guía de entrevista</p>
Analizar como inciden los roles en el proceso de Salud, en enfermedad.	<p>Percepción de Salud.</p> <p>Principales problemas de Salud.</p> <p>Por que se enferman.</p>	IDEM	IDEM	IDEM
Analizar como inciden los roles en la atención en Salud.	<p>Acceso y Control:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento que asume al enfermarse: - Tomo de decisiones. – Búsqueda de atención. - Accesibilidad en la Unidad de Salud: - Cultural – Funcional/ Administrativo. 			

**ANEXO # 3
MATRIZ DE ANÁLISIS**

PUEBLOS INDÍGENAS Y COMUNIDADES ÉTNICAS

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN	MISKITOS		MESTIZOS		NEGROS	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Roles Genéricas de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> * Características de las Mujeres <ul style="list-style-type: none"> Débiles Enfermizas Responsables * Características de los Hombres <ul style="list-style-type: none"> Fuertes Valientes 					
Roles Bio-culturales de género	<ul style="list-style-type: none"> * Tareas de las Mujeres <ul style="list-style-type: none"> Atender enfermos Llevar a los enfermos a recibir atención Su deber a la familia Natural que tenga trabajo diferente al hombre y que gane menos Reproducción / tener hijos * Tareas de los Hombres <ul style="list-style-type: none"> Atender su trabajo Es normal que tengan trabajos diferente a las mujeres La reproducción / tener hijos 					
Salud, Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> * Principales Problemas de Salud * Concepto Salud * Quienes se enferman mas y por qué. 					
Atención en Salud	<ul style="list-style-type: none"> Acceso y Control * Comportamiento al Enfermarse * Toma de Decisión y búsqueda de atención * Accesibilidad económica, funcional/ Administrativo y cultural. 					

**CONSEJO REGIONAL AUTONOMO
ATLANTICO NORTE**

RESOLUCION No. 10-8-10-97

APROBACION DEL MODELO REGIONAL DE SALUD

El Consejo Regional Autónomo de la Región Atlántico Norte en uso de las facultades que le confieren la Constitución Política de Nicaragua, el Estatuto de Autonomía y su reglamento interno:

CONSIDERANDO

I

Que de conformidad al artículo 8, inciso 2 del Estatuto de Autonomía o Ley 28, es facultad de los Consejos Regionales Autónomos administrar los programas de salud de sus respectivas regiones, en coordinación con los Ministerios de Estado correspondientes.

II

Que igualmente, y al tenor del artículo 10, inciso 8, es también deber y atribución de los Consejos Regionales Autónomos rescatar en forma científica y en coordinación con el sistema nacional de salud, los conocimientos de medicina natural acumulados a lo largo de su historia.

III

Que es voluntad reiteradamente manifiesta de este Consejo Regional proceder al ejercicio pleno y efectivo de sus facultades, competencias y atribuciones, conferidas por la Constitución Política y demás leyes de la República, en aras de procurar satisfacer los legítimos intereses y necesidades de la población costeña, de su bienestar y mejoramiento de sus condiciones de vida.

IV

Este Consejo Regional reconoce que para alcanzar el ejercicio y aplicación real y efectiva de sus facultades constitucionales y legales en el ámbito de sus competencias, es ineludible proceder de forma urgente e inmediata a la creación de las condiciones y conceptuales indispensables para el establecimiento gradual y progresiva de la descentralización de los programas y servicios cuya administraciones están atribuidos, y así mismo proceder a la definición; y establecimiento de las líneas generales de acción, principios básicos y criterios rectores de la actuación de los órganos de la administración regional en el desempeño de sus funciones.

V

Que en cumplimiento de estas metas la Comisión de Salud de este Consejo Regional ha formulado, en consulta con todos los sectores vinculados este tema, el **"Modelo Regional de Salud"**, instrumento teórico-normativo de inapreciable valor para la orientación general del ejercicio de las facultades este Consejo Regional en materia de Salud Pública, citadas en los considerandos previos de esta resolución.

POR TANTO:

RESUELVE:

I

Aprobar y adoptar el **"MODELO REGIONAL DE SALUD"**, elaborado por la Comisión de Salud de este Consejo Regional, como instrumento normativo, rector y definitorio del sistema regional de salud a implementar en la Región adjunto y parte integrante de esta resolución.

