



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



TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

TEMA:

LA MEDICINA TRADICIONAL MISKITA EN ALAMIKAMBA EN
EL MARCO DEL MODELO DE SALUD, RAAN, 2004.

AUTORAS:

JESSICA AGUILAR MORAGA

SOFIA GUTIERREZ HIDALGO

TUTOR: ALICE PINEDA W.
MSc. Epidemiología
MSc. Desarrollo Rural

ASESOR METODOLOGICO: JOSE ESPINOZA. MD
MSc. Salud Pública

MANAGUA, NOVIEMBRE 2004

INDICE

i.	AGRADECIMIENTOS	
ii.	DEDICATORIA	
iii.	RESUMEN	
I.	INTRODUCCION	
II.	ANTECEDENTES	
III.	JUSTIFICACION.....	
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	
V.	OBJETIVOS.....	
VI.	MARCO CONCEPTUAL.....	
VII.	DISEÑO METODOLOGICO.....	
VIII.	RESULTADOS Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	
IX.	CONCLUSIONES.....	
X.	RECOMENDACIONES.....	
XI.	BIBLIOGRAFIA.....	
XII.	ANEXOS.....	

DEDICATORIA

A todos los agentes de Medicina Tradicional Miskita de Alamikamba.

A mi esposo Freddy Halftermeyer y mis hijos Belén y Nomar.

A mi madre Olga Moraga y mi esposo Juan José Mendoza por su paciencia y apoyo.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por hacer de nuestros sueños una realidad.

A los Agentes de Medicina Tradicional de Alamikamba sin los cuales no hubiese sido posible la elaboración de este estudio. Nos permitieron conocer sus ideas, experiencias y prácticas.

Al organismo Acción Médica Cristiana que nos dio la oportunidad de asumir este reto y especialmente a Gerardo Gutiérrez por su valiosa cooperación.

A nuestra tutora Alice Pineda y José Ramón Espinoza por sus aportes y valiosas sugerencias.

A Juan José Mendoza por su apoyo incondicional.

A Carlos Amador por habernos apoyado en todo momento.

RESUMEN

El presente estudio es el resultado de una investigación cualitativa sobre la Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba en el marco del Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte.

En el sistema de salud tradicional la relación médico paciente es diferente a la occidental pues el trato con el enfermo es más cercano, accesible y conocedor de su contexto, y conceptualizan la enfermedad en todo lo que rodea al paciente. En muchas ocasiones la consulta la dan junto con la familia del enfermo y a veces la curación es colectiva.

Conocer la percepción de las mujeres sobre las diferentes alternativas de atención en salud es un elemento de vital importancia, debido a que generalmente por las particularidades culturales que sobrepasan más allá a una etnia o raza, es a ella a la que se le adjudica la responsabilidad de la salud de los hijos, es decir, la mujer es la que acude en búsqueda de los servicios de salud para ella misma como para su familia.

I. INTRODUCCION

El presente documento presenta el informe final de la investigación de carácter cualitativo sobre la Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba en el Marco del Modelo de Salud de la RAAN en el año 2004.

Se aborda La medicina Tradicional miskita como un sistema de salud con sus propias particularidades, entre los cuales se destacan sus agentes, funciones, cosmovisión, prácticas de curación, niveles de interrelación entre sí y como se articula con el Sistema Institucional de salud, también se aborda la percepción de la población, en particular la cohorte de las mujeres en relación a su opinión sobre ambos sistemas de salud. Para hacer posible este proceso se utilizaron técnicas de la investigación cualitativa destacándose los grupos focales, entrevistas y la observación participante.

El reto mayor de este trabajo es la identificación de las particularidades de un sistema de salud tradicional de un grupo poblacional perteneciente a la etnia miskita, con una lengua, cultura e idiosincrasia distinta a las otras regiones del país.

El propósito de este estudio es analizar la Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba en el marco del modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte, conocer sus agentes, sus características y describir la capacidad de oferta tanto de la Medicina Tradicional como del Sistema Institucional de Salud a sí como conocer la percepción de la población sobre ambos sistemas.

Este esfuerzo pretende contribuir al proceso de reflexión sobre la Medicina Tradicional Miskita, dando a conocer los avances en lo relacionado a su articulación con el Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte.

A lo largo de los años, la medicina tradicional no ha podido ser sustituida o abolida por otras alternativas de servicios de salud, muy por el contrario ha venido ganando espacios, como: La ley general de salud y el modelo de salud de la RAAN en donde se plantea el reconocimiento de la medicina tradicional y el respeto a la interculturalidad.

La finalidad es de colaborar en el rescate de la Medicina Tradicional para aportar al sistema institucional de salud (MINSa, ONG, e Instituciones educativas) y las autoridades de la Región Autónoma del Atlántico Norte, a fin de que puedan retomar algunas estrategias para la articulación de la medicina tradicional en el marco del Modelo de Salud de la RAAN en Alamikamba.

En este documento se presentan los objetivos, resultados, análisis, principales hallazgos encontrados, así como las recomendaciones las que son un inicio para que otras instituciones o personas puedan seguir profundizando en tema.

II. ANTECEDENTES

La Fundación Wangki Luphia ha venido realizando una serie de investigaciones sobre la Medicina Tradicional en el Río Coco, donde la Medicina Miskita es ejercida por una serie de Médicos tradicionales, su acción se extiende a enfermedades naturales y espirituales, sin embargo estas investigaciones presentan las limitaciones en la que se desenvuelve.

Acción Médica Cristiana ha venido realizando una serie de investigaciones sobre la Medicina Tradicional, en el año 2000 realizó estudio sobre la Medicina Tradicional en Waspan y Río Coco, los resultados han sido utilizados para elaborar estrategias de desarrollo comunitario tomando en cuenta la interculturalidad de la población.

También el Organismo Pan para el Mundo en el 2002, financió una evaluación a AMC sobre la situación de la Medicina Tradicional en la Zona de Waspan, Río Coco y Alamikamba, los resultados demostraron ausencia de estudios, estrategias que busquen el rescate de la Medicina Tradicional.

A partir de estas experiencias Acción Médica Cristiana se ha interesado por estudiar el desarrollo de la medicina tradicional en la zona del río coco, encontrándose hallazgos importantes para el mejoramiento del trabajo de salud comunitaria en la zona. Es a partir de esta experiencia que Acción Médica se ha interesado por estudiar la Medicina tradicional en la Costa Atlántica, es así como surge la necesidad de realizar un primer estudio sobre la Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba, dado que AMC ha trabajado por más de diez años en la zona y nunca se ha realizado ningún esfuerzo sobre este tema que consideran de vital importancia para el desarrollo de los servicios de salud de una manera integral.

Debido a esta ausencia se plantea de necesidad de realizar un primer estudio acerca de la medicina tradicional miskita tomando como punto de referencia el modelo de salud de la RAAN, el cual está en proceso de implementación en la zona.

III. JUSTIFICACION

Conocer la medicina tradicional es un reto en el Acci3n M3dica Cristiana ha venido retomando en los 3ltimos a3os, por lo que hace algunos a3os se intereso por estudiar el desarrollo de la medicina tradicional en la zona del r3o coco, encontr3ndose hallazgos importantes para el mejoramiento del trabajo de salud comunitaria en la zona. Es a partir de esta experiencia que Acci3n M3dica se ha interesado por estudiar la Medicina tradicional en la Costa Atl3ntica, es as3 como surge la necesidad de realizar un primer estudio sobre la Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba, dado que AMC ha trabajado por m3s de diez a3os en la zona y nunca se ha realizado ning3n esfuerzo sobre este tema que consideran de vital importancia para el desarrollo de los servicios de salud de una manera integral.

Debido a esta ausencia se plantea de necesidad de realizar un primer estudio acerca de la medicina tradicional miskita tomando como punto de referencia el modelo de salud de la RAAN, el cual esta en proceso de implementaci3n en la zona.

Este estudio es de suma importancia porque es el primero que se realiza en la zona de Alamikamba sobre la medicina tradicional miskita y su articula con el sistema institucional de salud en el marco del modelo de salud de la RAAN.

Los aportes de este estudio servir3n como base para la elaboraci3n de estrategias de trabajo que viabilicen de manera operativa la articulaci3n de la medicina tradicional en el modelo de salud de Alamikamba, ya que se tom3 en cuenta la opini3n de los diferentes actores tales como los Agentes de Medicina Tradicional, l3deres de salud, actores claves, personal de salud del Minsa y personal de Acci3n M3dica Cristiana.

Es importante estudiar la Medicina Tradicional Miskita porque se han venido perdiendo algunas pr3cticas ancestrales de los agentes de medicina tradicional como por ejemplo en Alamikamba ya no hay sukias, un personaje de relevancia. Este estudio aporta elementos que permitan la b3squeda de estrategias que revaloren el papel que ha desarrollado en resolver los problemas de salud a lo poblaci3n miskita que en su mayor3a no tiene acceso a los servicios de salud occidental, de ah3 que se hace necesario retomarlo y proponer alternativas que la fortalezcan ya que en su contexto es la 3nica alternativa de soluci3n que los Miskitos tienen a sus problemas de salud.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- **¿Cómo es la Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba?.**

V. OBJETIVOS

GENERAL:

Analizar la Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba en el marco del Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte. 2004.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1-Identificar los agentes de Medicina Tradicional de Alamikamba.

2-Describir las características de la medicina tradicional miskita en Alamikamba con relación a sus capacidades y recursos.

3-Determinar la capacidad de oferta de la Medicina Tradicional y el sistema institucional en Alamikamba para satisfacer la demanda poblacional de acuerdo a sus características y necesidades.

4-Conocer la percepción de la población de Alamikamba sobre la medicina tradicional y el sistema institucional de salud para resolver los problemas de salud de la población.

VI. MARCO CONCEPTUAL

1- Medicina tradicional: Tendencias Mundiales

En el seno de la OMS, es a finales del año 1977, que se desarrolla una reunión de trabajo en la que se declara la importancia que tienen las diversas prácticas médicas de origen ancestral y que se encuentran presentes en los pueblos de culturas no occidentales en los diferentes países del mundo. Esta medicina, cuyo nombre variaba entre medicina indígena, aborígen, nativa, etnomedicina, popular o folklórica, se llega a **reconocer como un sistema de atención sanitaria**, emanado del pueblo y bien aceptado por éste. Se reconoce que como parte integrante de la cultura popular, resulta particularmente eficaz para la solución de ciertos problemas de salud relacionados con el medio cultural. Se reconoce que el sistema de medicina tradicional considera al ser humano de manera “holística”, es decir, en su totalidad y dentro de un espectro ecológico, partiendo al mismo tiempo de que la falta de salud, o la enfermedad misma, proceden de un desequilibrio del hombre en su sistema ecológico total y no solo del agente causal y la evolución patógena.

Según la definición reciente de OMS: Define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades¹.

A partir de 1992, la OPS/OMS, ha abordado el tema de la salud de los pueblos indígenas del continente americano como una prioridad, en base a las necesidades identificadas, entre ellas hasta ese momento, la ausencia de políticas favorables para mejorar las condiciones de salud, en el propio contexto sociocultural, de los diferentes grupos y pueblos indígenas de los países de la Región. La OPS, encamina sus esfuerzos de cooperación a fin de apoyar a los pueblos indígenas, a los Gobiernos Miembros, a otras instituciones e individuos comprometidos con el mejoramiento de la salud y condiciones de vida de los pueblos.

La Organización Mundial de la Salud, define la **salud** como el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo (OMS, 1990). Lo que equivaldría a bienestar, para los pueblos indígenas, sería la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a "la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social.

¹ OMS.Estrategia de la OMS SOBRE Medicina tradicional 2002-2005.Capítulo I. pág. 7

Los pueblos indígenas de la Región han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. Mucha de la fuerza y capacidad de sobre vivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo "eje conceptual" o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad.

A este conjunto de prácticas y conocimientos presentes en los pueblos de la Región, generalmente agrupados en la denominada Medicina Tradicional, los llamaremos Sistemas de Salud Tradicionales/ Sistemas de Salud Indígenas.

El Sistema de Medicina Tradicional² comprende el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explican la etiología, la nosología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades. Estos se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación, dentro de los pueblos. Lo que quiere decir que esta medicina es circunscrita, local, colectiva, anónima y lleva en lo profundo un mensaje universal.

De esta manera los sistemas de salud tradicionales son un tipo de sistemas de salud local donde la integralidad y lo holístico son conceptos que han estado siempre presentes en el pueblo indígena por siglos mucho antes del surgimiento la medicina moderna.

En los sistemas de salud tradicionales, la enfermedad es definida en un sentido social, como la interferencia con el comportamiento social normal y la habilidad del individuo para trabajar. La mayoría de los pueblos indígenas dividen las enfermedades en dos grupos: enfermedades del campo producidas por causas sobrenaturales- encantos, vientos, espíritus -que actúan autónomamente o al ser evocadas o dirigidas por medio de operaciones mágicas y enfermedades de Dios, cuyo origen no pertenece al mundo mítico indígena.

1.1 Papel actual de la OMS con respecto a los Sistemas de Medicina Tradicional.

La OMS ha planteado **una estrategia sobre Medicina Tradicional 2002-2005**, revisa el estado de la Medicina Tradicional de forma global, y detalla el propio papel y las actividades de la OMS en cuanto a la Medicina Tradicional, pero lo que es más importante es que proporciona un marco de trabajo para la acción de la OMS y de sus socios, a fin de que la MT desempeñe un papel mucho más importante a la hora de reducir el exceso de mortalidad y morbilidad, especialmente entre las poblaciones más pobres. La estrategia comprende cuatro objetivos:

A. Política — integrar la MT en los sistemas de salud nacionales, desarrollando e implantando políticas y programas nacionales sobre Medicina Tradicional.

² OPS/OMS Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales, 1997, Pág. 12.

B. Seguridad, eficacia y calidad — fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA, difundiendo los conocimientos básicos sobre MT y ofreciendo directrices sobre normas y estándares para el asegurar la calidad.

C. Acceso — incrementar la disponibilidad y la asequibilidad de la MT, según Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005

D. Uso racional — fomentar terapéuticamente el uso sólido de una MT apropiada por parte de proveedores y consumidores.

En un principio, la implantación de la estrategia se pretende se centre en los primeros dos objetivos.

1.2 Relanzamiento de APS

En la Conferencia Internacional de Salud celebrada en Alma Ata se reconoció que los sistemas oficiales de salud tenían un vacío en sus estrategias de atención en salud y surge entonces una estrategia global a la que se le denominó atención primaria de salud. En este enfoque global se reconoce que el sistema médico tradicional, en la mayoría de los países coexiste con el sistema oficial de salud, con actitudes o sentimientos antagónicos, desprecio o indiferencia, por lo que se hacía necesaria su articulación a la estrategia de atención primaria de salud³.

Estos enfoques básicamente se fundamentan en:

- a) El reconocimiento e incorporación de los practicantes de la medicina tradicional a los programas de desarrollo de la comunidad;
- b) La formación complementaria de los practicantes de la medicina tradicional a fin de utilizar sus servicios en la atención primaria de salud;
- c) Enseñanza de los principios de la medicina tradicional al personal profesional de salud y a los alumnos de medicina moderna, a fin de promover el diálogo, la comunicación y el buen entendimiento.

Washington, D.C., 27 de septiembre de 2004 (OPS). A 25 años del surgimiento del lema "Salud para Todos", la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizó una reunión con los Ministros de Salud de las Américas, con el fin de renovar el compromiso con la atención primaria de salud, una herramienta esencial considerada por los Ministerios de Salud para lograr la equidad en salud.

Según la Declaración, que se firmó cuando concluyó la conferencia, la atención primaria de salud es "asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo

³Informe Final de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6 –12 Septiembre, 1978.

que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas del desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación".

La OPS también considera una nueva Declaración Regional, similar en espíritu a la de Alma Ata, como un llamado al desarrollo y puesta en práctica de políticas públicas y estrategias efectivas, tanto locales como nacionales, para seguir mejorando la salud de los pueblos de las Américas y para difundir la contribución y la vigencia de la estrategia de la APS y el objetivo de Salud para Todos.

2. Antropología de la Salud.

Es el concepto más amplio que intenta preservar el carácter complejo e integral de las creencias y prácticas populares tradicionales que inciden sobre el proceso salud-enfermedad, identificables en el contexto socio-cultural de las comunidades; evitando los sesgos que le restan validez interna a los estudios de este tipo y procurando, hasta donde sea posible, no imponerle esquemas a la realidad. Por lo tanto, este nuevo concepto surge por una exigencia metodológica y práctica en la perspectiva de su posterior utilización.

Antropología de la salud supera en contenido y extensión al concepto Antropología médica, al interesarse en los contenidos sanitarios del proceso Salud-Enfermedad en su contexto factual (los hechos) que son las prácticas Higiénico-Sanitarias patrimonio de toda Organización Socio-Económica y no sólo de las organizaciones médicas y afines de cualesquier contexto socio-cultural.

En realidad, los estudios clásicos y tradicionales que se han ocupado de la problemática creencias y prácticas populares tradicionales sobre la salud/enfermedad⁴, han incidido fundamentalmente con el aparato categoría de la Etnomedicina, lo que se justifica por la necesidad metodológica de reducir o delimitar el campo de la Antropología Médica en todos aquellos aspectos culturales que tienen relación con la medicina, a fin de sistematizar los conocimientos que serían insumidos en el proceso de enseñanza de las ciencias médicas. En consecuencia, el resultado esperado, como es la formación integral de técnicos y profesionales de la salud se contradice con lo observado, puesto que los aportes de la Antropología Médica se han revertido en el reforzamiento de los modelos médicos hegemónicos inherentes a las prácticas médicas dominantes, con todas sus consecuencias: medicalismo, biologismo, asistencialismo, entre otras (3).

3. La Medicina Tradicional Miskita.

Los seres humanos y los pueblos tienen su propia cultura, su propia identidad la cual tiene una dimensión histórica y social que se expresa en un grupo social y un espacio geográfico determinado, donde se vive una práctica cotidiana que es el reflejo de su forma de ser, sentir y vivir en relación con su medio ambiente.

⁴ Aguirre B; G: Antropología Médica, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, ediciones de la casa chata. Primera edición, México, D.F., 1986, Pág. 13—39.

Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba

Con la conquista y la colonia española, se produce un cambio violento en la cultura de los pueblos mesoamericanos; se impone el sistema médico Hipocrático-Galénico que regía en Europa durante el siglo XVI y llegan también a las "Indias Occidentales" elementos de la medicina popular española con una fuerte influencia árabe. Poco tiempo después llegaron las prácticas "médicas" traídas por los esclavos de origen africano⁵.

En las comunidades indígenas de la Costa Caribe de Nicaragua la Medicina Tradicional ha sido la forma más efectiva de atención a sus problemas de salud y han hecho uso de ella históricamente⁶.

En el idioma Miskito no existe la palabra enfermedad, la que frecuentemente se suplente con el concepto inglés "sickness". Lo que da lugar al uso de la frase "Saura Takan" significa estar en desequilibrio con la naturaleza⁷.

La medicina indígena miskita es un sistema de conocimientos, creencias y prácticas destinadas a la prevención y curación de las enfermedades. También atiende las causas de desequilibrio concebidas como lesivas a la salud del individuo o la comunidad. Es el resultado de un complejo proceso histórico en donde encontramos conocimientos indígenas ancestrales con influencia de otros particularmente africanos y europeos⁸.

El sistema de Medicina tradicional Miskita esta integrado por Agentes de medicina Tradicional, proveedores de los servicios de salud de este sistema.

Los Agentes de Medicina Tradicional son⁹:

- Ukuly (Profeta) que significa "Hacedor del tiempo y el viento" es generalmente golpeado por un rayo cósmico son llamados por el gran espíritu del espacio. Su misión es evitar los malos espíritus en las comunidades, plagas en las plantaciones, los cultivos y limpiar los caminos de espíritus negativos.
- Sukia Son sacerdotes y médicos que atiendan a la población que enferma de espíritus negativos.
- Uhura (Curandero) Son personas que curan enfermedades de origen espiritual y en especial las que no son de origen espiritual, utilizando plantas medicinales para su curación.
- Parteras¹⁰: Agente de medicina tradicional que brinda especial atención a la mujer y niño (Durante el embarazo y después del parto).
- Yerberos Son personas que curan enfermedades a base de hierbas y no tienen la capacidad de curar enfermedades del espíritu.

⁵ Sincretismos culturales muy evidentes en la Moskitia (Costa Atlántica de Nicaragua y Honduras); en las Antillas, Panamá, Colombia, Venezuela y Brazil; conocida la derivación de las subcultura Afro americanas.

⁶ Cuunningham y col. Estudio sobre Medicina Tradicional. Río Coco. 1994.

⁷ Fagoth, Ana. Armonizando con nuestro entorno.1999. Pág. 21.

⁸ Medicina Tradicional Miskita del Río Coco. Pág. 9. 1994

⁹ Cox, Avelino. Sukias y curanderos. 2003, Págs. 15-30.

¹⁰ Hernández Cecilia. Diagnostico y situación de salud de Alamikamba. Prinzipolka.RAAN. 2002.

3.1 Acerca de la Cosmovisión Autóctona.

La cultura de un pueblo es una ventana más por donde el ser humano puede percibir, desde otro ángulo, la realidad compleja y rica que lo circunda.

Hay dos ejes dinamizadores y reguladores de la vida en una comunidad miskita, estos son: la cosmovisión transmitida de generación en generación y la armonía entre los seres humanos y la naturaleza. Ambos se expresan claramente en la práctica médica miskita tradicional. La salud del pueblo indígena está configurada por sus experiencias históricas y su visión espiritual del mundo.