II

Mandar al Coordinador Regional a dar los pasos y realizar las acciones necesarias, metodológicas, de gestión, coordinación o cualquier otra índole para la implementación, aplicación, extensión y desarrollo del **"Modelo Regional de Salud"**, así como de su cumplimiento, en particular proceder a la formulación del **"Plan de Descentralización del Sistema Regional de Salud"**.

III

Crease la Comisión de negociación de la descentralización del sistema regional de salud, Comisión Ad-hoc que será integrada por el Coordinador de Gobierno Regional, y la Presidente de la Comisión de Salud.

IV

Mandar a esta Comisión Ad-Hoc a dar continuidad al proceso de negociación ya iniciado con el Ministerio de Salud para la descentralización administrativa de las estructuras del sistema regional de salud, en todos sus componentes, inclusive el financiero-presupuestario, de conformidad a los parámetros, directrices, criterios y principios definidos en el Modelo Regional de Salud, aquí adoptado; y a partir del Plan de Descentralización del Sistema Regional de salud, que elabore y apruebe la Comisión Ejecutiva de Salud.

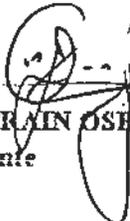
V

Reiterar los mandatos de la Comisión ejecutiva de salud conferidos a la Comisión por Resolución Regional de este Consejo Regional, No. 02.23.06-96: INSTRUMENTO PARA AGILIZAR EL PROCESO DE DESCENTRALIZACION DE LA SALUD, en particular elaborar el plan de descentralización del Sistema Regional de Salud.

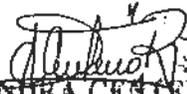
VI

Dotar al Modelo Regional de Salud de carácter vinculante, en tanto parte integrante de esta resolución y por lo tanto norma legal de obligatorio cumplimiento en toda la Región Autónoma del Atlántico Norte.

Dado en la ciudad de Bilwi, Región Autónoma del Atlántico Norte a los ocho días del mes de Octubre de mil novecientos noventa y siete.


Lic. EFRAIN OSORIO M.
Presidente




Prof. ALEJANDRA CENTENO R.
Primer Secretaria



Publíquese y téngase como RESOLUCION del Consejo Regional Autónomo del Atlántico Norte.


Lic. STEADMAN FAGOTH M.
Coordinador Regional
Región Autónoma Atlántico Norte

Ministerio de Salud de Nicaragua
CLASIFICACION DE MOTIVOS DE CONSULTA
EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

I. ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

Enfermedades Infecciosas
Intestinales

- 001 Cólera
- 002 Intoxicación Alimentaria
- 003 Amibiasis
- 004 Giardiasis
- 005 Infección Intestinal mal definida

Tuberculosis

- 006 Tuberculosis pulmonar
- 007 Tuberculosis miliar
- 008 Tuberculosis de otros órganos

Otras Enfermedades Bacterianas

- 009 Lepra
- 010 Difteria
- 011 Tosferina
- 012 Erisipela
- 013 Meningitis Meningocócica/ Infecciones meningocócicas
- 014 Tétano
- 015 Tétano Neonatal
- 016 Septicemia
- 017 Meningitis Bacteriana
- 018 Infecciones bacterianas no clasificadas

Enfermedades Víricas
Exantémicas

- 019 Varicela
- 020 Herpes zoster
- 021 Herpes simple
- 022 Sarampión
- 023 Rubeola
- 024 Otros exantemas víricos

Enfermedades Víricas transmitidas por artrópodos

- 025 Dengue No Hemorrágico
- 026 Dengue Hemorrágico
- 027 Encefalitis
- 028 Meningitis Viral
- 029 Otras enfermedades víricas transmitidas por artrópodos

Otras enfermedades debidas a virus y a clamidias

- 030 Hepatitis infecciosa
- 031 Hepatitis vírica
- 032 Rabia
- 033 Mononucleosis infecciosa
- 034 Conjuntivitis
- 035 Parotiditis
- 036 Uretritis
- 037 Otras enfermedades debidas a virus y clamidias

Rickettsiosis y otras enfermedades transmitidas por artrópodos

- 038 Fiebre tifoidea
- 039 Malaria
- 040 Leishmaniasis
- 041 Enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis)
- 042 Toxoplasmosis
- 043 Otras enfermedades transmitidas por artrópodos

Enfermedades Venéreas

- 044 Sífilis Congénita
- 045 Sífilis Adquirida
- 046 Pinta
- 047 Infección gonocócica
- 048 Chancro Blando
- 049 Linfogranuloma venéreo
- 050 Condiloma Acuminado
- 051 Otras enfermedades venéreas