La mujer juega un papel fundamental en el estado de salud de la familia en las comunidades. En un estudio realizado por Cunningham y colaboradores en comunidades del Río Coco en 1998, se evidenció que las madres y las abuelas son las personas de la familia que hacen la mayor parte de los diagnósticos cuando una persona de la familia se enferma y son las que toman la decisión de a dónde acudir para solicitar el servicio de atención en salud

La visión del mundo miskito es el conjunto de tradiciones, normas y valores que se remontan a tiempos de Miskut¹¹ o la leyenda del Nikiniki¹² sobre la creación del Wanki. El contenido de esta visión son el río, los montes, el viento, los animales, los árboles, las piedras, los espíritus y los males.

4. Reforma del Sistema de Salud Institucional: Nicaragua.

La reforma en salud es un movimiento internacional que tiene diversas expresiones y modalidades, surge como respuesta a los cambios sociales y económicos que vienen experimentando los países latinoamericanos desde la década de los ochenta.¹³ Este proceso de reforma del estado impulsado por los gobiernos y condicionado por los organismos internacionales y su apoyo financiero como parte del cumplimiento de las medidas de ajustes del ESAF.

En países como Nicaragua la reforma se orienta a movilizar recursos, incrementar cobertura, definir las regulaciones y mejorar la eficiencia, alcanzando un papel muy importantelas intervenciones de mercado. De acuerdo a los compromisos adquiridos por los gobiernos en el Plan de Acción de la Cumbre de las Américas en 1994.¹⁴

El alcance de las reformas define una aproximación integral para mejorar la eficiencia, la equidad, la calidad, la sostenibilidad y la participación social, fundamentado sobre la base del diagnóstico social, demográfico, de los problemas económicos y de salud que

¹¹ Famoso líder guerrero precolombino del pueblo miskito.

¹² Leyenda miskita similar al relato de la creación del libro de Génesis de la Biblia.

¹³ La Reforma del sector salud en Nicaragua, Enero 1997.

¹⁴ Reforma Sectorial. Folleto. s.a

enfrenta nuestro país. Ello debe implicar cambios al sistema como un todo, en sus cuatro niveles; sistémico, programático, organizativo e instrumental.¹⁵

La modernización surge con el propósito inicial de adaptar los servicios de salud a las nuevas circunstancias sociales, contener los problemas epidemiológicos, incrementar las coberturas y disminuir las presiones operacionales en la estructura institucional del sector.

El ámbito de acción de la modernización, se ha enfocado en la consolidación de los SILAIS, la descentralización de la gestión financiera, en la precisión del papel del Ministerio de Salud y sus funciones específicas de regulación, conducción de la modernización sectorial, facilitando la participación comunitaria, así como estimular una nueva forma de gestión y la asignación de recursos en salud para la atención de la población que más lo requiere y que debe integrarse al proceso de desarrollo.¹⁶

Cinco son los componentes de la Reforma del Sector Salud de Nicaragua:

1. - Modernización del Marco Legal y Regulatorio.
2. – Modernización Institucional
3. – Modernización de los Hospitales Públicos
4. – Modernización de la Atención Primaria en Salud
5. – Modernización de la Seguridad Social.

5. Elementos que influyen en la utilización de los servicios de salud:

5.1 Factores socio culturales que influyen en la utilización de los servicios

La aparición de una enfermedad se traduce en la utilización de servicios de salud, poniendo especial atención en los factores determinantes y tendencias recientes. La utilización de los servicios es una interacción entre consumidores y profesionales. Es una conducta compleja determinada por una amplia variedad de factores¹⁷.

Los factores socioculturales que determinan la utilización de los servicios de salud incluyen tecnología y valores, la tecnología ejerce influencia sobre la utilización de los servicios; en algunos casos baja el nivel de la enfermedad o limita la necesidad de atención médica., en otros la tecnología determina la mayor utilización de los servicios; los valores sociales también ejercen influencia estos son los valores y creencias sociales que afectan los procesos de atención médica.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Programa de Modernización del sector salud 1998-2002.

¹⁷ OPS/Epidemiología de la utilización de los servicios de salud.

5.2 Factores de la organización

Esto incluye las estructuras y procesos propios de la organización de la atención médica que rodean y afectan el proceso de atención médica.

5.3 La disponibilidad de recursos que se refiere a la relación entre el volumen y tipo de recursos existentes con los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de atención sanitaria de la población.

5.4 Accesibilidad

A. Accesibilidad Geográfica según Donabedian se refiere a las características del recurso que facilitan o impiden la utilización del mismo por parte de sus potenciales usuarios. Dos de estos factores la accesibilidad geográfica y la accesibilidad temporal están estrechamente relacionados. La accesibilidad geográfica se refiere a los factores espaciales que facilitan o entorpecen la utilización. Es la relación entre la ubicación de los recursos existentes y ubicación de los usuarios, esta ubicación puede medirse en distancia, tiempo de viaje, o costos del viaje.

B. Accesibilidad Social se refiere a las características no espaciales y no temporales de los recursos que pueden servir o no para facilitar la utilización de los servicios. La accesibilidad social puede ser dividida en dos dimensiones: la aceptabilidad y la posibilidad de pagarlos (capacidad económica). La aceptabilidad se refiere a los factores psicológicos, sociales y culturales y la posibilidad de pagar los factores económicos.

5.5 Características de la estructura y proceso de atención médica es la forma en que se prestan los servicios pueden determinar su utilización. La remuneración de las profesiones constituye sin duda un factor de peso así como los aranceles por servicio.

5.6 Factores socio demográficos, estas variables son edad, sexo, raza, factores étnicos, estado civil y nivel socio económico (educación, ocupación, ingreso), a menudo resulta difícil determinar si estas variables afectan la utilización de los servicios o si simplemente reflejan diferencias en los niveles de enfermedad.

La demanda se puede definir como los patrones de búsqueda de servicios preventivos o curativos por parte de la población para satisfacer sus problemas de salud. Muchas veces la demanda percibida por la población de algún servicio no corresponde a las necesidades estimadas por las instituciones¹⁸.

La oferta son los servicios o acciones de salud disponibles para la población demandante, bajo la oferta se incluyen los recursos financieros, físicos y humanos.

¹⁸ MINSA, Estudio de la demanda de servicios de salud de Nicaragua, 1996.

5.7 Utilización de la Medicina Tradicional

En China, la Medicina Tradicional contabiliza alrededor del 40% de toda la sanidad, y se utiliza para tratar a unos 200 millones de pacientes anualmente.⁴ En Latinoamérica, la Oficina Regional de la OMS para las Américas (AMRO/ PAHO) informa que el 71% de la población en Chile y el 40% de la población de Colombia en La Costa Atlántica de Nicaragua según Cuunningham el 80% de la población hace uso de la medicina tradicional.

La Medicina Tradicional es a veces la única fuente sanitaria asequible, especialmente entre los pacientes más pobres. En Ghana, Kenia y Malí, un estudio ha demostrado que un tratamiento antimalárico con pirimetamina/sulfadoxina puede costar muchos dólares. El gasto sanitario total realizado en Ghana y Kenia es de alrededor 6 dólares estadounidenses per cápita al año. En otras palabras, algunas poblaciones simplemente no pueden permitirse el lujo de pagar fármacos químicos. Por otro lado, las medicinas con base de hierbas no sólo son relativamente baratas sino que se pueden pagar en especie y/o de acuerdo con el “bienestar” del cliente.

En muchos países desarrollados, el uso cada vez mayor de la Medicina Tradicional indica que existen otros factores aparte de la tradición y el costo. La preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos, las cuestiones asociadas con los enfoques y suposiciones de la medicina alopática, el mayor acceso del público a información sanitaria, los cambios en los valores y la reducida tolerancia del paternalismo son algunos de ellos¹⁹.

6. Modelo de Salud de RAAN

6.1 Antecedentes del modelo de salud intercultural en la RAAN.

- La Constitución Política de Nicaragua:

La Constitución Política de Nicaragua que fue aprobada el 19 de noviembre de 1986 y en 1995 reformada, en ella se reconoce los derechos de los pueblos indígenas y el compromiso de mantener vigente la Ley de Autonomía.

- Ley de Autonomía de las Costa Atlántica de Nicaragua se destaca por las siguientes características:

La ley de autonomía es una ley ordinaria que regula, en un territorio determinado, la existencia de un régimen político administrativo, bajo la forma de gobierno propio.

¹⁹ Jonas WB. Alternative medicine – learning from the past, examining the present, advancing to the future. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(18):1616–1618.

Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba

Como muchos conceptos de las ciencias políticas la palabra autonomía es de origen griego y significa autogobierno²⁰.

Sus principios son:

- La libertad, Justicia, Igualdad y Respeto de las personas.
- Pluralismo Político.
- Pluralismo Étnico.
- Propiedad Comunal.
- Unidad Nacional.

Para la administración regional autónoma existen cuatro órganos de administración:

- Consejo Regional: Formado por 45 miembros, electos por voto popular y diputados Costeños.
- Coordinador Regional: Elegido por el Consejo.
- Autoridades Municipales: Alcalde y concejales.
- Autoridades comunales: Wihta Tara (Juez comunal), Consejo de ancianos, El Sindico.

6.2 Que es el modelo de Salud de La RAAN.

El Modelo de Salud Autonómico de la RAAN es una herramienta que busca la transformación integral de los Sistemas de Salud vigentes en la región en una estructura ágil, eficiente, respetando la diversidad cultural y en base a los recursos propios que dispone la región desde el nivel comunitario hasta el nivel regional²¹.

Su objetivo es Mejorar el nivel de salud de los pobladores de las regiones autónomas sus familias y comunidades en el marco de su medio ambiente considerando las particularidades de cada uno de los pueblos indígenas y comunidades étnicas como parte integral del proceso de autonomía regional multiétnico.

Las estrategias son:

Fortalecer el proceso de descentralización

Educación sanitaria a las familias.

Impulsar la atención primaria

Fortalecer la atención hospitalaria

Mejorar la calidad de la atención, fortaleciendo la capacidad del MINSA para normar regular y fortalecer las prácticas tradicionales.

Desarrollo de los recursos humanos en función del modelo de salud.

Desarrollar el marco jurídico

Desarrollar nuevas modalidades de gestión participativas

Buscar formas de financiamiento diversificados

Incidir en políticas de protección del medio ambiente trabajadores.

²⁰ CIDCA/UCA. Autonomía y sociedad en la RAAN. 1996. Pág. 83.

²¹ URACCAN. Modelo de Salud de la RAAN. 1996. Pág. 33.

Para el caso de la atención primaria de salud se han definido los siguientes indicadores

- 1-Accesibilidad Geográfica, siendo esta No más de 2 horas
- 2-Accesibilidad cultural y prácticas tradicionales que incluye idioma, comprensión e integración de cultura y cosmovisión.

6.3 Ley General de Salud.

La Ley General de Salud regula los principios, derechos y obligaciones de las acciones referidas a la promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud. En ella se reconoce al MINSA como el órgano rector para aplicar, supervisar, controlar y evaluar su cumplimiento.

En el capítulo III, Artículo 60 se incorpora el Modelo de Salud de la RAAN y se incorporan sus principios, objetivos, atribuciones, competencias, financiamiento y funcionamiento²².

7. Articulación de los Sistemas de Salud.

Entre otras tesis antropológicas producidas en la Fundación Centro Nacional de Medicina Popular Tradicional (CNMPT) durante 1992, una de ellas considera la integración de la Medicina Tradicional como un problema de extrema complejidad que, en un sentido pragmático²³ habría sido resuelto por las personas, familias, comunidades y grupos étnicos lo suficientemente informados a respecto de los recursos profilácticos y terapéuticos que están disponibles en su medio y los utilizan para restaurar, preservar y promover la salud, independientemente de su procedencia.

La incorporación de la Medicina Tradicional a los sistemas de salud nacional según la OMS ha definido tres tipos de sistemas de salud para describir el punto hasta el que la Medicina Tradicional es un elemento sanitario oficialmente reconocido.

En un sistema integrado, la Medicina tradicional está oficialmente reconocida e incorporada en todas las áreas de provisión sanitaria. Esto significa que: la Medicina Tradicional está incluida en la política de fármacos nacional relevante del país; los proveedores y los productos están registrados y regulados; las terapias de la Medicina tradicional están disponibles en hospitales y clínicas (tanto públicos como privados); el tratamiento de Medicina Tradicional se reembolsa bajo el seguro sanitario: se realizan estudios relevantes; y se dispone de educación sobre Medicina Tradicional. Mundialmente, sólo China, la República Popular Democrática de Corea, la República de Corea y Vietnam pueden considerarse tener un sistema integrador.

²² MINSA. Ley General de Salud. Marzo 2004. Pág. 20.

²³ Sentido pragmático aquí es utilizado de acuerdo con el principio del pragmatismo de considerar verdadero (verdad) lo que funciona en el contexto de las acciones instrumentales inter-subjetivas generadoras de consenso tácito o explícito.

En Un sistema inclusivo, se reconoce la Medicina Tradicional pero todavía no está totalmente integrado en todos los aspectos de la sanidad, ya sea aporte de cuidados sanitarios, educación y formación o regulación. Es posible que la Medicina Tradicional No esté disponible a todos los niveles sanitarios, puede ser el seguro sanitario no cubra tratamientos de Medicina Tradicional, puede que la educación oficial de MT no este disponible en el ámbito universitario, y puede que no exista una regulación de los proveedores y productos de MT o que en caso de existir solamente sea parcial. Dicho esto, se estará trabajando en la política, normativa, práctica, cobertura sanitaria, la investigación y la educación. Los países que tienen en funcionamiento un sistema inclusivo incluyen países en vías de desarrollo tales como Guinea Ecuatorial, Nigeria y Mali que tienen una política de MT nacional, pero poco o nada sobre regulación de los productos de la MT, y países desarrollados tales como Canadá y el Reino Unido que no ofrecen un nivel educativo universitario importante en MT, pero que se están esforzando por asegurar la calidad y la seguridad de la MT. Por último, están los países que operan un sistema completo y que esperan obtener un sistema integrador.

En un sistema tolerante, el **sistema sanitario** nacional está basado enteramente en la medicina alopática, pero se toleran por ley algunas prácticas de Medicina Tradicional estas prácticas son comúnmente utilizadas en China.

8. Niveles de Articulación como proceso

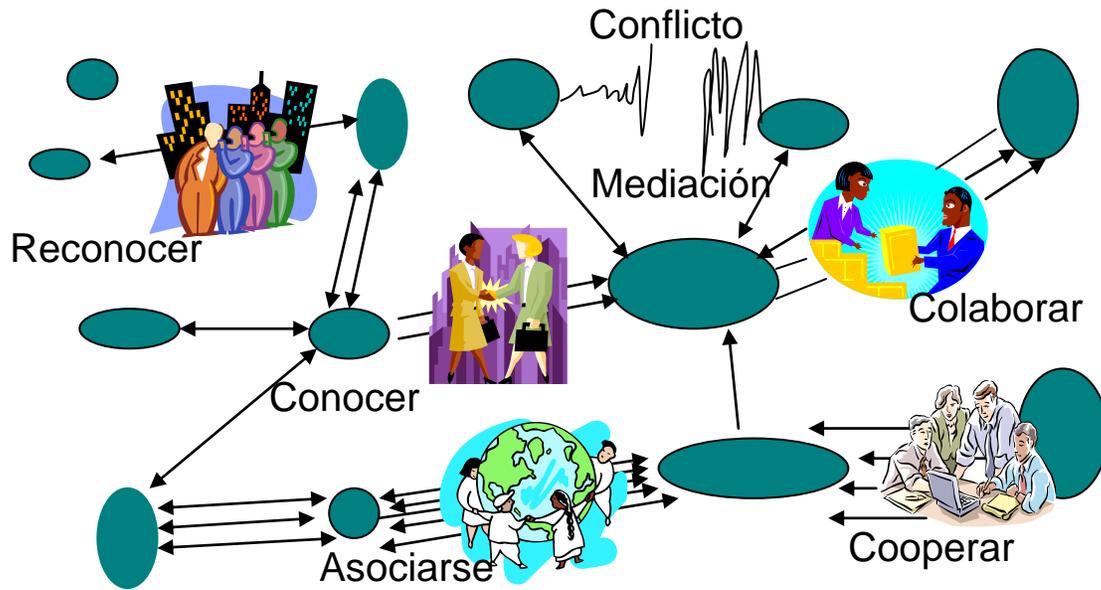
Para analizar la articulación del sistema institucional de Salud y la medicina tradicional en Alamikambang se debe de tener en cuenta los vínculos existentes en ambos sistemas existentes en el ámbito de salud.

Los vínculos que se establecen están dados por la construcción de redes en donde el proceso de articulación tiene los siguientes niveles²⁴:

1. **RECONOCERSE:** Esto implica **RECONOCER** que el otro existe como interlocutor, aun como adversario, supone y genera: **.ACEPTACION.**
2. **CONOCERSE: CONOCER** lo que el otro hace, lo que el otro es, supone y genera:..... **INTERES.**
3. **CO-LABORAR:** Colaborar, prestar ayuda, en forma esporádica, supone y genera:..... **RECIPROCIDAD.**
4. **CO-OPERAR** compartir actividades, conocimientos y recursos, supone y genera:..... **SOLIDARIDAD.**
5. **ASOCIARSE** sostener proyectos o iniciativas conjuntas, supone y genera:..... **CONFIANZA.**

²⁴ González Guillermo. Módulo Sistemas de Salud. CIES.2004

Las redes reales, cantidad y calidad de vínculos; conflicto



Cuando los sistemas trabajan en redes tienen características comunes en relación las acciones que están comenzando a hacer

VII. DISEÑO METODOLOGICO.

En este capítulo se explica la metodología, técnicas e instrumentos utilizados durante la recolección de la información y los criterios de inclusión de los/as participantes en el estudio.

1. Área de Estudio:

Ubicación:

Alamikamba se ubica en el Municipio de Prinzapolka en el área sur de la Región Autónoma Atlántico Norte de Nicaragua. Bajo el nombre de Alamikamba se cobijan unas 20 comunidades incluida la del mismo nombre que es considerada la capital del río Prinzapolka. Alamikamba se sitúa a 400 Km de Managua. Las comunidades río abajo de origen miskito son: La Agrícola, Dos Amigos, Buena Vista, Galilea, Klarindan y Tuburus.

Los límites del Municipio de Prinzapolka son:

Al norte: Municipio de Puerto cabezas, al sur con la Cruz del Río grande, al este con el Océano Atlántico y al oeste con Siuna.

2. Tipo de Estudio:

Para el presente estudio se utilizó el método cualitativo de investigación, los métodos cualitativos de investigación están encaminados al análisis de situaciones y comportamientos desde la parte subjetiva, su característica principal es comprender los valores, las creencias, las normas a través de los propios participantes, según Taylor los métodos cualitativos son humanistas, en los cuales se estudian las personas cualitativamente, para llegarlas a conocerlas en la vida cotidiana.

3. Técnicas de recolección de la información:

3.1 **Grupo focal:** El grupo focal como método permite investigar opiniones de grupos, ver reacciones espontáneas, observar cambios, permite investigar la formación o el desarrollo de opiniones¹.

Conformación de los grupos focales:

Se conformó grupos focales de 8 a 12 personas, para las sesiones de reflexión con los agentes de medicina tradicional en grupos diferenciados entre los agentes de medicina tradicional. Para garantizar la fiabilidad de la información se utilizó un traductor de lengua nativa miskita y se hizo uso de una grabadora para su posterior traducción del miskito al español.

Los Criterios de Inclusión de los participantes en los grupos focales fueron:

¹ Bracker, Mena. Metodología de la investigación social, Pág. 20.

- Parteras con más de dos años de experiencia.
- Yerberos con un mínimo de 2 años de experiencia
- Curanderos con más de dos años de experiencia.
- Pertenecer a la etnia miskita.

De acuerdo a las categorías anteriores se desprendieron los siguientes grupos focales

- 1) Parteras
- 2) Curanderos y yerberos
- 3) Mujeres de 18- 29 años “Cohorte de las hijas”
- 4) Mujeres de 29- 49 años “Cohorte de las madres”
- 5) Mujeres de 50 y más años “Cohorte de las abuelas”.

Se realizaron grupos focales con las mujeres de la comunidad por el criterio de que son ellas las que garantizan los cuidados de salud y son las encargadas de llevar a los hijos a los servicios de salud cuando se enferman.

3.2 La Entrevista Cualitativa:

Como método permite conocer de voz propio de los participantes su interpretación de la realidad, se respeta el sistema de relevancia de los sujetos de estudio, rescatando sus significaciones desde el punto de vista de la cultura. Con las entrevistas cualitativas se recopiló información de los líderes de salud, del puesto de salud de alamikamba, del centro de salud de alamikamba, de trabajadores de Acción Médica Cristiana basado en una guía de preguntas abiertas de acuerdos descriptores que se elaboraron en matrices por objetivos específicos.

Criterios de inclusión para las entrevistas:

- Personal de AMC con más de 2 años de trabajo en la zona de Alamikamba
- Personal de Salud del puesto de salud de Alamikamba.
- Personal del Centro de Salud de Rosita que atiende las comunidades de Alamikamba.
- Líderes comunitarios y actores claves de las comunidades de Alamikamba.

Criterios de Exclusión para la realización de entrevistas.

Todos los que no cumplen los criterios de inclusión.

3.3 Revisión Documental:

Se hizo uso de la de revisión documental de informes, evaluaciones, proyectos y estadísticas que Acción médica, el puesto de salud y los Agentes de medicina tradicional utilizan para llevar sus registros de información sistemática, esta revisión se realizó para conocer el contexto general de la medicina tradicional miskita.

4. Unidad de análisis: La unidad de análisis de la investigación es la Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba, desde el enfoque cualitativo.

5. Fuentes de información

Las fuentes de información utilizadas para la recolección de la información fueron:

Primaria: Grupos focales y entrevistas a actores claves.

Secundaria: Revisión documental de proyectos, informes, investigaciones, publicaciones y evaluaciones para conocer el contexto general de la situación de salud.

6. Análisis de la información:

Para proceder a ordenar la información se procedió a la transcripción: Las sesiones y entrevistas fueron grabadas, posteriormente se realizó la traducción textual del Miskito al español. La transcripción se hizo mediante un editor de texto, se respetaron expresiones lingüísticas e idiomáticas con el fin de conservar la integridad del discurso

Para el análisis e interpretación de la información se ordenó la información en matrices ordenadas por objetivos con sus respectivos descriptores y sub descriptores, Se realizó comparaciones entre los grupos basados en la elaboración de matrices, esto implicó ordenar la información por objetivos específicos en el orden de los descriptores preestablecidos, en tablas de doble entrada donde se presentan los principales resultados en forma de síntesis.

El análisis de la información se realizó usando la técnica de análisis explicativo donde se parte de la información de los grupos focales o de las entrevistas, se identifican las palabras o frases claves y se busca su denotación de las frases, luego se procede a buscar los significados y la relación existente entre sí para buscar la causa y el efecto de la situación.

La información se redactó en base a descriptores lo que permitió comparar los resultados de los diferentes actores para contrastar los resultados a fin de explorar las coincidencias y divergencias de los diferentes grupos.

Para el establecimiento de las tendencias se hizo una comparación de los diferentes grupos.

7. Descriptores del estudio por objetivos específicos.

Objetivo No.1

Identificar los agentes de Medicina Tradicional Miskita de Alamikamba

Objetivo específico 1: Descriptor	Fuente de Información	Técnica
Estructura organizativa de la Medicina tradicional <ul style="list-style-type: none"> • Agentes • Funciones • Niveles de atención • Lugar de la atención • Mecanismos de relación en Agentes de medicina tradicional (Referencia de Pacientes) 	Agentes de Medicina tradicional (parteras, Curanderos, yerberos)	Grupo Focal

Objetivo No 2:

Describir las características de la medicina tradicional miskita en Alamikamba en relación con sus capacidades y recursos.

Objetivo específico 2: Descriptor	Fuente de Información	Técnica
<p>Servicios y prácticas de la Medicina tradicional.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cómo conciben el Proceso Salud – enfermedad. • Qué enfermedades pueden curar y • Qué enfermedades no pueden curar. • Cómo Previenen las enfermedades. 	<p>Agentes de medicina tradicional (parteras, Curanderos, yerberos), líderes de salud.</p>	<p>Grupo Focal</p>
<p>Selección</p> <ul style="list-style-type: none"> • Criterios de selección • Mecanismos de selección 	<p>Agentes de medicina tradicional (parteras, Curanderos, yerberos)</p>	<p>Grupo Focal</p>
<p>Adiestramiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilidades y conocimientos Necesarios • Características del proceso de aprendizaje • Transmisión de conocimientos a otros iniciantes. 	<p>Agentes de medicina tradicional (parteras, curanderos, yerberos)</p>	<p>Grupo Focal</p>

Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba

Objetivo No 3

Determinar la capacidad de oferta de la Medicina Tradicional y el sistema institucional de salud en Alamikamba para satisfacer la demanda poblacional de acuerdo a sus características y necesidades.

Descriptor	Fuente de Información	Técnicas
Cobertura	Personal de Salud Agentes de Medicina tradicional	Entrevistas Grupo focal
Personal	Personal de Salud Agentes de Medicina tradicional	Entrevistas Grupo focal
Oferta Básica de servicios	Personal de Salud Agentes de Medicina tradicional	Entrevistas Grupo focal
Promoción de la salud	Personal de Salud Agentes de Medicina tradicional	Entrevistas Grupo focal
Disponibilidad de materiales	Personal de Salud Agentes de Medicina tradicional	Entrevistas Grupo focal
Disponibilidad de insumos médicos.	Personal de Salud Agentes de Medicina tradicional	Entrevistas Grupo focal
Disponibilidad de equipos mínimos.	Personal de Salud Agentes de Medicina tradicional	Entrevistas Grupo focal

Objetivo específico 4:

Conocer la percepción de la población de Alamikamba sobre la medicina tradicional y el sistema institucional de salud para resolver los problemas de salud de la población.

Descriptor	Fuente de Información	Técnicas
Organización de los servicios	Mujeres (Cohorte de abuelas, madres e hijas) Personal de salud Líderes comunales	Grupo Focal Entrevistas
Universalidad	Mujeres (Cohorte de abuelas, madres e hijas) Personal de salud Líderes comunales	Grupo Focal Entrevistas
Equidad	Mujeres (Cohorte de abuelas, madres e hijas) Personal de salud Líderes comunales	Grupo Focal Entrevistas
Continuidad	Mujeres (Cohorte de abuelas, madres e hijas) Personal de salud Líderes comunales	Grupo Focal Entrevistas
Integralidad	Mujeres (Cohorte de abuelas, madres e hijas) Personal de salud Líderes comunales	Grupo Focal Entrevistas
Articulación de medicina tradicional y sistema institucional de salud.	Mujeres (Cohorte de abuelas, madres e hijas) Personal de salud Líderes comunales	Grupo Focal Entrevistas

VIII. RESULTADOS Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

1. ¿Quiénes forman parte de la Medicina tradicional Miskita?

La medicina tradicional siempre ha tenido representantes que ocupan un lugar privilegiado en la sociedad, sobre todo en comunidades indígenas, en donde su marginación alcanza poco o nada, los beneficios de la ciencia médica occidental.

En las comunidades de Alamikamba y río abajo del municipio de Prinzapolka, la categoría de mayor jerarquía es el curandero y después de él las parteras, el líder de salud y los yerberos que muchas veces son los mismos líderes de salud y por último los brigadistas de salud y colaboradores voluntarios (colvol) como una instancia representativa del sistema de salud oficial al igual que el líder, los que funcionan como enlace entre la medicina tradicional y el sistema de salud Institucional (Acción Médica Cristiana y MINSA que son instituciones que tienen presencia en la zona).

Es importante aclarar que los sujetos que ofrecen los servicios de la Medicina Tradicional de forma directa son los curanderos, parteras y yerberos. Los líderes y brigadistas forman parte del Sistema de Medicina Tradicional porque son personas que prestan servicios de salud y que interactúan estrechamente con los Agentes en las comunidades, aunque no ofrezcan de manera directa estos servicios. Además tanto líderes como brigadistas son parte del Sistema de Salud Institucional, de tal forma que funcionan como un enlace entre ambos sistemas.

Un agente que ha sido de suma importancia dentro del sistema de salud tradicional en la zona ha sido el “Sukia”, sin embargo en este momento en Alamikamba no hay presencia de ninguno; la que existía en la zona murió y no ha sido reemplazada por ningún otro miembro de la comunidad, esto nos lleva a plantearnos diversas hipótesis como que: sea debido a que su selección es más compleja ya que estos no son elegidos por la comunidad sino por un mandato divino o bien porque algunas de las expresiones de la medicina tradicional no están logrando sobrevivir a la historia.

Este nos lleva a reflexionar sobre si esta ausencia de sukias en estas comunidades obedece a un posible debilitamiento de la transmisión de los valores y riquezas ancestrales, ya sea debido a la penetración de otras prácticas de salud o a la misma labor de la iglesia que ha contribuido a los cambios de pensamientos sobre valores y creencias de la cultura miskita, lo que es verdaderamente preocupante.

Además los curanderos señalaron que el Sukia cura diferente que ellos, ya que los Sukias curan porque poseen poderes de espíritus malignos a diferencia de ellos que aseguran no utilizar este tipo de recursos, “en estas comunidades no hay Sukias ni profetas, pero ellos tienen poderes malos”, “así como los espíritus tenemos dos tipos, uno del diablo y uno de Dios de igual forma así somos los curandero y los Sukias”. Sin embargo ambos agentes comparten la característica de ser escogidos por una fuerza/s divinas.

2. La Cosmovisión de los agentes de medicina tradicional.

Según la cosmovisión de los agentes de medicina tradicional miskita las enfermedades tienen siempre una explicación causal, son provocadas cuando los seres humanos no cumplen con las leyes de la naturaleza, cuando no hay armonía con el entorno. Su cosmovisión está poblada de espíritus, unos ayudan a los seres humanos y otros provocan desórdenes. Esa es la parte invisible de las otras realidades.

Su cosmovisión y jerarquía son sumamente complejas y por las prácticas mágicas y religiosas que les son inherentes; es posible distinguir valores culturales indígenas que desde siempre han estado alojados en sus mentes y prácticas, y que han dado por mucho tiempo respuesta a las necesidades de la población de sus comunidades.

El enfoque de atención al enfermo es integral, basado en el respeto a la interacción entre la mente, el cuerpo y especialmente el entorno, va más allá de los síntomas busca corregir desavenencia subyacente que causa el problema.

3. Niveles de jerarquía

Si bien es cierto existen jerarquías entre los agentes de la Medicina Tradicional, también es acertado decir que a pesar de que se caractericen por adjudicarle a todo un orden, característica de la cosmovisión miskita no existe categorías necesariamente rígidas.

Sin embargo, la medicina tradicional la conforman sus agentes de medicina tradicional los que se destacan por tener un orden jerárquico y en este orden los niveles no son ajenos unos de otros, puesto que mantienen una estrecha relación entre sí.

En la cultura miskita todo tiene un orden, la naturaleza, los espíritus del bien y el mal y en este orden los agentes son los responsables de mantener el orden que se haya quebrantado ya sea por las acciones desafiantes del hombre para con la naturaleza o bien causada por los espíritus, toda enfermedad tiene su causalidad. Según los curanderos este desequilibrio puede darse cuando por ejemplo: “al sirene del río se enoja cuando mujer embarazada o la mujer está sangrando y mete bañar al río en la tarde y entonces enferma”, “hombre que trabaja en el monte y le coge la noche, el Aubia no gusta y castiga hombre y enferma¹”.

¹ Aubia: Nombre dado por los miskitos al espíritu que habita en las montañas.

4. El curandero

Es el personaje que ocupa el lugar superior en la jerarquía de la medicina tradicional miskita en Alamikamba, cargo que antes ocupaba el sukia.

El curandero ejerce una labor terapéutica autóctona, cuyo número sobrepasa en creces a las demás. Se caracteriza por dar una atención integral. Tiene la capacidad de curar una amplia gama de enfermedades que van desde las más sencillas hasta las más complejas como las causadas por espíritus, “yo curo Yumuh², problemas con el espíritu del agua, embarazos falsos que decimos son Lasa Lupia³ y los del Wahiwing que sale en la noche en monte”, “dolores de barriga, enfermedad de sirene, maldades, diarreas, calenturas”.

Cuenta con varios recursos diagnósticos y de curación, aunque tiendan a especializarse en alguno en especial, “para saber que tiene el enfermo usamos plantas, cartas y oraciones” “cada uno escoge la forma que mejor sabe trabajar, yo trabajo con oración y plantas”.

En las comunidades el curandero es considerado el médico tradicional, el que tiene los conocimientos para curar las enfermedades con rituales, danzas, sobadas, oraciones y hierbas, las que tienen un valor especial porque poseen vida y dan salud, por lo que deben ser tratadas con respeto, “cuando queremos tomar una planta tenemos una fe a la planta que va a curar”, “las plantas son bendecidas por Dios”, “las plantas son como la gente”, “para arrancar una plantita hay que pedir y orar porque las plantas sangran y sienten dolor”.

4.1 Características generales del curandero:

Es el representante de la medicina tradicional, que ha sido capaz de mantener las ideas y prácticas de su cultura, mediante la transmisión oral del conocimiento, el aprendizaje en la práctica y la aceptación de la tradición, “el ser curandero lo he aprendido de mis abuelos”, “lo aprendí de mi tío y él de mi abuelo que era curandero también”

Atiende a cualquier individuo de su grupo que lo solicita y recibe en la mayoría de los casos remuneración por sus servicios según la complejidad de la enfermedad, tal como lo expresaron, “pongo precios si es para curar hechizos porque eso si que es difícil, tenemos que ir a hablar la oración allí a las plantas, entonces tenemos que poner ese real allí en el pie de las plantas”, “algunas veces puede valer cien y si miramos que es más difícil enfermedad ciento cincuenta”.

² Yumuh: Enfermedad causada por espíritus malignos con síntomas variables, como: dolor de estómago, diarrea y vómito.

³ Lasa Lupia: Embarazo falso, causado por un espíritu demoníaco (Lasa)

Ellos no mantienen una oposición real a la medicina occidental, al contrario remiten los casos a la unidad de salud cuando consideran según su criterio que es una enfermedad que debe ser tratada por médicos ya que señalaban que, “las enfermedades de médico son las que no se pueden curar con plantas y oraciones”, “cuando necesita rajar barriga yo les digo que necesita ir donde doctor”.

Los curanderos tratan de mantener sus conocimientos y tradiciones que les ha caracterizado y asignado un rol relevante dentro de su cultura, aunque esto implique el rechazo por parte de sectores que no aprueban sus formas de diagnóstico y curación, como es el caso de la iglesia, en especial la iglesia protestante, “yo por mi parte veo que los pastores están en contra de los curanderos porque adoran a otros dioses”, “cuando uno está en la vida cristiana hay algunos pastores que dicen que uno no puede adorar a otros dioses, pero yo creo que si viene alguien muriéndose hay que ayudarlo.” Los curanderos afirmaron estar siempre prestos a brindar sus servicios a quien los requiera y de estar seguros en que la gente sabe que ellos tienen la capacidad de curar, “el pueblo a cualquier hora, noche o día nos llegan a llamar”, “ellos saben y confían en sus curanderos y saben que los vamos a curar”, “si la gente no nos tuviera confianza como sus médicos que somos nosotros, no nos buscaran ni nos hablarían de sus problemas y no nos pidieran ayuda”.

Puede ser bien una mujer o un varón, aunque en su mayoría es este último el que más frecuentemente ejerce esta función. Las mujeres tienen más limitaciones como curanderas, puesto que la condición misma de ser mujer según su cultura evita que sus curaciones sean efectivas como durante su menstruación, “cuando curandera tiene sangrado no puede cortar plantas que curan porque se secan”, “si anda con regla la curación no tiene resultado bueno, no cura”.

4.2 Funciones del curandero:

El curandero es el personaje de la comunidad que cura las enfermedades ocasionadas por los espíritus negativos y enfermedades causadas por el desequilibrio con la naturaleza; también ejercen funciones de consejeros espirituales y emocionales a las personas que lo ameritan.

Todos los curanderos aseguraron tener un jardín o huerto de plantas medicinales en sus casas las cuales utilizan para sanar a los enfermos, ellos se encargan de cuidarlos diariamente “en mi casa yo tengo huerto así si necesita no sale buscar a monte”, “yo tengo planta en casa porque si alguien necesita sólo corto y ya”.

Visitan a los enfermos a sus casas o bien los mantienen en sus casas los días necesarios para su curación en cierto modo sus casas funcionan como una casa base de atención a los miembros de la comunidad que estén enfermos y que el curandero considere sea necesario vigilar que cumpla con sus orientaciones.

4.3 El nivel de atención

Según su capacidad de resolución son parte de un nivel superior en el caso de Alamikamba y sus comunidades. Hace algunos años este papel lo desempeñaban los sukias, según relatos de ellos mismos.

En referencia a dónde brindan sus servicios de salud, los curanderos dijeron brindar la atención en su comunidad u otras comunidades según lo demande el enfermo o la familia del mismo, en dependencia de esto puede ser en su propia casa o la casa del enfermo.

4.4 El proceso de selección

La vocación del curandero, suele conocerse tras una llamada sobre natural o por sueños que se manifiesta en un encuentro del escogido con los espíritus, “mi corazón me dijo que tenía que hacer este trabajo y aprender, “en mi sueño lo miré”, “yo tuve una revelación cuando era joven y me dijo yo iba ser curandero”.

Es importante señalar que además de recibir un llamado divino, el aspirante debe ser electo por la comunidad y apoyado por el consejo de ancianos, “cuando en el sueño supe que iba ser curandero, después la gente me dijo que me enseñaran los curanderos”, “los ancianos de mi lugar aceptaron yo fuera curandero cuando les dije que tuve aparición y supe que iba ser curandero”.

La persona debe ser ayudante por mucho tiempo de un curandero de mayor experiencia.

Debe pasar una prueba o una serie de pruebas para demostrar su valentía y debe demostrar vocación de servicio para atender a la comunidad en el momento que lo necesite.

4.5 El proceso de adiestramiento del curandero:

El curandero se forma en la práctica a partir de la observación, experimentación y la práctica de sus antepasados.

La mayoría de los curanderos no saben leer y escribir, por lo que su aprendizaje es práctico y oral.

También para llegar a ser curanderos lleva consigo un proceso de aprendizaje en el cual el curandero que se inicia es tutoriado por uno de amplia experiencia. Esta forma de transmisión de conocimientos y adiestramiento se ha desarrollado a lo largo de los años y de manera sistemática. Para la comunidad miskita los criterios de selección para llegar a ser curanderos son: vocación de servicio, conocer que ha recibido una señal de un ser divino por medio de una señal, tener prestigio en la comunidad, y ser un líder nato de la comunidad, “es un don de Dios y trato de aprovechar todos los

conocimientos que don Calixto me pueda dar”, “yo tuve la visión que iba ser curandero y empecé porque la comunidad me eligió”

Los curanderos vienen transmitiendo sus conocimientos, manteniendo viva la tradición, especialmente en la cura de diferentes enfermedades, especialmente de aquellas que tienen un origen espiritual; por tanto, el cuidado de enfermos, las prescripciones observadas se tienen que cumplir según sus orientaciones.

Los curanderos intercambian entre ellos algunos conocimientos especialmente sobre las plantas medicinales.

Aún entre los propios curanderos existe jerarquía, él que sabe más está en una categoría superior que es reconocida por ellos mismos, el saber más para ellos está dado por el los años de experiencia, el número de pacientes curados y por la complejidad de las enfermedades a las que ha dado resolución. Estos suelen ser los que más demanda de pacientes tienen, porque han adquirido el reconocimiento por la comunidad.

En la transmisión de sus conocimientos son cautelosos, reservados y en ocasiones celosos de sus conocimientos, sólo se los brindan a una persona que será su sucesor, el cual deberá ser su aprendiz. Por lo general los aprendices son hijos o familiares muy cercanos aunque hay casos donde han aprendido con su “maestro” que no es familiar, sino que hay algún grado de afinidad por las cualidades del aprendiz y porque ha habido una revelación en un sueño o porque la comunidad lo ha pedido de esa manera.

En el caso de los aprendices o discípulos, se inician gradualmente al lado del curandero, y si su talento se lo permite y su constancia es adecuada, puede aspirar a ser como el maestro.

Las habilidades y conocimientos de los curanderos están basados en la transmisión de conocimientos por vía oral por parte de su maestro y por la práctica cotidiana.

Los conocimientos que acumulan son muchos entre los cuales se destaca el manejo y conocimiento de las plantas medicinales, origen y características de las enfermedades, aprenden a diagnosticar las enfermedades y las diferentes formas de curaciones a través de rituales que van acompañados de danzas u oraciones.

4.6 Referencia de pacientes.

El curandero reconoce sus capacidades y limitaciones en cuanto a qué tanto puede hacer por su paciente por lo que refieren a este según sea el caso.

Cuando no pueden curar un enfermo refieren enfermos a un curandero con mayor experiencia o bien al médico si consideran que es una enfermedad de doctor, “ cuando no puedo curar un enfermo se lo mando a otro curandero que sabe más”, “esto tiene un orden si no puede el 1 lo cura el 3 que es el más viejo y con más experiencia, pero a veces puede ser el 2”, “le leo las cartas al enfermo y así se da cuenta si es con plantas o pastillas que se puede curar”, “cuando no puedo curar un paciente se lo mando a otros

curanderos porque hay unos que pueden curar más y que saben más.” Cuando no puedo curar un paciente se lo mando a otros curanderos porque hay unos que pueden curar más y que saben más.”

5. La partera

Es el agente de medicina tradicional encargada de la atención de los partos y el tratamiento de las enfermedades de las mujeres. Ocupan un lugar en jerarquía con relación a los demás agentes como medio. Esta función casi es específica de las mujeres.

Las parteras son los agentes que más en número en las comunidades, cada comunidad cuenta con la presencia de estas.

5.1 Características generales de las parteras

Las parteras son personas de la comunidad que se encargan de velar por la salud de las mujeres embarazadas y de los niños, son las personas que han acumulado la mayor experiencia en el tema del embarazo, parto y cuidados de los recién nacidos.

Algunas dijeron pedir o esperar algún tipo de remuneración en reconocimiento por su trabajo que puede ser dinero, animales, granos o en algunos casos que no es a través de especies, es el marido de la embarazada el que da un día de trabajo en la parcela de la partera en agradecimiento por su trabajo, “yo les digo que me den según su voluntad”, “lo que la gente nos puede dar”.

No obstante dijeron que si la familia no puede darles ninguna ayuda, ellas siempre ayudan porque ese es su trabajo.

Sin embargo, en su mayoría dicen no cobrar ninguna remuneración, porque su trabajo es ayudar, “eso es voluntario, lo que me quieran dar, mi trabajo no tiene precio”, “a veces nos dan gallinas o dinero, pero yo no pongo precio”. Es evidente que para ellas la principal motivación para ejercer su trabajo es servir, característica que en ellas parece ser más marcada que en el resto de agentes “es un don de Dios que a nosotros nos dio para ayudar mujeres”, “si amas a tu Dios tienes que amar a tu prójimo, uno no puede dejar morir a nadie si uno puede ayudar”.

Gozan de gran de prestigio en la comunidad, “la gente nos respeta”, “si pasa algo malo con embarazada buscan y consultan” y poseen autoridad dentro de su comunidad y son tratadas con respeto.

Ocupan el segundo nivel jerárquico entre los agentes de medicina tradicional, después del curandero, “si no estás hechizado vas al puesto, pero si estás hechizado o es mordedura de serpiente hay que buscar al curandero, pero para ver mujeres todos ven

partera”, “mujer aquí miran con partera porque no les gusta que vea doctor varón”, “yo creo en los curanderos porque ellos curan, pero si problema es de mujer embarazada lo miran con nosotros”.