Micosis

- 052 Dermatofitosis y Dermatomicosis
- 053 Candidiasis
- 054 Otras micosis

Helminthiasis

- 055 Oxiuros
- 056 Ascariasis
- 057 Cisticercosis
- 058 Teniasis
- 059 Otras helmintiasis

060 Enfermedades por Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV)

Otras enfermedades infecciosas y parasitarias

- 061 Pediculosis
- 062 Tricomonirosis
- 063 Escabiosis
- 064 Acariasis
- 065 Otras enfermedades infecciosas y parasitarias y las no especificadas

II. NEOPLASIAS

- 066 Neoplasia del aparato digestivo
- 067 Neoplasia del aparato respiratorio
- 068 Neoplasia piel/tejido subcutáneo
- 069 Neoplasia de la mama
- 070 Neoplasia del aparato genital femenino
- 071 Neoplasia del aparato genitourinario masculino

- 072 Enfermedad de Hodgkin
- 073 Linfomas
- 074 Leucemias
- 075 Otras neoplasias

III. ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES, METABOLICAS

Enfermedades Endocrinas

- 076 Bocio
- 077 Hipotiroidismo, Mixedema, Cretinismo
- 078 Diabetes Mellitus
- 079 Hipertiroidismo
- 080 Otros trastornos endocrinos

Enfermedades Nutricionales

- 081 Kwashiorkor
- 082 Marasmo Nutricional
- 083 Desnutrición proteicoenergética
- 084 Avitaminosis y otras carencias nutricionales

Enfermedades Metabólicas

- 085 Gota
- 086 Obesidad
- 087 Dislipidemia
- 088 Otros trastornos del metabolismo

IV. ENFERMEDADES DE LA SANGRE

- 089 Anemia
- 090 Otras enfermedades de la sangre

V. ENFERMEDADES MENTALES

- 091 Psicosis Esquizofrénica
- 092 Psicosis Maniacodepresiva
- 093 Otras psicosis
- 094 Ansiedad
- 095 Histeria/Hipocondría
- 096 Depresión Neurótica
- 097 Otras Neurosis

Otras Alteraciones Mentales

- 098 Alteración específica del aprendizaje
- 099 Insomnio y otras alteraciones del sueño
- 100 Desviaciones y trastornos sexuales
- 101 Síndrome de dependencia del alcohol (Intoxicación alcohólica)
- 102 Abuso, Hábito, Adicción a otras Drogas
- 103 Retraso mental
- 104 Otras alteraciones mentales y psicológicas

VI. ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO, ORGANOS DE LOS SENTIDOS

Enfermedades del sistema nervioso

- 105 Meningitis debida a otros organismos
- 106 Enfermedad de Parkinson
- 107 Esclerosis Múltiple
- 108 Parálisis cerebral infantil
- 109 Parálisis facial
- 110 Epilepsia
- 111 Migraña
- 112 Otros trastornos del sistema nervioso

Enfermedades Oculares y Anexos

- 113 Glaucoma
- 114 Catarata
- 115 Enfermedades de los párpados (Chalazion/Orzuelo/Blefaritis)
- 116 Ceguera
- 117 Queratitis
- 118 Estrabismo
- 119 Pterigion
- 120 Miopía/ Trastornos de Refracción
- 121 Otras enfermedades de los ojos

Enfermedades de los Oídos y Apófisis Mastoides

- 122 Otitis Externa
- 123 Otitis Media
- 124 Laberintitis (Síndrome Vertiginoso)

- 125 Sordera (parcial o completa)
- 126 Cera en conducto auditivo externo o cuerpo extraño
- 127 Enfermedad de Meniere
- 128 Otras enfermedades del oído y mastoides

VII. ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

Enfermedades Cardíacas

- 129 Fiebre Reumática Aguda
- 130 Enf. Reumáticas Crónicas del Corazón
- 131 Enf. Hipertensivas
- 132 Enf. Izquémicas del Corazón/ Infarto Agudo del Miocardio
- 133 Insuficiencia Cardíaca
- 134 Arritmia Cardíaca
- 135 Otras enfermedades cardíacas

Enfermedades Cerebrovasculares

- 136 Isquemia Cerebral Transitoria
- 137 Efectos tardíos de enfermedades cerebrovasculares
- 138 Otras enfermedades cerebrovasculares

Enfermedades del Sistema Vascular

- 139 Embolia y trombosis arterial
- 140 Flebitis y tromboflebitis
- 141 Varices en miembros inferiores
- 142 Hemorroides
- 143 Varices de otros sitios
- 144 Hipotensión
- 145 Otras enfermedades del sistema vascular