Algunas de las parteras que formaron parte del grupo focal eran a su vez curanderas lo que hace que su abordaje de sus pacientes sea aún más integral en estos casos, ya que se ocupan no sólo del embarazo de la mujer y el parto si no que también dan solución a enfermedades causadas por espíritus, “hay mujeres que les da hemorragia por los malos espíritus y por eso corto la planta y les doy té cosidos y con eso las curo”, “cuando niño está cruzado doy té para que el niño se ponga en su lugar”.

Aún las parteras que no eran curanderas poseían conocimientos sobre plantas medicinales, ya sea para disminuir el dolor durante el parto, como para acelerar el trabajo de parto y para evitar los embarazos, “yo conozco algunas plantas para apurar los partos, y los dolores”, “yo uso la semilla de ayote, la raíz de limón para curar los partos”

5.2 Funciones de la partera:

Son agentes de medicina tradicional que se encargan de todos los problemas concernientes a la salud de la mujer, de los cuidados y padecimientos del embarazo, de la atención del parto, de los cuidados durante el puerperio y de las enfermedades de los recién nacidos.

En el caso de las parteras que son capacitadas por AMC explicaron que dan charlas de educación sobre salud sexual sobre la base de conocimientos adquiridos, es decir que realizan actividades de promoción de la salud, “vamos y damos consejos en escuela para no tener tanto niño”, “decimos que es importante buscar partera temprano si está embarazada para ver que todo está bien”, realizan visitas domiciliarias y controles del embarazo de las mujeres que atienden, llevan control en formatos sobre las mujeres atendidas los cuales entrega mensualmente a promotoras de AMC, “tenemos hojita en que se pone cuanto mujer se vio y si no puede escribir se dice información a ellos o lo hace por radio”.

Tienen conocimiento de plantas medicinales el que suelen proporcionar a mujeres con dolores, sangrados, remedios para curar la esterilidad, u otros problemas del embarazo.

5.3 El nivel de atención

El lugar de la atención generalmente es la casa de la embarazada a la cual acude cuando esta lo solicita, algunas parteras de río abajo brindan atención en casas maternas, construidas por AMC. Sin embargo suelen ir a la casa de la embarazada a atender los partos, “llegan donde mí a controlarse y también yo voy a sus casas” y en ocasiones expresaron también atender partos fuera de su propia comunidad, “a mí me

buscan de otras dos comunidades aunque allí también tienen parteras”, “si me buscan de largo como la Agrícola yo voy porque ese es mi trabajo”.

Es decir que en su mayoría suelen atender en la casa de la embarazada, la comunidad de la que solicita sus servicios y en algunos casos la casa materna. El promedio de parto que dijeron atender por mes es de cuatro a cinco, dependiendo del tamaño de la comunidad.

5.4 El proceso de selección de las parteras

En el caso de las parteras el proceso de selección está más vinculado a la vocación, deseo de ser partera o la necesidad de sustituir a otra partera dentro de la familia o la comunidad, “yo quise ser partera porque tengo muchas hijas y no quería que la anduvieran criticando que con el primer parto lloró o se quejó mucho”, “yo quise ser partera porque me gusta ayudar”.

La selección casi siempre se lleva dentro del propio seno familiar a como lo expresaron, “mi mamá me enseñó, yo iba a participar con ella cuando ella llevaba a las mujeres a parto”, “mi abuela era partera y estaba vieja así que me enseñó”, “mi mamá es partera y me enseñó para que yo atendiera mis hijas como ella”, “mi tía padecía de asma y me dijo que si ella moría, yo me quedaba y así me puso a tocar a las embarazadas”.

La mayoría de las parteras que cuentan con mayor reconocimiento según ellas son las de mayor edad porque son las que tienen más experiencia, “mi abuela era la mejor de la comunidad”, “cuando tengo problemas pregunto a la partera que sabe más, es una viejita.”

Además para ser partera necesita tener el reconocimiento de los líderes de salud, de la comunidad y debe de ser aprendiz de una partera con experiencia, “cuando uno aprende la comunidad si tiene confianza buscan”, “uno trabaja con el líder de salud para poder sacar paciente en cayuco si tiene mal parto”.

Las parteras miskitas de Alamikamba argumentaron que no ha todas las mujeres les gusta ser parteras, porque el ser partera produce enfermedades, “no toda mujer gusta ser partera porque da enfermedad me da dolor de cabeza, dolor en los ojos y se resfría cuando sale de noche”, “ser partera me daña la salud, pero yo tiene que salir cuando está lloviendo agua y hace frío o tiene sueño”, “creo que ser partera enferma porque mi mama que se llamaba Matilde quedó ciega por ser tantos años partera”, “a mí me ha dado problemas en las manos porque se levanta a cualquier hora de la noche y bajo lluvia”.

5.5 El proceso de adiestramiento de la partera

La enseñanza de la partera es de manera oral y práctica y se hace de generación en generación con mayor frecuencia dentro del mismo seno familiar. Las parteras de mayor experiencia se constituyen en unas verdaderas maestras, “yo soy partera y tengo una ayudante que ya atiende parto, y le estoy enseñando a mis hijas”, “para ser partera debe ver el trabajo que nosotros hacemos”, “atender por lo menos cinco partos para estar preparada”.

Las aprendices se constituyen en sus ayudantes, las que se convertirán en las nuevas parteras de la comunidad. La transmisión del conocimiento es oral y por aprendizaje de las parteras de mayor edad, pero en el caso de las parteras de las 17 comunidades en que AMC tiene presencia estas acuden a intercambios de experiencias, talleres sobre la atención del parto y signos de peligro, pero además cuentan con un manual de la partera traducido al miskito.

Aunque algunas parteras son analfabetas, estas han asimilado los conocimientos enseñados por parte de AMC, en todo caso esto ha reforzado sus conocimientos sobre el tema lo que ha permitido bajar a cero la mortalidad materna en estas comunidades actualmente.

Según las parteras participantes en el grupo focal para ser partera se deben cumplir con algunos requisitos entre los cuales se destacan:

“Platicar con el líder y el juez porque el te indica donde vas a recibir capacitaciones”.

“Tiene que ser ayudante y poner de su parte y ayudar a la partera vieja y así la gente ve que querés ser partera, tu interés”.

La partera una vez que ejerce sus funciones se convierte en una líder de la comunidad, debe tener el apoyo de la comunidad y los demás agentes de medicina tradicional.

En su mayoría las parteras aseguraron que la aspirante a partera debe pasar un proceso de aprendizaje de por lo menos 2 años o al menos haber estado presente en 10 partos en compañía de la partera y haber atendido 5 sola.

5.6 Referencia de pacientes.

Generalmente refieren a una partera de mayor experiencia si el parto es difícil, al curandero si consideran que la mujer tiene algún mal causado por haberse bañado en el río y enojado al sirene o posesión por malos espíritus, o bien, al puesto de salud si

consideran que es una enfermedad que solamente puede curar el doctor, “cuando yo tengo problemas con partos complicados consulto con los líderes y el juez para trasladar a la mujer al puesto de salud”, “un parto está difícil yo mando con mi mamá porque ella es partera y le entiende más”, “si es enfermedad de espíritus tiene que ver curandero”, “cuándo hay algo que no puedo curar se lo paso a mi hermano que es curandero, si es enfermedad de curandero, pero si niño está cruzado mando al doctor”.

6. Los yerberos:

Los yerberos son personas de la comunidad que tienen algunos conocimientos sobre plantas medicinales, dentro del grupo de yerberos algunos eran también líderes de salud, que a su vez son electos por la comunidad, juegan ambos papeles sin dejar a un lado sus creencias, retoman lo mejor de ambas, son importante un importante eslabón como líderes de salud para la referencia de pacientes tanto para el sistema de salud occidental como el tradicional en dependencia del diagnóstico del origen de la enfermedad del paciente.

6.1 Características generales de los yerberos

Los yerberos curan casi exclusivamente con plantas, sus conocimientos son mucho más limitados que el del curandero, “curamos con raíces y hojas”, “yo curo piquetes de animales, le doy té de plantas y se le pone plantas en el lugar donde animal mordió”.

Recibe apoyo de otros yerberos y esta aprendiendo constantemente.

Comienza curando a sus familiares cercanos después es buscado por la comunidad al escuchar que ha logrado hacer curaciones.

Conoce sobre cultivo, preparación y dosificación de plantas medicinales para algunas enfermedades comunes en las comunidades.

La mayoría son autodidactas y han recibido capacitaciones de medicina tradicional con el apoyo de Acción Médica Cristiana.

6.2 Funciones del yerbero:

Su función es curar enfermedades como gripes, piquetes de animales, golpes; no cura enfermedades causados por malos espíritus o maleficios.

Las funciones que desarrollan en la comunidad son las de brindar atención de enfermedades comunes, las cuales tratan con hierbas y en algunas ocasiones con medicamentos de la medicina occidental en el caso de los yerberos que también son líderes de salud.

Generalmente los yerberos brindan atención en su casa, en algunas ocasiones visitan a sus pacientes cuando estos están imposibilitados para caminar o bien cuando la persona enferma pide que vayan a su casa, “como yerberos nos buscan para curar piquetes de culebras”, “cuando la gente está muy enferma y necesita del yerbero, nosotros vamos”.

En la mayoría de los casos los yerberos que formaron parte del grupo focal funcionan como líderes de salud lo que hace que estos en ocasiones hagan uso de ambos conocimientos en dependencia de la enfermedad que considera el paciente es portador.

Cuando el yerbero es a su vez líder de salud funciona como puente entre la medicina tradicional y el sistema institucional de salud sea este Acción Médica Cristiana que esta presente en la zona o con el puesto de salud del Ministerio de Salud en Alamikamba.

6.3 El nivel de atención:

Los yerberos curan ya sea en la casa del enfermo que solicite sus servicios, o bien en su casa, refirieron atender casi sólo población de su comunidad ya que no les buscan de otras comunidades.

6.4 El proceso de selección de los yerberos:

El proceso de selección necesario para poder aspirar a ser yerbero tiene como punto de partida el deseo de aprender, contar con el apoyo de otro yerbero que quiera adiestrarle o bien un curandero. La disposición para aprender a cultivar, conservar y preparar las medicinas a partir de hierbas es la condición primordial, “yo quise aprender y por eso busqué a un yerbero de la comunidad que me enseñara plantas que curan”, “un curandero me enseñó algo de las plantas, lo de más lo he venido aprendiendo yo”.

6.5 El proceso de adiestramiento:

El proceso de adiestramiento de los yerberos consiste en ser aprendiz de otro yerbero o bien de un curandero que le enseñe algunos conocimientos con plantas, generalmente la información es transmitida de forma oral y casi siempre existe el antecedente de haber tenido algún familiar que desempeñaba la misma función.

6.6 Referencia de pacientes:

Los yerberos al igual que los demás agentes de medicina tradicional, cuando no pueden curar un enfermo lo derivan otra entidad, pero en el caso de los yerberos todos aseguraron referir a los curanderos por ser estos los que más conocimientos de plantas tienen, así como otras formas de curar, “yo mando a curandero”, “si yo no puede curar y es enfermedad que se cura con plantas y oraciones entonces mando a curandero”

7. ¿Cómo conciben los Agentes de Medicina Tradicional el Proceso Salud Enfermedad?

La medicina tradicional miskita comprende todas las alternativas de salud propias de la idiosincrasia popular, emanadas de sus costumbres y tradiciones conservadas por transmisión oral a través de generación a generación entre miembros de la comunidad

Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba

que han recibido dones divinos o bien demuestran a la comunidad tener la vocación del ejercicio y servicio. Los Agentes de la Medicina Tradicional Miskita son: los sukias, curanderos, las parteras y yerberos, así como lo afirma Cox Avelino en su libro Sukias y Curanderos.

A lo largo de los años, la medicina tradicional no ha podido ser sustituida o abolida por otras alternativas de servicios de salud, muy por el contrario ha venido ganando espacios, como: La ley general de salud y el modelo de salud de la RAAN en donde se plantea el reconocimiento de la medicina tradicional y el respeto a la interculturalidad.

En la cultura Miskita, los agentes de medicina tradicional, atribuyen a los árboles, montañas, ríos, es decir a la naturaleza misma, la presencia de espíritus que generan la energía de la vida, por ejemplo el árbol de ceiba es un árbol sagrado en la que habita un espíritu. Por esta razón en la cosmovisión miskita todo está clasificado por orden y jerarquía esto lo reafirma Cunningham en su estudio sobre Medicina Tradicional en Río Coco. Esta idea del animismo en la cosmovisión miskita da un mayor entendimiento de la divinidad de la naturaleza.

La posesión de espíritus es una creencia generalizada en la cosmovisión miskita. La curación radica en el principio de aceptar que existe la posesión por malos espíritus o un desequilibrio provocado por las acciones del hombre con los elementos de la naturaleza.

Los agentes de medicina tradicional hacen todo lo posible para lograr la curación de un malestar provocado, sin importar lo irracional o inexplicable que pueda parecer ante los ojos o el entendimiento de un “español”⁴. Todo lo que se pueda entender como mágico, místico, rituales u otras expresiones de la cultura misma, se constituyen en elementos de curación para sus pacientes.

En el sistema de salud tradicional la relación médico paciente es diferente a la occidental puesto que el trato con el enfermo es más cercano, accesible, conocedor de su contexto; conceptualizan la enfermedad en todo lo que rodea al paciente.

Sea cual sea la actuación de un determinado agente de medicina tradicional, parece obvio que el secreto de sus buenos resultados terapéuticos en la historia reside tanto en la integralidad de sus acciones, la forma como conciben el proceso salud enfermedad, así como también de su propia personalidad.

En la lengua miskita la palabra enfermedad no existe como tal, para hacer referencia al proceso de enfermedad ellos utilizan la palabra de origen inglés “sickness”⁵. Dentro de la lengua miskita lo más cercano al concepto de enfermedad es la palabra “Saura

⁴ Español: Sobrenombre que se atribuye a mestizos o bien a descendientes de raza blanca.

⁵ Sickness: Palabra de origen inglés que significa enfermedad.

Takan⁶”. Lo que nos facilita comprender que enfermar para ellos es sinónimo de quebrantar o romper el equilibrio del hombre con la naturaleza.

Para los agentes, la enfermedad siempre está vinculado a una causalidad ya sea esta por desafío a los espíritus que rigen en la naturaleza, malos espíritus que se apoderan del enfermo o maleficios de personas, “los del espíritu de la montaña enferman cuando los hombres vienen agitados del monte en la tarde”, “espíritus castigan si cortas Ceiba sin permiso porque es sagrada”, “hay gente que se enferma por maleficios de otras personas”.

La noción de la enfermedad tiene una estrecha relación con la manera de entender, creer y pensar las cosas, o sea su cosmovisión basada en su sistema de creencias. Algunas enfermedades provienen de seres sobre naturales y otras de seres humanos que saben manejar a esas fuerzas del bien y el mal.

Es decir, ellos conciben un mundo poblado y regido por espíritus, unos ayudan a mantener y devolver el equilibrio (a través de la intervención de los agentes de medicina tradicional que a través de oraciones y peticiones logran interceder por el enfermo) y otros espíritus que son responsables de los desórdenes en el medio, como desórdenes entre el alma del hombre y su cuerpo, “también gente enferma del alma y el cuerpo sufre, sólo curandero puede curar”.

Para ellos la salud se manifiesta en las personas como “estar alegre”, “hombres tienen ganas de trabajar”, “mujeres pueden parir bien y niño nace gordo y rosado”, “mujer cumple con su marido y puede tener hijos”. Según estos argumentos, para ellos estar sano equivale a desempeñar todas las funciones que son atribuidas tanto al hombre o la mujer. Estas afirmaciones coinciden con los hallazgos encontrados por Gutiérrez Gerardo en su libro Mujeres miskitas de Alamikamba.

El concepto de salud enfermedad lo entiende de manera integral, lo que se traduce en su práctica del alma, mente y cuerpo, todas las enfermedades las ubican en relación con el espíritu, están claros que las enfermedades son relacionadas con el ambiente que les rodea a los sujetos (agua, la montaña, la luna, el sol, la tierra, espíritus buenos y malos).

La tradición médica de los agentes de medicina tradicional es realmente un conjunto coherente de prácticas relativas a la salud, la enfermedad y la curación. El curandero ve más de lo que cualquiera persona pueda ver, porque la curación es más espiritual.

8. ¿Qué enfermedades pueden curar los Agentes de Medicina Tradicional?

8.1 Curanderos: Los curanderos pueden curar una amplia gama de enfermedades de orígenes diversas según lo expresaron ellos así como el resto de agentes de medicina

⁶ Saura Takan: Palabra miskita que significa en desequilibrio con la naturaleza

tradicional. Tienen la capacidad de curar enfermedades comunes como “dolor de barriga”, “calenturas”, “piquetes de animales, enfermedades de la piel, diarreas”. También pueden curar enfermedades más complejas como las provocadas por seres espirituales como: “Yumuh”, “Wahiwing”, “Unta Dukia”, la sirena, los Lasas (adjetivo de los espíritus malignos), Duhindo (duendes) así como enfermedades causadas por maleficios.

Las enfermedades que no pueden curar son enfermedades crónicas y traumatismo “azúcar en la sangre, quebraduras, reumatismos, tumores.

8.2 Parteras: Pueden curar casi todas las enfermedades relacionadas a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y enfermedades del niño recién nacido. Atienden enfermedades de: “hemorragia, dolor, sangrado”, “acomodan al niño si está mal puesto con sobado de barriga”, “curan dolor de parto”. Tratan las amenazas de aborto, y conoce una serie de plantas y hierbas para evitar el embarazo, estas pueden ser temporales o permanentes, este trabajo lo hace cuando cree que la mujer lo necesita porque tiene muchos hijos. No cura enfermedad de los espíritus o alma a menos que sea también curandera.

8.3 Yerberos: “Gripes, piquetes de animales, dolor de muela, dolor de barriga, golpes”, pero no cura enfermedades causadas por espíritus. Su capacidad de curación es muy limitada en relación a los otros agentes.

9. ¿Cómo previenen las enfermedades los Agentes de Medicina Tradicional?

Los agentes de medicina tradicional participantes en los grupos focales expresaron que realizan acciones de prevención de enfermedades, pero muchas veces en torno a lo que ellos consideran son causas para enfermar, es decir promueven no cortar los árboles que para ellos tienen un valor sagrado como el pino, la ceiba y el chilamate, “le decimos a la gente que no deben cortar el Kuah⁷, porque van a enfermar”, “también decimos no es bueno caminar por la noche en el monte porque al Duhindu⁸ no le gusta y puede enfermar”.

En el caso de las parteras estas también educan a la población en torno a la prevención de enfermedades propias de la mujer como del niño recién nacido, pero desde su propia perspectiva de lo que ellas consideran son causas de enfermar, como: “mujer que está sangrando no debe bañarse en río, porque Liwa⁹ se enoja y castiga”, “debe buscar curandera temprano cuando empieza la barriga a crecer para ver si todo

⁷ Kuah: Nombre que se le da al árbol de Chilamate, cuyo dueño son algunos espíritus y quien lo corta enferma.

⁸ Duhindu: Son duendes o espíritus considerados como malignos.

⁹ Liwa: Espíritu que mora en el río.

está bien”, “niño recién nacido debe poner pulsera de semillas para que no dé mal de ojo”.

El yerbero generalmente orienta sus acciones en salud a la curación de las enfermedades que tiene capacidad de curar, más no realiza acciones destinadas a la prevención de las enfermedades, “nosotros damos plantas si enferma”, “no puede hacer que no enferme, eso tal vez sólo curandero puede”. Sin embargo los yerberos que tienen funciones también como líderes de salud junto Acción Médica Cristiana apoyan las brigadas de vacunación, y hacen control de desarrollo a niños en sus comunidades, así como jornadas de limpieza.

10. Rituales de diagnóstico y curación

Los agentes de medicina tradicional para diagnosticar enfermedades tienen múltiples recursos de cómo hacerlo, es común entre ellos hacer dormir al enfermo frotando plantas en su cuerpo, arecostarlo y poner debajo de una almohada las plantas que con las que inicialmente se ha frotado el cuerpo “se duerme con cantos y oraciones”, cuando la persona esta dormida “ella misma dice que tiene”, “cuando pone plantas debajo de la nuca el solito habla y dice que lo está enfermando” este procedimiento ayuda a que la persona emita su propio diagnóstico, exprese que siente en su cuerpo sobre todo en caso de personas que sufren de convulsiones y no pueden decir lo que sienten, y además el paciente revela la causa de su enfermedad. Estas formas de diagnóstico son frecuentes en los curanderos; en cambio las parteras juegan un papel importante la indagación a través de preguntas, la observación y el tacto.

La partera diagnóstica el embarazo por los antecedentes “yo pregunto la mujer si ya no viene sangrado y desde cuándo”, la observación y la revisión son otros elementos de análisis para ellas, “veo si está más ancha de la espalda o nalgas y la manera de caminar de las mujeres”, “buscamos si crece barriga de la mujer”.

Otros curanderos utilizan otras formas de diagnóstico como: cartas, lectura de manos, oraciones invocando espíritus usando la vestimenta del enfermo, fotos y algunos casos la Biblia la que en todo caso se constituye en un elemento producto de un sincretismo cultural así como otros elementos ya mencionados como fotografías, ya que sus ancestros no las usaban, “yo para saber que tiene una persona le digo que ponga su mano encima de una Biblia”, “yo utilizo cartas para saber que tiene, “si enfermo no puede venir y familia quiere saber que tiene con una camisa o la foto yo puedo.”

El yerbero suele también recurrir a las preguntas para averiguar la causa de los malestares que aquejan al enfermo, este generalmente suele relatarlos y de acuerdo a esto el yerbero sabe si es una enfermedad que ellos pueden atender o si deben enviarlo al curandero o al médico “nosotros le preguntamos que sienten y la persona contesta”.

Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba

Los rituales utilizados por los curanderos se llevan a cabo en lugares considerados especiales y sagrados que merecen la reverencia requerida para llevar con éxito sus propósitos “en mi casa tengo un espacio para hacer mis curaciones”, “donde curo a enfermo, debo tener dónde poner mis cosas sin ruido” los altares son limpiados con chicha para sacar los espíritus negativos que pueden acercarse “cada vez que voy a curar limpio bien con chicha”, “donde pongo a enfermo debe estar limpio”.

Algunos curanderos utilizan ciertos elementos que consideran necesarios en sus rituales de curación como “incienso, bebidas alcohólicas con hierbas, huesos de animales, candelas, hierbas, flores, agua de coco tierno y palitos”. Es frecuente observar muchos de estos elementos formando parte de los lugares destinados para la curación del paciente. El curandero cree en el poder sobrenatural que estos elementos pueden generar, de tal forma que no permite que sean fotografiados o usados para otros fines que no sean los de curar a sus enfermos, “no, no es bueno tomar foto porque pierde poder”, “las cosas que me sirven para hacer baños y curar solo las uso para eso”, “no debe ocupar velas, ni panas donde pone plantas en otra cosa si no, no va a curar.”

11. Cobertura de la Medicina Tradicional y la Medicina Institucional.

A. Medicina Tradicional

De acuerdo a la información facilitada por Acción Médica Cristiana (único organismo que trabaja en aspectos de salud y realizando actividades con agentes de medicina tradicional de 17 comunidades del municipio de Prinzapolka), en Alamikamba hay una población estimada de 7,470 habitantes agrupadas en 1,516 familias.

Actualmente existen 25 parteras provenientes de comunidades de Alamikamba, representativas de las 17 comunidades que están siendo capacitadas por AMC, lo que nos lleva a una razón de 1 a 2 parteras capacitadas por comunidad que brindan sus servicios a estas familias, sin embargo existe un número importante de parteras en las comunidades que no son capacitadas por este organismo. Las parteras que formaron parte del grupo focal manifestaron que en sus comunidades existen entre 3 y 4 parteras además de ellas, “de Silibila dos venimos a taller y las otras tres no”, “de Clarindan no todas venimos a taller, otras no les gusta”, “en Limbayca no sólo yo soy partera, hay tres más, pero no todas vienen.

Existe un número aproximado de 48 parteras en Alamikamba, incluyendo a las que no son capacitadas por este organismo.

Y se estima que existen 960 mujeres en edad fértil. Lo que significa que hay una partera por cada 20 mujeres en edad fértil, es decir, existe una buena capacidad de cobertura a las demandas de la población.

Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba

Existe un solo médico para atender 960 mujeres en edad fértil, lo que se evidencia por una baja cobertura de parto institucional. Se atiende un promedio de 2 a 3 partos al mes.

Las parteras capacitadas por AMC, afirman atender un número aproximado de entre 3 a 5 partos por mes, sin incluir las mujeres que están viendo durante el embarazo, “yo atiendo como tres mujeres en mes y paso informe a Acción Médica”, “yo veo como 4, pero ahorita en este mes sólo he visto tres”, “yo sólo atendí dos en este mes, uno en Tuburús y otro en Galilea, pero hay una que ya va a parir”.

De acuerdo al mismo registro de AMC (Anexo 1) existen 18 curanderos que están siendo capacitados por esta organización en Alamikamba y sus comunidades, es decir al menos un curandero capacitado por comunidad. En primera instancia parece ser que son menor en número en relación a las parteras, “en mi comunidad sólo yo soy curandero”, “de dónde yo vengo yo y uno que se está iniciando somos”, “allá somos dos, sólo yo voy a taller”; esta puede ser una de las razones por la que a los curanderos también se les solicita servicios fuera de sus comunidades de origen, así como tratar mayor número de pacientes, “yo veo como 30 en mes”, “depende algunas veces veo 20 en mes y otras más o menos, según”, “atiendo más de 15 al mes y también salgo a ver enfermos de otros lugares cuando me buscan” o bien por el prestigio que este tenga en relación con la efectividad de sus curaciones.

Los curanderos atienden entre 20 y 30 pacientes por mes. Existen 18 curanderos capacitados para 7,470 habitantes, lo que equivaldría a 1 curandero por 415 personas.

Líderes de salud existen 17, uno por cada comunidad, es importante recordar que algunos líderes también tienen conocimientos de plantas medicinales, es decir son yerberos también, por lo que podemos afirmar que existe representación de estos en todas las comunidades y que muy seguramente existe un número mayor.

B. Ministerios de Salud: Puesto de salud de Alamikamba y Centro de Salud Rosita.

Es evidente que los datos estadísticos de cobertura y cumplimiento de metas con relación a la población objetivo no es la adecuada, como se puede observar al comparar los datos que reporta el puesto de salud de Alamikamba, “sólo en cobertura de control prenatal tienen un “sobre cumplimiento de **116 %**” y un sobre cumplimiento en cobertura de biológicos de un **172%**, cifras estadísticamente no aceptables (Ver Anexo)

Sin embargo el puesto de Salud, en cuanto a la cobertura de partos institucionales sólo alcanza una cobertura del 38%, tomando en cuenta que la meta al mes es de 2 a 3 partos en el puesto según el médico responsable del puesto y una cobertura de 56% en planificación familiar. Además el puesto de salud atiende a todas las comunidades tanto de río abajo como de río arriba y se atiende un promedio de 20 pacientes/día de

las comunidades cercanas en especial de Alamikamba, de acuerdo al doctor esto puede ser debido a la distancia de las comunidades al puesto, “creo que algunos no vienen porque las comunidades son muy distantes como algunas que están sobre todo río arriba y les toma de 1 a 2 días de viaje llegar hasta aquí”.

Es evidente pues, deducir que las barreras geográficas y financieras, como las barreras culturales impiden que la población miskita tenga acceso a otras alternativas de atención a la salud.

En el Centro de Salud de Rosita, también existen problemas similares con los datos estadísticos que registran. Uno de los recursos humanos que lleva la estadística dijo que no tienen censo real, porque según el INEC la población que debería se debería cubrir sólo en Rosita es de 21,000 habitantes, pero ellos calculan son 38, 000 habitantes aproximadamente porque son 96 comunidades y que por esta razón existe un sobre cumplimiento de lo estimado y por lo tanto existe un sesgo en los datos estadísticos que manejan.

12. Disponibilidad de materiales, insumos y equipos.

Los agentes de medicina tradicional realizan muchas de sus actividades en su comunidad, en el seno de sus viviendas “yo veo a mi gente en mi casa”, “la gente va a mi casa”, “en mi casa tengo un lugar para cuando me buscan”, pero también van a la casa de sus pacientes si estos así lo requieren. Los curanderos hacen uso de recursos que tienen a disposición en sus vivienda “yo tengo mi huerto de plantas”, “tengo mis cosas para curar que me los heredo mi padre”, “yo tengo un cama para atender a mis enfermos”, “cuando una persona está muy enferma se queda tres días en mi casa”. Los curanderos para atender a sus pacientes hacen uso de los materiales propios que hay en la zona, algunos tienen cayucos (pequeñas embarcaciones) para trasladar a sus pacientes a otro curandero o enviarlo al puesto de salud de Alamikamba.

Es importante señalar que los agentes de medicina tradicional tienen limitaciones de materiales y equipos para ejercer su trabajo, algunas parteras que trabajan con Acción Médica tienen un Kit de materiales para atender partos, que AMC les ha proporcionado en orden de no sólo capacitarles si no también dotarles de materiales y recursos que mejoren las condiciones en que las mujeres son atendidas, como también servirles de estímulo, “yo tengo unas cosas que AMC me dio, y ahora tengo con qué cortar cordón de niño”, “ya no tengo buenas tijeras que Acción Médica me dio”, “no me han dado guantes ahorita, pero todavía tengo”

Al igual que los curanderos los yerberos hacen uso de los recursos del medio ambiente como plantas, semillas, cáscaras de frutos cómo también de utensilios como aceites, recipientes que se constituyen en insumos necesarios para la atención de sus pacientes.

13. ¿Qué Servicios ofrece el Sistema Institucional de Salud en Alamikamba?

Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba

Alamikamba es una comunidad indígena, que hasta hace poco funcionalmente pertenecía al municipio de Rosita, Región Caribe Norte, actualmente hay un proceso de institucionalización de la alcaldía local y se espera que a mediano plazo haya una descentralización municipal que les permita funcionar como un municipio autónomo independiente de Rosita y Puerto Cabezas¹⁰. Aunque oficialmente la población de Alamikamba se debería atender en Prinzapolka, la mayoría de la población cuando se enferma y considera que la enfermedad puede ser curada por un médico, acude primeramente al puesto de salud de Alamikamba y luego al centro de salud de Rosita.

Actualmente el Puesto de Salud de Rosita cuenta con un médico del Fondo Social y una enfermera también contratada por el Fondo Social; existe una auxiliar de enfermería, pero esta es contratada por AMC para realizar acciones de promoción de salud en las comunidades. Resulta pues, obvio la poca sostenibilidad del Ministerio de Salud para cubrir las necesidades de salud y de recursos humanos calificados que las comunidades indígenas ameritan

Los servicios que se ofertan en el puesto de salud de Alamikamba son: Atención integral a la mujer que la subdivide en atención prenatal, planificación familiar y prevención del cáncer y consejería. Para adultos tenemos el programa de crónicos y el programa de valoración de crecimiento y desarrollo de los niños, “Contamos también con la consulta general donde se atienden partos y emergencias, también tenemos el programa de atención a TB, leishmaniasis, malaria”.

En lo referido al trabajo de promoción de la salud lo realiza Acción médica Cristiana organismo que tiene más diez años de tener presencia en la zona y que ha venido desarrollando una serie de estrategias de desarrollo de la salud comunitaria.

AMC ha desarrollado una estrategia de apoyar a algunos agentes de medicina tradicional, los que tienen mayor involucramiento son las parteras y yerberos los que han sido capacitados sobre salud comunitaria. Algunos de estos agentes impulsan las casas maternas la red de venta social de medicinas esenciales, promoción de huertos medicinales y han iniciado en el último año intercambios de experiencias entre agentes de medicina tradicional de otras comunidades.

El puesto de salud de alamikamba tiene un abastecimiento promedio de 20 días al mes de materiales de reposición periódica y 25 días de medicinas básicas generalmente mantienen 14 productos de la lista básica, en cuanto a la disponibilidad de equipos disponibles esta es prácticamente nula ya que actualmente cuentan con un tensiómetro en regular estado y un freezer para mantener las vacunas.

El puesto de salud Alamikamba atiende 17 comunidades para un total de 7,470 habitantes de los cuales el 93% de la población viven en el área rural.

En el centro de salud de Rosita, se refieren los pacientes que ya no pueden ser atendidos en Alamikamba, en este solamente cuentan con un especialista en cirugía, 6 médicos

¹⁰ Gutiérrez Gerardo. Salud sexual y reproductiva de mujeres miskitas de alamikamba, Pág. 32.

generales, 11 enfermeras profesionales y 30 auxiliares de enfermería. La población total que atienden es de 23,150 habitantes según datos del SILAIS RAAN, pero a como ellos mismos presumen es mayor cerca de 38,000 habitantes para 96 comunidades.

Al igual que en Alamikamba el Centro de salud, según sus registros estadísticos tiene sobre cumplimiento de cobertura en lo referido a los controles prenatales y embarazos adolescentes, esto denota una debilidad en el sistema control de la información y produce un sesgo al querer determinar la cobertura real de los servicios de salud por lo que para efectos de este estudio dificultan decir con certeza el porcentaje de cobertura de los servicios ofertados a la población miskita.

La oferta de servicios que brindan a la población son: CPN, Atención del parto, Atención del puerperio, Planificación familiar, PAP, detección de cáncer de mama, detección y manejo de ITS, VPCD, URO, Inmunizaciones, atención morbilidad general, atención de accidentes y lesiones, consultas a crónicos, tuberculosis, salud bucal, vacunación antirrábica, saneamiento ambiental, fumigación, controles de foco, recolección de muestras de laboratorio.

Según las entrevistas realizadas al personal de salud el trabajo de promoción en salud es una fortaleza ya que realizan educación familiar, charlas en unidad de salud, consejería individual, educación en centros de trabajo, mural educativo, afiches y mantas en la comunidad, perifoneo, mensajes radiales, actividades culturales, diagnósticos participativos, planificación participativa, evaluación participativa, material didáctico, reuniones agentes comunitarios, capacitación agentes comunitarios, capacitación a directivas comunales, análisis de información comunitaria. Pero al momento de entrevistar a la población cambia la opinión de los servicios que brindan y las opciones que ellos ven son relativamente pocas a las mencionadas por el personal de salud.

14. Efecto espejo, cómo se perciben cada uno de los prestadores de servicios de salud tanto del Sistema de Salud Tradicional como el Sistema de Salud Institucional, ¿cuál es la percepción de la población de cada uno de ellos?

14.1. Percepción de la medicina tradicional

- Cohorte de las mujeres (abuelas, madres e hijas):

Con relación a los servicios que ofertan la Medicina Tradicional, tanto la cohorte de las abuelas, como el de las madres e hijas les atribuyó a los curanderos el poder curar enfermedades por espíritus y enfermedades comunes como diarreas, dolores, picaduras, además se le atribuyó la responsabilidad de diagnosticar si la enfermedad es curable por él o por el médico, “nos dice si el cura o es enfermedad que cura doctor con pastilla”, “curandero mira toda enfermedad de espíritus y de dolores”, en el caso de las parteras les atribuyeron enfermedades propias de la mujer “ las parteras ven a la mujer

embarazada “también ayuda con plantas si hay flujo por sus partes”, “calma dolor y apura parto”.

Sobre al lugar dónde creen que la gente acude más para recibir un servicio de salud, la cohorte de las abuelas y de las madres contestaron opinaron que la mayoría de la gente busca al curandero y este les dice si es problema que resuelve doctor, y en cuanto a las atención de las mujeres estas aseguraron preferir a las parteras; “yo y mi familia va a curandero bueno que se llama Calixto, él siempre mira la familia”, “yo creo que al curandero”, “las mujeres van más a partera para tener hijo porque no gusta mire doctor varón. En la cohorte de las hijas en su mayoría dijo buscar al curandero, pero para parir hijos algunas dijeron en su mayoría al centro de salud, “si puedo voy a centro”, “me da miedo que tengan que operar y vaya a morir”

Como se observa, todas concluyen que cuando enferman el primer lugar donde asisten es al curandero y la partera, sin embargo en la cohorte de las hijas se denota menos fidelidad a la partera aduciendo preferir ver al doctor por temor a sufrir daño ella o su hijo si tuvieran que operar.

Cuando se les preguntó sobre si creían que la población miskita tenía las mismas oportunidades que el resto para recibir atención, todas contestaron que tienen el mismo derecho, pero que en ocasiones tienen problemas por un lado en el puesto de salud cuando no hay medicamento tienen que comprar los medicamentos y por otro en caso de buscar atención por el agente tradicional también debe pagar una remuneración por sus servicios.

A las cohorte de las mujeres se les preguntó si conocían sobre el modelo de salud de la RAAN y todas contestaron no saber nada, ni haber oído de eso”.

- Entrevista a líderes comunitarios y actores claves:

Se entrevistaron a 2 miembros del Consejo de Ancianos, 1 representante de la iglesia católica en Alamikamba, 1 pastor de la iglesia Maranatha, 1 responsable de MI FAMILIA en Alamikamba, y 5 líderes comunitarios, 1 responsable de centro de salud Rosita y médico responsable de puesto de salud Alamikamba y la directora de proyecto de AMC para Alamikamba.

Los líderes comunitarios identificaron con mucha facilidad que servicios ofertan los médicos tradicionales.

Al preguntarles sobre a qué sitio asiste su familia cuándo se enferma, afirmaron que esto dependía a qué tipo de enfermedad era la que el familiar acusara, pero que primero consultaban con el curandero para que les dijera si el origen de la enfermedad podía ser aliviado por ellos o por el doctor. Sólo nuevamente el pastor de la iglesia evangélica contestó que siempre recurrían al puesto de salud en busca de atención

Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba

Se les preguntó como líderes y actores claves en su comunidad si tenían conocimiento sobre el modelo de salud de la RAAN, o si habían sido consultados y todos dijeron no tener conocimiento. Esto significa que a pesar de los esfuerzos que se han dado para dar a conocer e implementar el modelo aún son insuficientes.

- MINSA:

Sin embargo los representantes del Ministerio de Salud entrevistados del puesto de salud de Alamikamba y del centro de salud de Rosita, dijeron conocer muy poco del funcionamiento de la medicina tradicional, saben que la población miskita hace uso de la práctica médica tradicional pero piensan que es riesgosa para la salud

A estos se les hicieron las mismas preguntas que a la cohorte de mujeres en relación, a dónde pensaban ellos que acude mayormente la población para recibir atención en salud. En su mayoría opinaron que creen que en su mayoría la gente acude al curandero al igual que la sub directora del centro de salud de Rosita, con excepción del representante de la iglesia evangélica quien dijo que al puesto de salud acudía más la gente porque como cristianos saben que ir al curandero es pecado porque ellos creen y curan cosas de malos espíritus, al igual el médico responsable del puesto de salud dijo que la gente acude primero a la unidad de salud.

En cuanto a la pregunta sobre si ellos pensaban que los miskitos tenían o gozaban de los mismos derechos de recibir atención en salud que el resto, respondieron reiterativamente que sí, porque ellos tenían el mismo derecho que cualquier otro. al igual que la directora de salud de Rosita “ a inicios de este año nos dieron un taller y quedaron de venir para consultar”, el responsable del puesto dijo conocer algo, pero no ha profundidad, el resto respondió no saber nada del modelo.

- MI FAMILIA

Mencionó que como miskito conocía bien los servicios que ofrecen los Agentes de Medicina Tradicional, además de ser el principal lugar dónde su familia ha asistido.

El representante de MI FAMILIA, contestó no conocer el Modelo de Salud de la RAAN, pero que sí había oído, reconoció no tener mucha información, pero que creía era para capacitar más a los agentes de medicina tradicional.

- AMC:

Por su parte la representante de AMC mencionó que los Agentes de Medicina Tradicional prestan atención tanto en las comunidades de río abajo que son predominantemente miskitas como las de río arriba donde mayoritariamente son mestizos.

Según su opinión la gente recurre a ellos en primera instancia para ser atendidos, “la gente de las comunidades les respetan y les tienen confianza por eso para nosotros es importante apoyarles”.

También afirmó conocer acerca del Modelo de Salud de la RAAN “ es bueno que exista la iniciativa nosotros ya llevamos mucho tiempo trabajando con agentes y los resultados han sido buenos”

14.2. Percepción sobre la Medicina Institucional (MINSA).

Cohorte de las mujeres

A las mujeres se les preguntó si conocían que servicios se ofrecían en el puesto de salud. Algunas de cierta forma afirmaron que en el puesto de salud se curan las enfermedades que no pueden ser curada por los médicos tradicionales, como embarazos complicados, tumores en los que hay que operar y vacunaciones.

Otras afirmaron desconocen el trabajo del MINSA en la comunidad porque “cuando llegan a las comunidades solo vacunan y nada más, esto si acaso van a algunas comunidades, porque las comunidades que son largas nunca van”.

Se les preguntó si consideraban que los mismitos tenían igual oportunidad de asistir a las unidades de salud al igual que otras etnias o razas, a lo que respondieron, que sí porque cada vez que ellas iban las atendían aunque no hubiera medicamento, pero tanto el grupo de las madres como el de las hijas dijeron que si tenían dinero primero preferían ir al curandero, otras mencionaron que no les gustaba ir a Rosita porque las trataban mal, y que no les permitían llevar plantas medicinales.

En estas respuestas se puede percibir cierta contradicción en las repuestas porque si bien es cierto dicen que no las rechazan porque siempre se les atiende en la unidad de salud, manifiestan que no les gusta ir sobre todo a Rosita porque no se les trata bien y no se les acepta que hagan uso de plantas medicinales.

Líderes comunitarios y actores claves

Los líderes comunitarios coincidieron con la cohorte de las mujeres en señalar que los servicios que se ofrecen en el centro o puesto de salud son aquellas cosas en las que el curandero no cura, como operaciones, quebraduras, tumores.

Obviamente el personal de salud conoce que servicios ofertan sus unidades.

15. ¿Cómo se articula la Medicina Tradicional Miskita en el sistema de Salud oficial en el marco del Modelo de Salud?

A pesar de contar con una iniciativa para articular ambos sistemas, la cual se presume llena todos los requisitos para alcanzar sus objetivos, aún ni los propios agentes y líderes y lo que es peor el propio personal del MINSA parece conocerle, lo que

Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba

significa que si bien es cierto se han realizado esfuerzos en relación a este punto, todavía se necesitan mayores esfuerzos.

La articulación de la medicina tradicional y el sistema de salud institucional debe analizarse desde el enfoque de procesos de desarrollo paulatino donde los actores involucrados de ambas partes tienen la disposición de trabajar en conjunto.

Según las opiniones vertidas por los agentes de medicina tradicional desconocen que es el modelo de salud de la RAAN, no saben en que les afecta a ellos o que significado tiene, algunos líderes de salud han oído hablar pero desconocen su contenido, esto sucede de manera similar para los trabajadores del sistema institucional de salud que han oído hablar, solamente la sub. directora del centro de salud de Rosita “conoce el modelo de salud, dice que este modelo trata de incorporar a la medicina tradicional a través de huertos caseros y capacitaciones a los agentes de medicina tradicional, pero que estas son solamente proyecciones futuras, para ella esto sería importante porque permitiría trabajar más cordialmente y fomentaría la investigación junto con ellos y mejorar el sistema de referencia y contrarreferencia”, el responsable del puesto de salud mencionó conocerlo pero no a profundidad, enmascarando un poco su desconocimiento.