VIII. ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

- 146 Amigdalitis Aguda
- 147 Asma Bronquial
- 148 Bronquitis Aguda

- 149 Bronquiolitis Aguda
- 150 Bronquitis Crónica
- 151 Faringitis Aguda
- 152 Infec. Respiratorias Agudas (sitios múltiples)
- 153 Influenza (Virus no identificado)
- 154 Infecciones Respiratorias vías inferiores (no especificada)
- 155 Laringitis, epiglotitis obstructiva aguda
- 156 Nasofaringitis Aguda (Resfrío común, catarro, gripe)
- 157 Neumonía (Viral streptocócica, haemophilus, bacteriana, otras)
- 158 Sinusitis Aguda
- 159 Traqueítis, laringitis aguda
- 160 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- 161 Otras enfermedades del aparato respiratorio

IX. ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

- 162 Enfermedad dientes y su soporte
- 163 Enfermedad boca, lengua, glándulas salivales
- 164 Enfermedad del esófago Gastritis/Colitis
- 165 Úlcera gástrica
- 166 Úlcera duodenal
- 167 Colelitiasis/Colecistitis
- 168 Apendicitis
- 169 Hernia inguinal
- 170 Otras Hernias
- 171 Estreñimiento
- 172 Fisura/Absceso/Fistula Anal
- 173 Dolor Rectal y Anal, Proctitis, Rectorragia
- 174 Hematemesis, Melenas, Hemorragia digestiva NE
- 175 Cirrosis y otras enfermedades hepáticas
- 176 Otras Enfermedades de la vesícula biliar y vía biliar
- 177 Otras enf. del aparato digestivo

X. ENFERMEDADES DEL APARATO GENITOURINARIO

Enfermedades del Aparato Urinario

- 178 Síndrome Nefrítico
- 179 Síndrome Nefrotico
- 180 Nefrosis
- 181 Insuficiencia Renal
- 182 Infección Renal
- 183 Cálculo de Vías Urinarias
- 184 Cistitis e infecciones urinarias No especificadas

Enfermedades de los Organos Genitales Masculinos

- 185 Hiperplasia de la prostata
- 186 Hidrocele
- 187 Hipertrofia prostática
- 188 Trastornos del pene
- 189 Esterilidad masculina
- 190 Fimosis
- 191 Hernia Escrotal
- 192 Otras enfermedades de los genitales masculinos

Enfermedades de las mamas

- 193 Mastopatía Fibroquistica
- 194 Mastitis

Enfermedades de los Organos Genitales Femeninos

- 195 Enfermedades inflamatorias de órganos pélvicos femeninos
- 196 Enfermedades inflamatoria del cuello uterino (Cervicitis), de la vagina y de la vulva
- 197 Bartolinitis

198	Endometriosis
199	Prolapso Uterovaginal (Cistocele/Rectocele)
200	Fístula que afecta el aparato genital femenino
201	Dismenorrea/Dispareunia y otros dolores del aparato genital femenino
202	Trastornos de la menstruación
203	Trastornos menopáusicos y posmenopáusicos
204	Esterilidad de la mujer
205	Otros trastornos de los órganos genitales femeninos

XI. EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

206	Embarazo ectópico
207	Embarazo Múltiple
208	Hemorragia en el embarazo
209	Placenta Previa
210	Hidramnios
211	Hiperemesis en el embarazo
212	Infección urinaria embarazo y puerperio
213	Toxemia en embarazo y puerperio
214	Aborto inducido
215	Aborto espontáneo
216	Otras complicaciones del embarazo
217	Parto Normal
218	Parto Complicado
219	Alteraciones lactancia y mastitis
220	Sepsis puerperal
221	Otras complicaciones del puerperio

XII. ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO

222	Forúnculo
223	Celulitis
224	Absceso
225	Linfadenitis aguda
226	Impétigo
227	Otras infecciones piel y tejido subcutáneo
228	Dermatitis Seborréica

229	Dermatitis Atópica y eczema
230	Lupus Eritematoso
231	Otras Dermatitis
232	Exantema
233	Pitiriasis rosada
234	Psoriasis
235	Prurito y procesos relacionados
236	Callos y callosidades
237	Quiste Sebáceo
238	Enfermedades de las uñas
239	Alopecia y otras enfermedades pelo
240	Acné
241	Urticaria
242	Onfalitis
243	Otras enfermedades piel y tejido celular subcutáneo