En estos momentos no se está dando ningún grado de articulación entre la medicina tradicional miskita en Alamikamba y el sistema institucional de salud esto se fundamenta en que para poder iniciar un proceso de articulación primero se deben reconocer los actores involucrados en los dos sistemas y hasta este momento esta etapa no ha sido superada dado que el sistema institucional de salud aun no termina de reconocer que la medicina tradicional es una alternativa de solución a los problemas de salud, esto se ha dicho de manera teórica en el modelo de salud, pero existe una gran brecha en la realidad esto porque no se ha realizado un proceso de concientización al personal de salud sobre el tema, muchos trabajadores desconocen que es el modelo de salud, por parte de los agentes de medicina tradicional reconocen que existe el sistema institucional de salud, pero hay barreras de comunicación y de entendimiento que deben ser superadas para poder reconocerse mutuamente como necesarios.

IX. CONCLUSIONES.

1. La Medicina Tradicional miskita en Alamikamba la conforman los agentes de medicina tradicional: curanderos, parteras y yerberos, que a diferencia de otras comunidades miskitas como Río Coco no tienen presencia de sukias en la zona. La desaparición paulatina de algunos agentes es una alerta sobre la posible pérdida de valores y conocimientos a mediano o largo plazo que puede ocasionar desórdenes sociales. Así de esta forma el curandero se constituye en Alamikamba actualmente el agente de mayor jerarquía y capacidad resolutive.
2. Los Agentes de Medicina Tradicional se caracterizan por atribuir la enfermedad por lo general vinculada a una causalidad, sea esta por desafío a los espíritus que rigen la naturaleza, malos espíritus o Lasas que se apoderan del enfermo o bien por maleficios de personas que pueden manejar las fuerzas del bien y el mal. Las enfermedades que no responden a esta causalidad son consideradas enfermedades que puede curar el doctor.
3. En las comunidades miskitas de Alamikamba, la Medicina Tradicional ha sido, es y continuará siendo una alternativa una alternativa sostenible debido a que no es dificultad la accesibilidad geográfica, las barreras culturales, económicas o sociales y los niveles de pobreza que enfrenta la población. Ha dado respuestas a las necesidades de salud de la población, esfuerzos que se materializan en indicadores como la Mortalidad Materna la cual se ha reducido a cero, a pesar de la pobre presencia institucional.
4. En las comunidades existe gran demanda de los servicios ofertados por los agentes de Medicina Tradicional. Tienen una cobertura amplia. Existe aproximadamente, una partera por cada 20 mujeres en edad fértil, las que son cerca de 960 en Alamikamba. Hay 18 curanderos capacitados para 7,470 habitantes, lo que equivaldría a 1 curandero por 415 personas y al menos un yerbero por comunidad. En cambio el puesto de salud tiene un médico y una enfermera para toda la población.
5. La población de Alamikamba, tanto la cohorte de las mujeres como actores claves de la comunidad perciben a los Agentes de Medicina Tradicional como los principales proveedores de salud. Se les atribuye el poder curar enfermedades que el médico no es capaz de dar solución. Por otra parte el personal de Salud entrevistado considera a la Medicina Tradicional como una alternativa riesgosa para la salud de la población.

6. El nivel de articulación entre ambos sistemas, Tradicional e Institucional es aún es incipiente, se encuentran en un primer nivel que corresponde al reconocimiento de que ambos existen. Existen esfuerzos como el Modelo de Salud de la RAAN que intenta articular ambos sistemas sin embargo estos esfuerzos aún no generan resultados evidentes en estas comunidades.

X. RECOMENDACIONES

- **MINSA:**

1.El MINSA debe plantear acciones que garanticen las estrategias planteadas en el Modelo de Salud de la RAAN para que se concreten en acciones y en el apropiamiento de todos los recursos de salud.

2.Fortalecer las redes comunitarias de salud que promuevan coordinaciones intersectoriales y de medicina tradicional con la medicina institucional en beneficio de la situación de salud de las comunidades.

3. Promover políticas de salud dirigidas a fortalecer el desarrollo de la medicina tradicional y la asignación de recursos financieros, para garantizar la salud de la población indígena utilizando sus propios recursos y respetando su cultura.

- **Gobierno Local y ONGs:**

4. Continuar fortaleciendo el trabajo en redes con otras organizaciones tanto a nivel comunitario como institucional.

5. Propiciar espacios de difusión y discusión del Modelo de Salud de la RAAN que faciliten su implementación en el contexto de la cultura miskita.

- **Agentes de Medicina Tradicional:**

6. Fortalecer y preservar tradiciones y expresiones propias de su cultura a través de la transmisión de conocimientos a las nuevas generaciones en aras de mantener su identidad cultural.

- **Centros de Estudios e investigadores:**

7. Realizar investigaciones antropológicas, etnobotánicas y de farmacología con los agentes de medicina tradicional a fin de rescatar y sistematizar los valiosos conocimientos de los médicos tradicionales.

XI. BIBLIOGRAFIA

Alcaldía de Alamikamba. Diagnóstico del municipio de Alamikamba, principios fundamentales de la municipalidad de Prinzapolka periodo 2004- 2008, Alamikamba, 2004.

Acción Médica Cristiana. Documentos informes sobre situación de Alamikamba, AMC, Managua, 2003.

Cox Molina, Avelino. Sukias y curanderos. Managua, URACCAN, 2003.

CIES, Dossier Módulo de Sistemas de Salud, Managua, CIES, 2004.

Cunnigham, M.Etnia, Cultura y salud, URACCAN, 2001.

Centro Nacional de Medicina Tradicional Dr. Alejandro Dávila Bolaños. I encuentro de la Medicina indígena, Negra, Ppopular y Tradicional. CEDEMETRA, Estelí, 1992.

Cañedo, Andalia, Rubén. De la medicina Popular a la medicina basada en evidencia: Estado de la investigación científica en el campo de la medicina tradicional. OPS. Washington. 2003.

Didier Fassin. Antropología de capacitación para promotores campesinos de salud. Quito, Ecuador, Instituto Francés de Estudios Andinos, s.a.

Didier, Lacaze, Experiencias en Medicina Tradicional y Salud Intercultural en la Amazona Ecuatoriana. FICSH, Ecuador, 2002.

Estrella Eduardo. Medicina Aborigen: La práctica médica aborigen de la sierra ecuatoriana. Quito, Epoca, 19978.

Estatuto de Autonomía de las comunidades de la Costa Atlántica, Ley No.28 Asamblea nacional, Nicaragua, 1987.

Fundación Wangki Luhpia. Medicina Tradicional en comunidades miskitas del río Coco.

Gutiérrez G, Quiñoñes, M,L. Enfermedades populares y tradicionales en Alamikamba y Laguna de perlas, AMC, Managua, 120 págs.

Hutteter Ariza Oscar. La medicina tradicional cuestionada. Antecedentes, perspectivas y prospectivas en México y Latinoamérica. Academia Mexicana tradicional, México, 2000.

Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba

García Hernán, et al. Medicina Maya tradicional confrontación con el sistema conceptual chino. México, Hemes Impresoras, 1996.

Gil, La Cruz, Martha. Estudio del sistema comunitario a partir de una comunidad. Zaragoza, España, 2003.

Gutiérrez Muñoz, Gerardo. Salud Sexual y reproductiva en las mujeres miskitas de Alamikamba.

Gobierno de Nicaragua. Ley de Régimen de propiedad comunal de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica de Nicaragua y de los ríos Bocay, Coco, Indio Maíz. Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Managua. 2003.

González, Guillermo. Dossier sobre sistema de salud, Cies, Managua, marzo 2004.

MINSA. Ley general de salud. Managua, Minsa, 2004.

MINSA. Estándares e indicadores de calidad de procesos de atención de la embarazada y del recién nacido. MINSA, Managua, 2004.

Nigenda, Gustavo. La Práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: El dilema entre la regulación y tolerancia. OPS, Ginebra, 2000.

OPS/OMS. Memoria de reunión de consulta sobre salud y pueblos indígenas, Winnipeg, Canadá. 1993.

OPS/OMS. Resolución V “Salud de los pueblos indígenas” 1993, Ginebra.

OMS. Informe final sobre reunión internacional de consulta sobre salud indígena, OMS, Ginebra, 1995.

OMS/OPS. General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. OMS. Ginebra, 2000.

OMS/ OPS. Informe del taller de medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas en las Américas: Políticas, Planes y Programas, OPS, Guatemala, 2001.

OMS/OPS. Abogacía de los pueblos indígenas, orientación de los marcos jurídicos hacia la abogacía en salud de los pueblos indígenas. OPS, Washington, 1998.

OMS/OPS. Traditional Health Systems and Public Policy. Proceedings of an international Workshop, Ottawa, Canadá, Marzo 1994. OPS, Washington. 1994.

OMS/OPS. Informe del grupo de trabajo OPS/OMS sobre Medicinas y Terapias Tradicionales, OPS, Washington, 1999.

Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba

OMS/OPS. 56ª Asamblea Mundial de la salud, Resolución sobre la Medicina Tradicional. WHA56.31. OMS, Washington, 2003.

OPS/OMS. Acuerdos de Panamá. Reunión de Plantas Medicinales científicamente validadas para la atención primaria en salud en la Región de Centroamérica y el Caribe. Panamá. Enero 1999.

OPS/OMS. Estrategia de la OMS sobre la Medicina Tradicional 2002- 2005, OMS, Ginebra, 2002.

OPS/OMS. Medicina Tradicional y Salud Primaria. OPS, Washington, 1995.

OPS/OMS. Medicina Tradicional en América Latina. OPS, Washington, 1999.

OPS/OMS. Salud de los pueblos indígenas. Washington, 1997.

OPS/OMS. Pautas generales para la investigación y evaluación de la Medicina Tradicional. OPS. Washington, 2002.

Pérez Chiriboga. Espíritus de Vida y Muerte: Los miskitu Hondureños época de guerra. 1ª. ed, Honduras, 2002, 336 págs.

Villatoro, Elba Marina. Etnomedicina en Guatemala, Sistema para la revalidación, investigación y comercialización de las plantas medicinales en Guatemala. Guatemala. 1984.

Pelcastre, Blanca. La cura Chamánica: una interpretación psicosocial.

URACCAN. El modelo de salud de Región Autónoma del Atlántico Norte. Managua, URACCAN, 1998.

Rodríguez, Francisco. Introducción a la metodología de las investigaciones sociales, Habana, 1984.

Zolla, C, Relaciones de la medicina tradicional indígena en los sistemas de salud. INI. México, 2001, 230 págs.

Wayne, Stinson. Indicadores de medición del desempeño de los sistemas de salud. LACRSS, OPS, Ginebra, 1997

Mapa Región Autónoma del Atlántico Norte Nicaragua

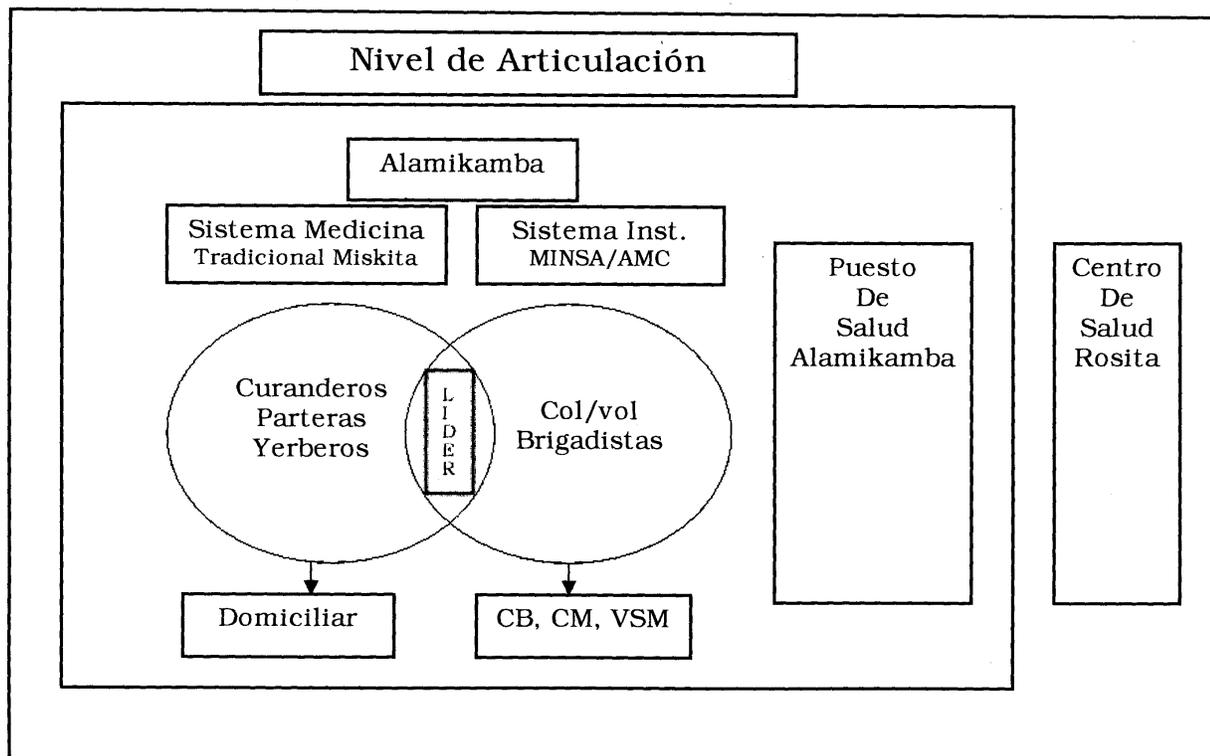


Leyenda:



Ubicación en el Mapa de Alamikamba, cabecera del Municipio de Prinzapolka

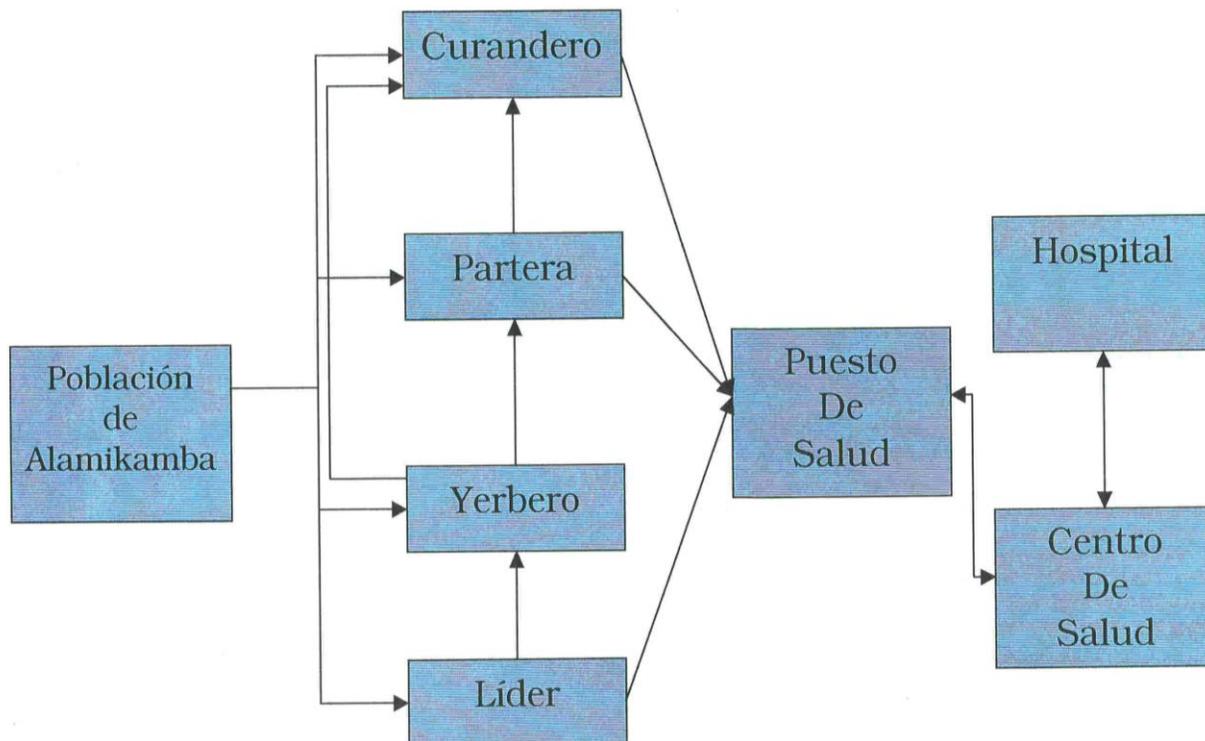
Modelo de salud de la RAAN



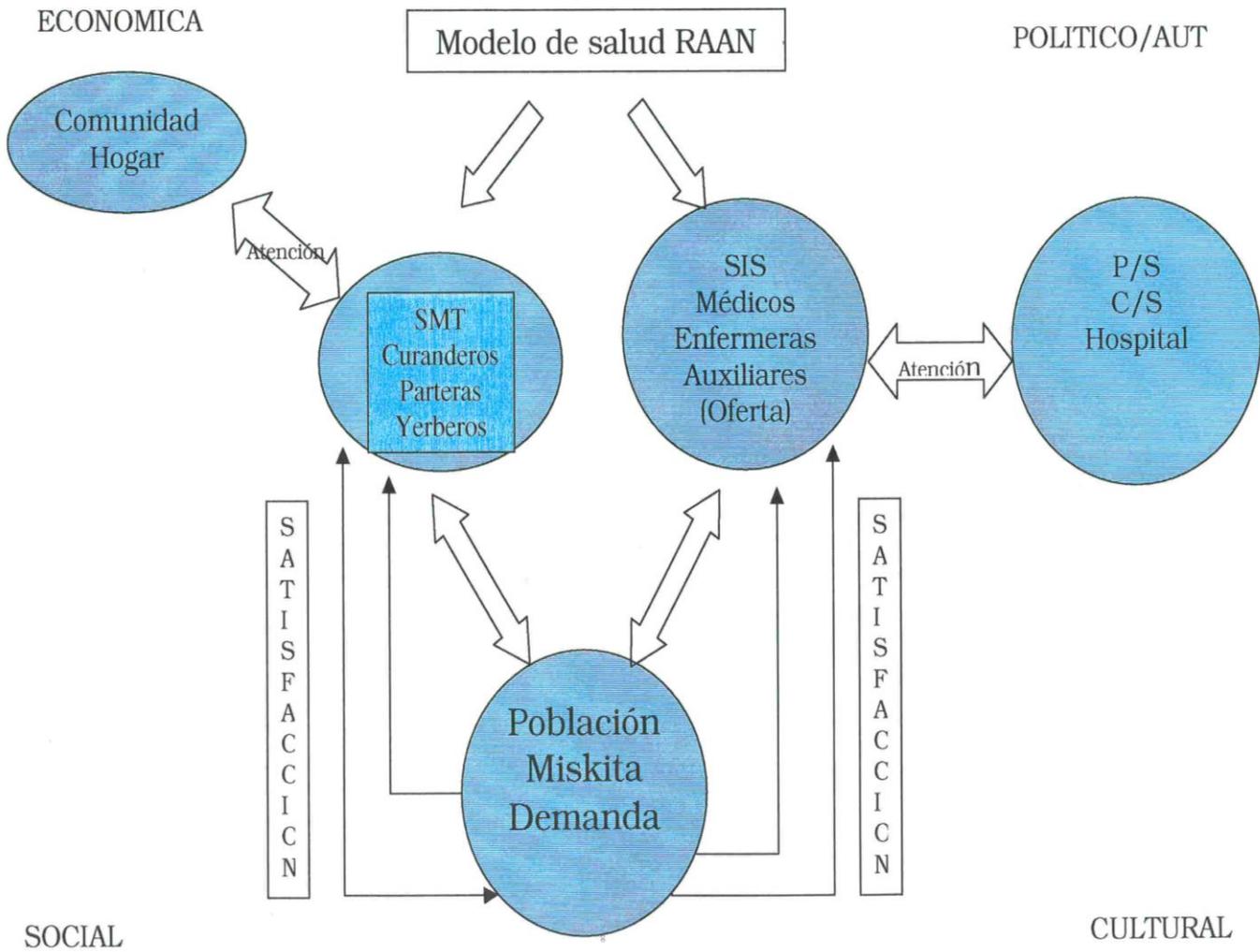
- ♣ **CB:** Casa Base
- ♣ **CM:** Casa Materna
- ♣ **VSM:** Venta Social de Medicamento

Col/Vol: Colaborador Voluntario

Agentes de medicina tradicional
Flujo grama de atención



Tendencias Mundiales de Fortalecimiento APS/OPS/OMS



ANEXO 1

Lista de participantes

Grupo Focal con mujeres de Alamikamba Grupo de las Abuelas.

Nombre	Comunidad	Edad
Rosalina Kristy Ebans	Alamikamba	58 años
Linda Rosales	Alamikamba	55
Nadin Thompson	Alamikamba	65
Juana Navas	Alamikamba	52
Benita Richards	Alamikamba	58
Erlinda Downs	Alamikamba	70
Balbina Logans	Alamikamba	72
Erlinda Ignacio	Alamikamba	66
Concepción Thompson	Alamikamba	60

Lista de Participantes.

Grupo Focal con mujeres de Alamikamba Grupo de las Madres

Nombre	Comunidad	Edad
Roxana Washigton	Alamikamba	38
Perla Watt	Alamikamba	43
Georgina Muller	Alamikamba	35
Mary Hodgson	Alamikamba	47
Pety Murria	Alamikamba	48
Wendy Peters	Alamikamba	32
July Kelly	Alamikamba	30
Caroll Simona	Alamikamba	34
Wendy Thompson	Alamikamba	33

Lista de participantes
Grupo Focal con mujeres de Alamikamba
Grupo de las Hijas

Nombre	Comunidad	Edad
Blanca Omier	Alamikamba	18
Delmira Hodgson	Alamikamba	22
Mercedes Norris	Alamikamba	24
Johana Richard	Alamikamba	21
Estela Logan	Alamikamba	22
Brigit Lau	Alamikamba	25
Brenda Hodgson	Alamikamba	23
Johanna Leyton	Alamikamba	23
Elmira Omier	Alamikamba	20

Listado de personas entrevistados
Líderes Comunitarios y actores claves

Nombre	Comunidad	Edad
Oscar Vado	Dir. P/s Alamikamba	32
Teresa Rocha López	Sub directora de Centro de Salud y Hospital de Rosita	38
Brenton Balastero	Reverendo iglesia Maranatha Alamikamba	40
Ivan Lau	Responsable de MI FAMILIA en Alamikamba	35
Virgilio Logan	Consejo de ancianos de Alamikamba.	72
Donaldo Richard	Consejo de ancianos de Ancianos. Alamikamba	79
Elías Norris	Pastor Iglesia Católica Alamikamba	37
Marlin Simons Peralta	Líder comunitaria Alamikamba	39
Esteban Hodgson	La Agrícola	58
Terensio Solorzano	Promotor de salud. Comunidad: Silibila	59
Fausto Logan	Líder Comunitario Comunidad: Tungla	38
Toribio Stevan	Líder Comunitario Comunidad: Galilea	45

ANEXO 2

SITUACION DEMOGRAFICA DE ALAMIKAMBA.

INDICADOR	Total
Comunidades	17
Familias	1516
Hombres	1621
Mujeres	1662
Niños-Niñas	
Menores de 1 año	350
1- a 4 años	1095
5. 14 años	2325
Niños total	3770
Cobertura de agua	1.12%
Cobertura de Letrinas	3.66 %
Mortalidad Infantil	38 x 1000 nv
Líderes	17
Brigadistas	31
Parteras	25
Niños líderes	43
Mujeres promotoras	130
Maestros	55
Casa Base	1
Farmacia comunitaria	1
Herbario de Plantas medicinales	4
Botiquín comunitario	11
Curanderos	18
Mujeres en edad fértil	960
No. Casas	1435
Filtros	850

Fuente: Estadísticas Puesto de Salud Alamikamba, Octubre 2004.

ANEXO 3

POBLACION DE ALAMILAMBA Y SUS COMUNIDADES

COMUNIDADES	No. CASAS	POBLACION	ETNIA
Alamikamba	340	1235	Miskita
Silibila	120	1029	Miskita
Bluno	110	1061	Mestiza
Tasbapauny	67	468	Miskita
Klarindan	27	170	Miskita
Buena Vista	27	189	Miskita
Limbaika	52	339	Miskita
Apavonta	90	522	Mestiza
Los Cerritos	86	652	Mestiza
Galilea	43	245	Miskita
Naranjal	76	581	Mestiza
San Miguel	190	755	Mestiza
Agrícola	44	314	Miskita
Tungla	48	358	Miskita

ANEXO 4

Instrumentos de recolección de información

Entrevista con personal de salud MINSA-AMC.

Procedimientos:

Se realizó grupo focal con trabajadores de salud (MINSA) sobre aspectos relacionados con las prácticas comunitarias.

Se nombró un facilitador de la actividad así como también un secretario que registró la información obtenida del grupo focal. La actividad será grabada para su posterior traducción.

Se discutió sobre los ejes de reflexión expuestos abajo.

Se plasmó las principales conclusiones de la discusión en pápelo grafo.

Ejes de reflexión:

1-¿Quiénes son los agentes de medicina tradicional en el área? (curanderos, profetas, yumo, parteras, sobadores, ocelli, etc.)

2-¿Cuáles son sus funciones?(especifíquelas principales por cada uno de ellos)

3-¿Cuáles son los métodos diagnósticos y terapéuticos utilizados por los agentes de medicina tradicional?

4-¿Qué contactos han establecido los servicios de salud con agentes de medicina tradicional?

5- ¿Qué aspectos de las prácticas tradicionales se perciben como un obstáculo para la implementación de los programas o servicios de salud?

6-¿Qué aspectos de las prácticas tradicionales pueden considerarse como positivos?

7-¿Por qué considera usted que la población busca los servicios de los agentes de medicina tradicional?

8-¿Cuál es su opinión acerca de la atención del parto por la partera?

9-¿Usted considera que es necesario capacitar a los agentes de medicina tradicional en medicina occidental o moderna?

10-¿Conoce usted si existen estrategias para la incorporación de la medicina tradicional al sistema oficial de salud? Y si no conoce ¿cuáles propone?

ANEXO 5

Instrumento de recolección de información

Grupo Focal con Agentes de Medicina tradicional de Alamikamba

Procedimientos:

Se hizo grupo focal con agentes de medicina tradicional 1 (uno con parteras y otras con demás agentes como profetas, Sukias etc.). de las comunidades de Alamikambang con grupos no mayores a 12 personas.

Cada grupo tuvo un facilitador de la actividad y un secretario encargado de registrar las memorias de la actividad. Se grabó la actividad para su posterior traducción.

Selección de los informantes:

1. Que haya vivido en esas comunidades (el área) al menos 10 años.
2. Representativo de la etnia miskita.
3. Reconocimiento de la población.
4. Actividad en la medicina tradicional.

Convocatoria a los informantes: Para contactar a los participantes se hizo invitación escrita la cual fue entregada por parte de un miembro del equipo de salud de la comunidad. Se motivó a la participación sin informar acerca de los objetivos para no crear ideas preconcebidas.

Ejes de reflexión:

- 1-¿Quiénes son los agentes de medicina tradicional en el área? (curanderos, profetas, yumo, parteras, sobadores, ocelli, etc.)
- 2-¿Cuáles son sus funciones?(especifíquelas principales por cada uno de ellos)
- 3-¿Cuáles son los métodos diagnósticos y terapéuticos utilizados por los agentes de medicina tradicional?
- 4-¿Qué contactos han establecido los servicios de salud con agentes de medicina tradicional?
- 5- ¿Qué aspectos de las prácticas tradicionales se perciben como un obstáculo para la implementación de los programas o servicios de salud?
- 6-¿Qué aspectos de las prácticas tradicionales pueden considerarse como positivos?

7-¿Por qué considera usted que la población busca los servicios de los agentes de medicina tradicional?

8-¿Cuál es su opinión acerca de la atención del parto por la partera?

9-¿Usted considera que es necesario capacitar a los agentes de medicina tradicional en medicina occidental o moderna?

10-¿Conoce usted si existen estrategias para la incorporación de la medicina tradicional al sistema oficial de salud? Y si no conoce ¿cuáles propone?

ANEXO 6

Instrumento de recolección de información.

Guía de entrevista. Líderes Comunitarios y actores claves

Criterios:

- Ser nativo de la comunidad.
- Persona Honorable
- Líder

Datos personales:

Nombre

Edad

Ocupación:

Preguntas:

1-¿ Quiénes son las personas que se encargan de curar las enfermedades en esta comunidad. ?

2-¿ Dónde acude usted y sus familiares cuando alguien se enferma. ?

3-¿ Qué enfermedades se pueden tratar, cuidar y manejar en su casa. ?

4-¿ Dónde asisten cuando un enfermo tratado en casa no mejora. ?

5-¿ Qué enfermedades necesitan tratamiento por el Sukia, cuales por el Spirit y cuales por el profeta.

1-¿ Qué piensa usted del trabajo que realizan los agentes de medicina tradicional? ¿Por qué?

2-¿ Cuándo es el momento en que un enfermo asiste al centro de salud. ?

3-¿ Cuáles son las enfermedades que trata el médico y la enfermera. ?

4-¿ Qué piensa usted del trabajo del personal del puesto de salud. ? Por qué. ?

5-¿ Qué hace el agente de medicina tradicional cuando no puede curar a un enfermo?

6-¿ En esta comunidad existen algunos agentes de medicina tradicional que tienen mayor poder de curación que otros. ? Y a qué cree que se deba eso. ?

7-¿ Cree usted que los agentes de medicina tradicional deberían apoyar el trabajo del puesto de salud?

8-¿ Cómo cree usted que el puesto de salud debería apoyar a los agentes de medicina tradicional?

Anexo 7
Guía oferta de servicios de salud del MINSA
Indicadores de Programas de Salud

No.	Indicador	Puesto de salud Alamikamba			Centro de Salud Rosita		
		meta		%	meta	Número	%
1.	Cobertura del Control Prenatal						
2.	Concentración de CPN						
3.	Porcentaje de embarazadas adolescentes referente al total de embarazadas						
4.	% de embarazadas referidas que recibieron consulta especializada						
5.	Cobertura de parto institucional						
6.	Coberturas de VPCD en menores de un año						
7.	Concentración de VPCD en menores de un año						
8.	Cobertura universal de biológicos en niños de 12 – 23 meses						
9.	Cobertura de mujeres en planificación familiar						

2. Oferta básica de servicios (año 2004)

2.1 Asistencia y prevención

<u>Actividades</u>	Oferta	
		No
Control prenatal		
Atención del parto		
Atención del puerperio		
Planificación familiar		
Papanicolau		
Detección del cáncer de mama		
Detección y manejo de ITS		
VPCD		
Unidad de rehidratación		
Inmunizaciones		

<u>Actividades</u>	Oferta	
		no
Atención a la morbilidad general		
Atención accidentes y lesiones		
Consulta a crónicos		
Atención a pacientes con tuberculosis		
Salud bucal		
Vacunación antirrábica		
Saneamiento ambiental		
Fumigación		
Controles de foco		
Recolección de muestras de laboratorio		

2.2 Promoción de la salud

<u>Actividades</u>	Oferta	
		No
Educación familiar (visitas)		
Educación escolar		
Charlas en unidades de salud		
Consejería individual		
Educación en centros de trabajo		
Club de crónicos		
Club de embarazadas		
Club de apoyo a lactancia materna		
Red de adolescentes		
Club de niños		
Mural educativo		
Afiches y mantas en la comunidad		
<u>Actividades</u>	Oferta	
		no
Perifoneo		
Mensajes radiales y televisión		
Videos educativos en unidades		
Actividades culturales		
Diagnósticos participativos		
Planificación participativa		
Evaluación participativa		
Capacitación a agentes comunitarios		
Diseño de material didáctico		
Reuniones con agentes comunitarios		
Capacitación a directivas comunales		
Análisis de información comunitaria		

3. Disponibilidad de material de reposición periódica (MRP) básica para la Atención Primaria (PREGUNTE)

Total de días abastecidos	
Total posible de días abastecidos (30 días x 16 insumos)	480
Porcentaje de abastecimiento (total de días abastecidos/ total posible de días abastecidos x 100)	

3. Disponibilidad de insumos médicos

No.	Descripción del producto	<u>U/M</u>	Días abastecidos
	Bencilpenicilina G.Procainica 800,000 UI. Polvo Estéril im		
	Dicloxacilina 125 mg /5ml		
	Amoxicilina 250 mg /5ml suspensión Fco-120ml.oral		
	Amoxicilina 500 mg. Capsula Oral		
	Gentamicina Sulfato 20 mg/ 2 ml Solucion ampolla 2 ml.im.iv		
	Trimetoprim Sulfametoxazol 40 mg + 200 mg/5 ml Jarabe Fco.100 ml		
	Trimetoprim Sulfametoxazol 80 mg + 400 mg		
	Nistatina 100,000 UI/1 ml Suspensión Frasco 30-60 ml. Oral		
	Albendazol 200 mg		
	Salbutamol sulfato (Albuterol) 2 mg/ 5 ml Fco.100 ml		
	Salbutamol Sulfato Albuterol solución p/ respirador 5 mg/ ml 0.5 % Fco.20 ml		
	Enalapril Maleato 10 mg /ml amp. 2 ml		
	Metildopa 500 mg tabletas		
	Sulfato Ferroso + Ácido Fólico 60 mg + 0.25 mg Tableta Oral		
	Sulfato Ferroso, Hierro elemental 15 mg /0.6 ml solución Frasco 30 ml		
	Hartman solución. Frasco 1000 ml		
	Solucion electrolitos Orales		
	Sulfato de Magnesio 10% 1g solución ampolla 10 ml.iv		
	Oxitocina 5 UI /ml		
	Clotrimazol 100mg		
	Ritodrina 10 mg		
	Acetaminofen 500mg		
	Dexametasona Fosfato sodico 4 mg/ 2ml solucion im.iv		
	Glibenclamida (Gliburida) 5mg Tableta Oral		
	Total de días abastecidos		
	Total posible de días abastecidos (30 días x 16 insumos)		
	Porcentaje de abastecimiento (total de días abastecidos/ total posible de días abastecidos x 100)		

4. Disponibilidad de equipos mínimos indispensables (Nebulizador, tensiómetro, glucómetro etc.)

ANEXO 8

GUIA DE ENTREVISTA A RESPONSABLES DE UNIDADES DE SALUD

Puesto de salud, Centro de Salud, AMC

Modelo de Atención

SILAIS:	Municipio:	Fecha:
---------	------------	--------

Organización de los servicios

- ¿Cómo está organizada la atención de la prestación de servicios de salud las unidades de salud?
- Qué servicios se prestan dentro de las unidades de salud
- Qué servicios se prestan en el domicilio
- Qué servicios se prestan en las escuelas
- Qué servicios se prestan en los centros de trabajo
- ¿Existen diferencias en los servicios que se prestan en comunidades rurales con respecto a comunidades urbanas? Comente.
- ¿Existe sectorización o zona territorial para la atención en salud?
- ¿Cuál es el recorrido que un paciente realiza desde que entra a la unidad de salud hasta que sale, después de haber recibido atención? (Flujo grama de atención).

Universalidad

- ¿Qué grupos de población son los que demandan mayor atención?
- ¿Por qué cree usted que el resto de la población no demanda atención en los servicios de salud?

Equidad

- ¿Considera que la población tiene igual oportunidad de acceso a los servicios de salud?
- ¿Las personas tienen que pagar algo por los servicios? ¿Qué pasa cuando una persona no puede asumir los costos de su atención?
- ¿Cómo se hace para garantizar la atención a comunidades de difícil acceso?
- ¿Cómo se garantiza la igualdad de oportunidades de atención entre los grupos étnicos?
- ¿Considera que las personas con mayor necesidad tienen la atención requerida por los servicios de salud?
- ¿Cuales serian para usted los grupos poblacionales con mayor dificultad para acceder a los servicios?
- ¿De qué forman se acerca los servicios a estos grupos de población?

Continuidad

- ¿Cuál es el primer contacto que tiene una persona enferma con los servicios de salud?
¿Adónde acude primero la gente?
- Cuando a este paciente no se le puede resolver en esa unidad su problema ¿hacia donde es referido?
- Si en la unidad de mayor nivel de resolución del municipio (centro de salud cabecera) no le pueden resolver su problema hacia donde lo refieren?
- Cuando el paciente es referido al segundo nivel de atención (Hospital) ¿de qué manera se le da seguimiento a su problema?
- Cuando es referido a un Hospital de Referencia Nacional, ¿quién y cómo se encargan de dar seguimiento al caso?

Integralidad

- ¿Cómo están organizados los ambientes para la prestación de servicios en las unidades de salud?
- ¿Cómo se garantiza la integralidad de la atención (prevención, protección, promoción, asistencia y rehabilitación) a los distintos grupos poblacionales:
- Niños(as)
- Madres
- Adolescentes
- Adulto mayor
- Trabajadores: Buzos, pescadores, marinos, otros.
- Grupos de alto riesgo: trabajadoras sexuales, niños de la calle, indigentes, etc.

Percepción de la medicina tradicional y su articulación.

- Que piensa usted de la medicina tradicional
- Usted Cree que ellos pueden resolver o curar algunos problemas de salud (si la respuesta es si, Cuales enfermedades pueden curar).
- Conoce algunos agentes de medicina Tradicional (parteras, curanderos, yerberos) de alamikamba (quienes),
- Realizan algún tipo de trabajo conjunto, que cosas hacen, cuanto tiempo duran y cada cuanto tiempo.
- Conocen el modelo de salud de RAAN, Cuales son los avances, limitaciones y asuntos pendientes.
- Que elementos se deberían tomar en cuenta para acercar a los agentes de medicina tradicional y la unidad de salud.

ANEXO 10
Guía de preguntas de Grupos focales Cohorte de las mujeres
Grupo de las abuelas, grupo de las madres y grupo de las hijas.

Comunidad:	Municipio:	Fecha:
-------------------	-------------------	---------------

Organización de los servicios de salud

- ¿Qué enfermedades se atiende en la unidad de salud, (Puesto de salud)
- ¿Qué servicios prestan los agentes de Medicina tradicional (Curanderos, parteras, yerberos?)
- ¿Cuales son diferencias en la atención que dan los curanderos, parteras, yerberos y la unidades de salud.? Comente.

Universalidad

- ¿Adónde cree Ud. que va la mayoría de la gente cuando se enferma? ¿Por qué?

Equidad

- ¿Cree Ud. que la población miskita tiene igual oportunidad que los mestizos de ser atendidos en el centro de salud y puesto de salud de Alamikamba?.
- ¿Usted necesita pagar por la atención recibida por un agente de medicina tradicional?
- Si la respuesta fue sí ¿Cuanto se paga por un curandero/partera/yerberos?
- ¿Usted necesita pagar por los servicios de salud que se dan en el puesto o el centro de salud? ¿Cuánto?
- ¿Cada cuanto tiempo vienen brigadas médicas y de vacunación a la comunidad?

Continuidad

- ¿Cuándo alguien de su familia a dónde acude primero la gente? Porque
- ¿Y cuando no pueden curar al enfermo a dónde va?

Percepción sobre la medicina tradicional/ Ministerio de Salud

- ¿Que piensa usted de la medicina tradicional (curanderos, parteras, yerberos)
- ¿Que enfermedades pueden curar los médicos tradicionales
- ¿Que agentes de medicina tradicional ustedes conocen, cuales hay en su comunidad.
- ¿Conoce Ud. Si los agentes de medicina tradicional tienen alguna relación con el personal del puesto de salud. (Que cosas hacen juntos).
- ¿Ha oído hablar sobre el modelo de salud de la RAAN, (Si la respuesta es si, que piensa del modelo)
- ¿Cree que se ha hecho algo, cuales son los avances?
- ¿Que cosas se deberían tomar en cuenta para acercar a los agentes de medicina tradicional y la unidad de salud?

ANEXO 11.

UBICACIÓN GEOGRAFICA DE ALAMIKAMBA

El Municipio de Prinzapolka se ubica el área sur de la Región Autónoma Atlántico Norte de Nicaragua. Su cabecera municipal es la Alamikambang a 400 km de Managua; las sub sedes municipales son la comunidad de Prinzapolka para el sector litoral y la comunidad de Corozo central para el sector Mestizo.

Los límites son:

Al norte: Municipio de Puerto cabeza
Al sur : Cruz del Río grande y RAAS
Al este: Océano Atlántico
Al oeste: Siuna.

Superficie:

7,020.5 km².

Comprende 4 sectores:

Litoral Marino

Río arriba

Río abajo

El sector Llano o Sabana del pinar.

El principal río es el Prinzapolka por el que se puede navegar todo el año, es la principal vía de acceso entre las comunidades dado que la casi totalidad de las comunidades están ubicadas sobre ambas orillas del río. Su cuenca es de 8,000 km² que comparte con el municipio de Siuna. Su principal afluente es el río bambana.

El municipio es zona de alto riesgo y alta vulnerabilidad a las históricas inundaciones del río Prinzapolka, en los últimos 13 años ha sido afectado por factores fenómenos naturales tales como (tormentas, inundaciones, ondas tropicales, huracanes, tornadas) también ha sido afectado por incendios forestales, despales indiscriminados por el hombre.

Población: La población aproximada es de 18,045 habitantes distribuidos en 37 comunidades. La mayoría de la población pertenece a la etnia miskita, otro segmento de población es mestizo.

La actividad económica del municipio se basa en actividades de subsistencia tales como la pesca artesanal, granos básicos (arroz, maíz y fríjol) musáceas, principalmente filipina, por ser resistente a las inundaciones, crianza de ganador menor y mayor y la caza.

Servicios de Educación:

Hay un total de 25 escuelas primarias con 28 maestros empíricos pagados por el Ministerio de educación, estas escuelas atiende hasta el cuarto grado

Las vías de comunicación que tiene el municipio es:

Vía Marítima con servicio privado de altos costos para la población.

Vía terrestre a través de Alamikambang – Rosita – Puerto Cabezas con transporte público con altas tarifas y pocas unidades.

El 98% de la población carece de luz eléctrica, Ausencia de servicio telefónico, correo, agua potable, la población se abastece de agua de lluvia, río.

Servicios de salud: El municipio cuenta con 1 puesto médico, 7 puestos de salud

2 médicos, 6 enfermeras, 2 auxiliares de enfermería, 30 parteras, 20 líderes de salud, 15 médicos tradicionales, 20 brigadistas de salud.

La infraestructura de los servicios de salud esta deteriorada, hay desabastecimiento de medicinas y tecnología.

ANEXO 13

Cuadros de Resultados.

Principales resultados del Objetivo No. 1 Identificar los agentes de Medicina Tradicional Miskita de Alamikamba

Datos generales de curanderos, participantes en Grupo focal Alamikamba, Mayo 2004.

CURANDEROS

Curandero	Edad	Religión	Escolaridad	Lugar de residencia (Comunidad)	Experiencia	Comunidades que atiende.
1	60	Moravo	Analfabeta	Tungla	30 años	Tungla, Tuburus y río abajo, Rosita
2	46	Moravo	Alfabeta	Tuburus	9 años	Tuburus, río abajo
3	30	Moravo	Primaria Incompleta	Galilea	2 años	Galilea, río abajo
4	54	Moravo	Analfabeta	Galilea	17 años	Galilea, río abajo, Corozo, Los cerritos
5	38	Moravo	Alfabeta	Klarindan	3 años	Buena vista, río abajo.
6	36	Moravo	Analfabeta	Auhka Mango	2 años	Auhka Mango
7	20	Moravo	Alfabeta	Buena Vista	2 años	Buena vista, río abajo
8	62	Asambleas de Dios	Alfabeta	Alamikamba	40 años	Alamikamba, La agrícola, Limbaika, Buena Vista

Fuente: Grupo Focal con curanderos. Alamikamba, Mayo 2004.