XIII. ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR Y TEJIDO CONECTIVO

244	Artritis Reumatoidea y procesos asociados
245	Artrosis y procesos asociados
246	Osteoartritis
247	Artritis Urica
248	Artritis/Artrosis Traumática
249	Dolor o rigidez en articulación
250	Inflamación (Hidrartritis) o derrame (Gonartrosis) en articulación
251	Síndrome del hombro
252	Otras Bursitis y Sinovitis
253	Artrosis de la columna (Espondiloartrosis)
254	Dolor de espalda (Lumbalgia)
255	Deformidades de columna (adquiridas y congénitas)
256	Ganglión en articulación y tendón
257	Inestabilidad de la rodilla
258	Otras enfermedades del aparato locomotor y tejido conectivo
259	Pie plano
260	Deformidades de los miembros

XIV. ANOMALIAS CONGENITAS

- 261 Anomalías Congénitas del corazón
- 262 Anomalías Congénitas miembros inferiores/superiores
- 263 Criptorquidia
- 264 Obstrucción Conducto Lagrimal
- 265 Fisura del paladar y labio leporino
- 266 Otras Anomalías Congénitas No Especificadas

XV. SIGNOS, SINTOMAS, ESTADOS PATOLOGICOS MAL DEFINIDOS**Sistema Nervioso Central**

- 267 Convulsiones
- 268 Movimientos Anormales Involuntarios
- 269 Mareo y Vértigo
- 270 Alteraciones del Lenguaje
- 271 Cefáleas
- 272 Neuralgia
- 273 Parálisis Flácida de miembros inferiores
- 274 Alteraciones de la sensibilidad

Sistema Cardiovascular y Linfático

- 275 Dolor Torácico
- 276 Palpitaciones, Síncope, desmayo, desvanecimiento
- 277 Soplo cardíaco
- 278 Edema
- 279 Adenopatías no infecciosas

Aparato Respiratorio

- 280 Epistaxis
- 281 Hemoptisis
- 282 Disnea
- 283 Tos

Aparato Digestivo y Abdomen

- 284 Anorexia
- 285 Náusea/Vómito

- 286 Pirosis
- 287 Hepatomegalia/Esplenomegalia
- 288 Meteorismo - *Distensión*
- 289 Dolor Abdominal

Aparato Genitourinario

- 290 Disuria
- 291 Enuresis, incontinencia
- 292 Polaquiuria

Signos y Síntomas Generales

- 293 Sudoración Excesiva
- 294 Fiebre de origen desconocido
- 295 Exantema y otras erupciones cutáneo inespecíficas
- 296 Pérdida de peso
- 297 Detención desarrollo fisiológico
- 298 Malestar, fátiga, cansancio
- 299 Masa y tumoración localizada
- 300 Senilidad sin psicosis
- 301 Presión arterial elevada
- 302 Otros signos y síntomas generales no clasificados

XVI. LESIONES Y EFECTOS ADVERSOS**Fracturas**

- 303 Fractura de cabeza
- 304 Fractura de columna vertebral
- 305 Fractura de costillas
- 306 Fractura de clavícula
- 307 Fractura del húmero
- 308 Fractura de cubito/radio
- 309 Fractura de (meta)carpo y (meta)tarso
- 310 Fractura de falanges pie/mano
- 311 Fractura de femur
- 312 Fractura de tibia/peroné
- 313 Fractura cualquier otro hueso No Clasificada

Luxaciones

Esguinces y torceduras

- 314 Esguince/torcedura cuello
- 315 Esguince/torcedura hombro y brazo
- 316 Esguince/torcedura muñeca, mano, dedos
- 317 Esguince/torcedura rodilla y pierna
- 318 Esguince/torcedura tobillo
- 319 Esguince/torcedura pie y dedos
- 320 Esguince/torcedura otro sitio

Otros Traumatismos

- 321 Erosión/Herida
- 322 Picadura y mordedura de insectos
- 323 Abrasión, rasguño y ampolla
- 324 Hematoma, contusión y aplastamiento
- 325 Quemadura y escaldadura todo grado
- 326 Cuerpos extraños en órganos
- 327 Concusión, traumatismo intracraneal

Efectos Adversos

- 328 Sobredosis de medicamentos
- 329 Efectos adversos de fármacos
- 330 Efectos adversos de otros productos químicos (Intoxicación)
- 331 Envenenamiento
- 332 Complicaciones de tratamiento quirúrgico
- 333 Efectos adversos agentes físicos
- 334 Otros efectos adversos

XVII. CLASIFICACION SUPLEMENTARIA

Medicina Preventiva

- 335 Exploración médica a sano/asintomático
- 336 Portador/contacto enfermedad infecciosa/parasitaria

Planificación Familiar

- 337 Contraceptivos orales
- 338 Dispositivos intrauterinos
- 339 Otros métodos anticonceptivos
- 340 Esterilización hombre y mujer

Miscelánea

- 341 Accidentes de tránsito
- 342 Herida por arma de fuego
- 343 Herida por arma blanca
- 344 Maltrato inflingido por otras personas

Atención de la Madre y Niño

- 345 Diagnóstico de embarazo
- 346 Atención prenatal
- 347 Atención postnatal
- 348 Control al niño

Problemas Sociales

- 349 Problemas familiares
- 350 Inadaptación Social
- 351 Problema relacionado con una fase de la vida
- 352 Violencia contra la mujer
- 353 Violaciones y ataques sexuales
- 354 Paciente que acude a los servicios por problemas psicosociales
- 355 Otros problemas sociales

III. Estructura de la Clasificación de Motivos de Consulta

La clasificación de motivos de consulta en el primer nivel de atención se ha dividido en 17 secciones, las cuales se detallan a continuación:

- I Enfermedades Infecciosas y Parasitarias**
- II Neoplasias**
- III Enfermedades Endocrinas, Nutricionales, Metabólicas**
- IV Enfermedades de la Sangre**
- V Enfermedades Mentales**
- VI Enfermedades del Sistema Nervioso, Organos de los Sentidos**
- VII Enfermedades del Aparato Circulatorio**
- VIII Enfermedades del Aparato Respiratorio**
- IX Enfermedades del Aparato Digestivo**
- X Enfermedades del Aparato Genitourinario**
- XI Embarazo, Parto y Puerperio**
- XII Enfermedades de la Piel y Tejido Celular Subcutáneo**
- XIII Enfermedad del Aparato Locomotor y Tejido Conectivo**
- XIV Anomalías Congénitas**
- XV Signos, Síntomas, Estados Patológicos mal definidos**
- XVI Lesiones y efectos adversos**
- XVII Clasificación suplementaria**

ANEXOS

Municipio de Puerto Cabezas

CUADRO N° 1

Municipio de Puerto Cabezas. Población por Sexo y Área Geográfica
Según Barrios y Comunidades, 1995-2000

AREA	BARRIOS Y COMUNIDADES	POBLACION DE 1995			POBLACION DE 2000		
		Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
ZONA URBANA	EL AEROPUERTO	771	884	1655	1008	1156	2164
	19 DE JULIO	223	280	503	292	366	658
	EL COCAL	887	975	1862	1160	1275	2434
	SANTA INES	311	327	638	407	427	834
	PEDRO J. CHAMORRO	623	669	1292	814	875	1689
	MORAVO	293	330	623	383	431	814
	GERMAN POMARES	330	375	705	431	490	922
	FILEMON RIVERA	478	509	987	625	665	1290
	SAN JUDAS	185	203	388	242	265	507
	JERUSALEN	719	769	1488	940	1005	1945
	SAN LUIS	320	349	669	418	456	875
	ARLEN SIU	439	490	929	574	641	1214
	RIGOBERTO LOPEZ PEREZ	101	100	201	132	131	263
	PANCASAN	90	94	184	118	123	241
	REVOLUCION	158	143	301	207	187	394
	SAN PEDRO	106	111	217	139	145	284
	LIBERTAD	1074	1147	2221	1404	1499	2904
	PETER FERRERA	577	640	1217	754	837	1591
	LOS ANGELES	689	727	1416	901	950	1851
	SPANISH TOWN	594	669	1263	777	875	1651
SANDINO	598	660	1258	782	863	1645	
EL MUELLE	933	979	1912	1220	1280	2500	
OTROS SECTORES URBANOS	315	344	659	412	450	862	
TOTAL URBANO	10,814	11,774	22,588	14,137	15,392	29,530	

ANEXO

Ministerio de Salud

Período : Año 1999

Consolidado de Consultas Médicas

Centro Informante: C/S Policlínico E. H. W.

<u>CONSULTAS MEDICAS</u>	<u>SEXO</u>		<u>TOTAL</u>
	<u>M</u>	<u>F</u>	
Medicina General	3,623	9,660	13,283

FUENTE:

Sistema de informació.
Estadística del
Policlínico E. W. H.