Datos generales de Parteras, participantes en Grupo focal Alamikamba, Mayo 2004.

PARTERAS

Partera	Edad	Religión	Escolaridad	Comunidad	Experiencia	Comunidades Que atiende
1	48	Morava	Primaria Incompleta	Buena Vista	18	Palmera Buena Vista
2	52	Morava	Analfabeta	Galilea	30	Galilea y dos amigos.
3	49	Iglesia de Dios	Analfabeta	Limbaika.	20	De Dos Amigos, Buena Vista y Limbaika
4	76	Morava	Analfabeta	Tuburus	60	Auhka mango, Dos Amigos, Tuburus, pero algunas veces también de otras comunidades
5	54	Morava	Analfabeta	Limbaika	30	Tuburus, Auhka mango y Agrícola.
6	45	Morava	Primaria Incompleta	Buena Vista	10	Agrícola, en Rosita, Buena vista y Bilwi.
7	39	Morava	Primaria Incompleta	Galilea	19	Tasba Pounie
8	70	Morava	Analfabeta	Tasba Pounie	30	Tasba Pounie Tungla, Makantakan y a veces ando así en fincas.
9	50	Católica	Primaria Incompleta	Palmera	32	Sisikua, Naranjo, San Miguel, también de Silibila
10	44	Morava	Primaria Incompleta	Tungla	8	De Tungla y más adelante hay una gente que viven en fincas, son del Naranjal.
11	60	Morava	Analfabeta	Alamikamba	20	Alamikambang y Palmera
12	54	Morava	Alfabeta	Alamikamba	10	Alamikambang

Fuente: Grupo Focal con curanderos. Alamikamba, Mayo 2004.

Datos generales de Yerberos y Líderes de salud, participantes en Grupo focal Alamikamba, Mayo 2004.

Yerberos	Edad	Religión	Escolaridad	Comunidad	Experiencia	Comunidades Que atiende
1	36	Morava	Primaria Incompleta	Buena Vista	2	Buena Vista
2	40	Morava	Analfabeta	Galilea	3	Galilea y dos amigos.
3	35	Morava	Primaria Incompleta	Limbaika	5	De Dos Amigos, Buena Vista y Limbaika
4	29	Morava	Alfabeta	Auhka	3	Auhka mango, Dos Amigos, Tuburus, pero algunas veces también de otras comunidades
5	27	Morava	Alfabeta	Limbaika	3	Limbaika,
6	32	Morava	Primaria Incompleta	Agrícola	4	Agrícola
Lideres comunitarios						
7	43	Morava	Alfabeta	Galilea	12	Galilea
8	54	Morava	Primaria Incompleta	Silibila	8	Silibila
9	44	Morava	Primaria Incompleta	Tungla	7	Tungla.
10	57	Morava	Analfabeta	Palmera	2	Palmera
11	45	Morava	Analfabeta	Alamikamba	10	Alamikambang
12	39	Morava	Primaria Incompleta	Tasba Pounie	19	Tasba Pounie

Fuente: Grupo Focal con curanderos. Alamikamba, Mayo 2004.

Estructura funcional de los agentes de Medicina Tradicional

Agentes	Funciones (Actividades en salud)	Nivel de atención según su capacidad de resolución. (superior, medio, bajo)	Lugar de atención	Mecanismos de relación entre los AMT (Referencia)
Curandero	Personaje de la comunidad que cura enfermedades ocasionadas por los espíritus negativos (lasa) y enfermedades causadas por el desequilibrio con la naturaleza. También ejercen funciones de consejeros espirituales y emocionales	El curandero tiene un nivel superior de atención. Atiende enfermedades de manera integral: espíritu, cuerpo y desequilibrio con la naturaleza. Su casa es utilizada para hospedaje de enfermos cuando esto lo requieren.	Comunidad: Casa del curandero o Casa del enfermo.	Refieren enfermos a un curandero con mayor edad y experiencia cuando no pueden curar una enfermedad.
Partera	Persona de la comunidad que atiende enfermedades de la mujer y el niño y se especializa en la atención durante el embarazo y parto.	La partera tiene un nivel de atención medio, porque atiende enfermedades propias del cuerpo de la mujer y del niño, algunas también son curanderas y atienden las enfermedades del espíritu.	Comunidad. Casa de la persona que solicita la atención y algunas atienden partos en casa base del sistema institucional (AMC).	Refieren sus enfermos cuando consideran no pueden dar solución al problema de salud. Suelen referir a una partera de mayor experiencia, al curandero si consideran es una enfermedad por malos espíritus o bien al puesto de salud de Alamikamba “cuando es una enfermedad de doctor”.
Yerbero	Persona de la comunidad que posee algunos conocimientos de plantas medicinales.	El yerbero cura enfermedades relacionadas con el cuerpo físico.	Comunidad: Dan atención en su casa o van a la casa del que solicite su atención.	Refieren paciente a Curanderos si es problema del espíritu o bien a la unidad de salud en el caso de yerbero capacitados por AMC.

Fuente: Grupo focal con agentes de Medicina tradicional. Mayo 2004.

Resultados del Objetivo No. 2

Describir las características de la medicina tradicional miskita en Alamikamba en relación con sus capacidades y recursos.

Servicios y prácticas de la Medicina Tradicional

Agentes de Medicina Tradicional	Cómo conciben el proceso salud / enfermedad	Que enfermedades pueden curar	Prevención de enfermedades	Que enfermedades no pueden curar
Curandero	El proceso salud – enfermedad esta dado por un ambiente físico natural donde hay muchos espíritus, la enfermedad se produce cuando se rompe el equilibrio con el ambiente como “bañarse en el río en la tarde” “Hay enfermedades que son de origen y otras de origen sobre natural”. “La persona u salud por la ruptura de la relación no sólo naturaleza sino con algún espíritu y en este curará a través de los curanderos”.	“Enfermedades del espíritu”, rayo, picaduras de serpientes, Gripe, Tos “Dolor de barriga”, “dolores de cabeza” “Diarreas de todo tipo, enfermedades producidas por la sirena, el agua, la montaña, y otros espíritus, rayos solares, hechizos por oración, por el panteón, por el duende, infección renal, constipado, reumatismo, algún sangrado en las mujeres, mareos y fiebre.”	“En el caso de las enfermedades del espíritu se usan amuletos o contras para prevenir enfermedades, presencia o uso de oraciones”. La prevención de enfermedades comunes lo hacen de acuerdo a la medicina occidental.	Enfermedades crónicas y traumatismo “azúcar en la sangre, quebraduras, reumatismos, tumores”.
Parteras	La noción de enfermedad tiene relación con el desequilibrio de la naturaleza. Algunas enfermedades vienen de personajes sobre naturales y otras de seres humanos que saben manejar las fuerzas sobre naturales. Estar sano es estar en equilibrio con la naturaleza.	“Enfermedades de la mujer” (referidas a las presentes durante el embarazo y parto) Flujo vaginal, sangrado	La prevención de enfermedades comunes lo hacen de acuerdo a la medicina occidental. Cumplir con las reglas establecidas para estar en armonía con la naturaleza.	“Las enfermedades de médico son las que no se pueden curar con plantas y oraciones”
Yerbero	Las enfermedades son causa de la rebeldía de las personas hacia la naturaleza, espíritus y voluntad de Dios,	Gripe, calentura, tos, torceduras, piquetes de serpientes, dolor de estomago.	La prevención de enfermedades comunes lo hacen de acuerdo a la medicina occidental. Cumplir con las reglas establecidas para estar en armonía con la naturaleza.	“Enfermedades complicadas solas las cura el curandero o el médico”.

Fuente: Grupo focal con agentes de Medicina tradicional. Mayo 2004.

Prácticas de la Medicina Tradicional Miskita en Alamikamba.

Agentes de Medicina Tradicional	Rituales de diagnostico y curación	Elementos	Altares
Curandero	Cartas, interpretaciones de sueños y visiones, rituales con incienso y vértebras de animales pequeños de sacrificios, masajes con aromas, diagnósticos a través del sudor, humo y el masaje con hierbas a través del cuerpo. Canto, la danza y la oratoria, la meditación. Caminar con una almohadita alrededor del enfermo.	Imágenes Incienso Tinturas (bebidas alcohólicas con hierbas) Ruda (huesos) Candelas Hierbas Flores Agua de coco tierno Palitos, hojas de barro, cera de abejas Bastones negros La luna como influencia de curación.	Incienso, altares de Madera, Basinillas, huesos tazas o recipientes, imágenes fotos Candelas y trozos de papeles Todos los rituales se realizan en lugares especiales y sagrados Los altares deben ser limpiados con chicha. La Biblia
Parteras	Interpretaciones de sueños, masajes con aromas, masaje con hierbas a través del cuerpo, succiones.	Hierbas, Bebidas alcohólicas Ruda Raíces.	Tazas o recipientes
Yerbero	Masajes con aromas, aceites,	Hierbas, Bebidas alcohólicas Ruda Raíces.	Tazas o recipientes

Fuente: Grupo focal con agentes de Medicina tradicional. Mayo 2004.

Proceso de Selección de Agentes de Medicina Tradicional

Agentes de Medicina Tradicional	Selección	
	Criterios	Mecanismos
Curandero	<p>Vocación de servicio. Recibe una señal para ser curandero. Prestigio en la comunidad. Es un líder nato de la comunidad. Es electo por la comunidad y apoyado por el consejo de ancianos.</p>	<p>Persona debe ser ayudante de un curandero con experiencia. Debe pasar una serie de pruebas de valentía. Debe demostrar vocación para atender a la comunidad.</p>
Partera	<p>Líder nato de la comunidad. Aceptación de la comunidad. Debe recibir una señal para ser parteras a través de sueños u otras revelaciones. Mayor de edad. Con tiempo necesario para atender las solicitudes de la comunidad.</p>	<p>Lo recibe de herencia de su madre o algún familiar cercano. Debe ser aceptada por la comunidad. Debe pasar un proceso de aprendizaje de 2 años como mínimo.</p>
Yerbero	<p>Disposición para aprender a cultivar y manejar las hierbas. Aceptación de parte de la comunidad. Vocación de servicio.</p>	<p>Recibir apoyo de la comunidad. Disposición para aprender de un curandero con mayor experiencia. Ser líder comunitario.</p>

Fuente: Grupo focal con agentes de medicina tradicional, Febrero 2004.

Proceso de adiestramiento de Agentes de Medicina Tradicional

Agentes de Medicina Tradicional	Adiestramiento			
	Habilidades o características	Conocimientos	Características del aprendizaje	Trasmisión de conocimientos
Curandero	<p>Atiende a cualquier individuo de su grupo que lo solicita. Recibe remuneración mínima. Esta siempre disponible para cualquier emergencia en la comunidad o comunidades aledañas. No mantienen oposición a la medicina occidental. Mantiene y refuerza su tradición aunque esto implique rechazo de parte de sus oponentes</p>	<p>Conoce sobre plantas medicinales, hierbas. Sabe hacer cocimiento y medicinas tradicionales con plantas que cultiva en su patio o que recoge de la montaña. Sabe hacer oraciones, masajes, rituales que van acompañados de danzas.</p>	<p>Es un proceso continuo de pase de una generación a otras a través de la práctica cotidiana. Para ser curandero se empieza muy joven y se práctica mucho tiempo de esta manera se va adquiriendo experiencia y se va ganando el respeto de la comunidad en base a la cantidad de curaciones que tiene de los casos que atiende. Toda curandero tiene un aprendiz al cual le va enseñando todo para que lo reemplace cuando ya no pueda seguir atendiendo.</p>	<p>Oral de Persona a persona.</p>
Partera	<p>Es una persona hábil para el diagnóstico de enfermedades de las mujeres. Sabe como prevenir enfermedades y complicaciones del embarazo. Esta dispuesta para atender todo el tiempo incluso fuera de su comunidad.</p>	<p>Conoce sobre atención a mujeres embarazadas y niños recién nacidos. Conoce y maneja y prepara medicina a base de plantas medicinales. Algunas han recibido capacitaciones de Acción Médica Cristiana o del Minsa.</p>	<p>El proceso de aprendizaje es continuo de una persona mayor a una menor esta generalmente es su mamá o un familiar cercano. Para ser partera debe por lo menos haber realizado 20 partos en compañía de una partera de experiencia y 5 partos sola. Generalmente las parteras son personas mayores de edad que siempre tienen un ayudante que es la persona que la releva cuando muere o ya no puede continuar ejerciendo.</p>	<p>Oral de persona a persona.</p>
Yerberero	<p>Es la persona de la comunidad que le gusta cultivar plantas medicinales y realiza curaciones solamente con hierbas. Recibe apoyo de otros yerberos y esta aprendiendo constantemente. Comienza curando a sus familiares cercanos después es buscado por la comunidad al escuchar que ha logrado hacer curaciones. Tiene vocación para aprender de los experimentos que hace con las hierbas.</p>	<p>Conoce sobre cultivo, preparación y dosificación de plantas medicinales para algunas enfermedades comunes en las comunidades.</p>	<p>Su aprendizaje es a partir de su experiencia y de ver otras experiencias con otros yerberos o curanderos. La mayoría son autodidactas y han recibido capacitaciones de medicina tradicional con el apoyo de Acción Médica Cristiana.</p>	<p>Oral de persona a persona.</p>

Fuente: Grupo focal de Agentes de medicina tradicional, febrero, 2004.

Resultados del Objetivo 3.

Determinar la capacidad de oferta de la Medicina Tradicional y el sistema institucional de salud en Alamikamba para satisfacer la demanda poblacional de acuerdo a sus características y necesidades

Oferta de servicios de Salud del Sistema Institucional de Salud.

Oferta del sistema institucional	Puesto de Salud de Alamikamba	Centro de Salud Rosita	Acción Médica Cristiana
Cobertura			
Cobertura del Control Prenatal	116%	127%	
Porcentaje de embarazadas adolescentes referente al total de embarazadas	70%	120%	
% de embarazadas referidas que recibieron consulta especializada	ND	ND	
Cobertura de parto institucional	38%	80%	
Coberturas de VPCD en menores de un año	197%	70%	
Cobertura universal de biológicos en niños de 12 – 23 meses	172%	90%	
Cobertura de mujeres en planificación familiar	56%	75%	
Personal			
Médico especialista (cirujano)	0	1	0
Médico general	0	6	1
Medico en Servicio Social	0	3	0
Otros (FSS	1	2	0
Enfermera profesional		11	0
Auxiliar de enfermería	1 x medio tiempo	30	1 x medio tiempo.
Licenciatura en enfermería	0	3	0
Otras especialidades (Maestrías)	0	6	0
Odontólogos	0	1	0
Técnico de laboratorio	0	5	0
Despachador de FARMACIA	0	3	1
Higienistas	0	3	1
Personal de ETV	0	6	0
Trabajadora social	0	0	0

Oferta del sistema institucional	Puesto de Salud de Alamikamba	Centro de Salud Rosita	Acción Médica Cristiana
Oferta básica de servicios	CPN, Atención del parto, Atención del puerperio, Planificación familiar, PAP, detección de cáncer de mama, detección y manejo de ITS, VPCD, Inmunizaciones, atención morbilidad general, atención de accidentes y lesiones, consultas a crónicos, tuberculosis, vacunación antirrábica, saneamiento ambiental, fumigación, controles de foco, recolección de muestras de laboratorio.	CPN, Atención del parto, Atención del puerperio, Planificación familiar, PAP, detección de cáncer de mama, detección y manejo de ITS, VPCD, URO, Inmunizaciones, atención morbilidad general, atención de accidentes y lesiones, consultas a crónicos, tuberculosis, salud bucal, vacunación antirrábica, saneamiento ambiental, fumigación, controles de foco, recolección de muestras de laboratorio.	
Promoción de Salud	Educación familiar, charlas en unidad de salud, consejería individual, mural educativo, planificación participativa, evaluación participativa, capacitación a agentes comunitarios, diseño de material didáctico, reuniones con agentes comunitarios, capacitación a directivas comunales, análisis de información comunitaria.	Educación familiar, charlas en unidad de salud, consejería individual, educación en centros de trabajo, mural educativo, afiches y mantas en la comunidad, perifoneo, mensajes radiales, actividades culturales, diagnósticos participativos, planificación participativa, evaluación participativa, material didáctico, reuniones agentes comunitarios, capacitación agentes comunitarios, capacitación a directivas comunales, análisis de información comunitaria.	Educación familiar, charlas en unidad de salud, consejería individual, mural educativo, planificación participativa, evaluación participativa, capacitación a agentes comunitarios, diseño de material didáctico, reuniones con agentes comunitarios, capacitación a directivas comunales, análisis de información comunitaria. Nota: estas actividades se hacen en conjunto con el puesto de salud de alamikamba, donde Acción médica facilita algunos recursos para la ejecución de estas actividades..
Disponibilidad de materiales de reposición periódica (MRP)	66.6% de abastecimiento al mes.	66.6% de abastecimiento al mes.	
Disponibilidad de insumos médicos	85.5 5 de abastecimiento al mes	87.5% de abastecimiento al mes.	
Disponibilidad de equipos mínimos	Tensiómetros en regular estado, 1 nebulizador, no hay glucómetros, freezer para biológicos en buen estado.	Tensiómetros en regular estado, 2 nebulizadores, no hay glucómetros ni pruebas especiales en laboratorio, sólo EGO, BHC y Gota gruesa.	

Fuente: Entrevista a Sub Director de Rosita, Director Puesto de Alamikamba, Director de AMC en Alamikamba. Octubre 2004.

Oferta de servicios de la Medicina Tradicional Miskita.

Oferta de servicios de la medicina tradicional miskita	Agentes de Medicina Tradicional		
	Curanderos	Parteras	Yerberos
Cobertura	Cada curandero atiende un promedio de 20 personas al mes. Alamikamba la componen 18 comunidades donde todos los curanderos les dan atención.	Cada partera atiende un promedio de 5 mujeres al mes.	Cada yerbero atiende un promedio de 5 personas al mes.
Personal	Hay un total de 8 curanderos de experiencia.	12 parteras para 17 comunidades	10 líderes de salud para 17 comunidades.
Oferta básica de servicios	Curaciones de enfermedades del espíritu, enfermedades del cuerpo, enfermedades producidas por el agua, montaña, oraciones, rituales, sobaduras, estancia por 3 días en casa del curandero o el tiempo necesario según la gravedad. Ellos tienen una clasificación de las enfermedades de menos complejas y más complejas, las menos complejas (gripe, dolor de barriga, en estas se paga poco) y se pueden curar con hierbas y las más complejas (enfermedades provocados por los espíritus o hechizos, en estas se paga más) se curan con oraciones y danzas y otras indicaciones, en el caso de las complejas las remiten al médico..	Todas las enfermedades relacionadas a la mujer, el embarazo y el niño recién nacido. Atienden enfermedades de hemorragia, dolor, sangrado. Atienden sangrado de vagina, acomodar al niño “sobado de barriga”, dolor de parto Atienden desde el inicio del embarazo hasta el parto, cuando no hay complicaciones. “Trata las amenaza de aborto, soba (acomoda) a las mujeres para ubicar bien al feto, atiende el parto y conoce una serie de plantas y hierbas para evitar el embarazo estas pueden ser temporales o permanentes, estos trabajo los hace cuando de que una mujer lo necesita porque tiene muchos hijos”.	Curaciones de enfermedades comunes solamente por hierbas y sobaduras.
Promoción de Salud	Los curanderos indican a la población mantener en equilibrio con la naturaleza para evitar las enfermedades.	Brinda capacitaciones sobre salud sexual y reproductiva, en base a conocimiento adquirido por las capacitaciones recibidas de AMC. Realiza visitas domiciliarias y controles del embarazo de las mujeres que atiende, lleva control en formatos sobre las mujeres atendidas los cuales entrega mensualmente a promotoras de AMC.	Los yerberos de las comunidades generalmente son también líderes comunitarios que realizan trabajo voluntario de promoción de la salud preventiva, estos han sido capacitados por AMC, en unos casos realizan CCD, jornadas de limpieza, apoyo en las brigadas médicas etc.
Disponibilidad de materiales	Camas, ropas, incienso, Biblia,	Kit de materiales para atención del parto donado por AMC.	4 Herbarios de plantas medicinales y cada yerbero cuenta con su propio herbario en su casa que utiliza para la preparación de las medicinas.
Disponibilidad de insumos médicos	Todos los curanderos tienen un jardín y un huerto de plantas medicinales en sus casas las cuales utilizan para sanar a los enfermos, ellos se encargan de cuidarlos diariamente. Visitan a los enfermos a sus casas o bien los mantienen en sus casas los días necesarios para su curación en cierto modo sus casas funcionan como una casa base de atención a la comunidad enferma	Cuenta con plantas medicinales en sus patios, los cuales utilizan para disminuir dolores o tratar cualquier problema del niño y de la mujer.	Cuentan con plantas medicinales solamente.
Disponibilidad de equipos mínimos	Enseres de casa tales como cama, sillas, cayucos y todos los elementos de la naturaleza.	Cuentan con algunos instrumentos mínimos para atención del parto.	Carecen de equipos.

Fuente: Grupo focal agentes de medicina tradicional alamikamba. Febrero 2004.

Resultados del Objetivo No. 4.

Conocer la percepción de la población de Alamikamba sobre la medicina tradicional y el sistema institucional de salud para resolver los problemas de salud de la población.

Percepción del personal del MINSA sobre el quehacer del MINSA

Unidad de análisis del Quehacer del MINSA	Percepción del personal del sistema institucional de Salud	
	Puesto salud Alamikamba	Centro de salud Rosita
Organización de los servicios (servicios ofertados) y diferencias en la atención.	<p>“Tenemos atención integral a la mujer que subdivide en atención prenatal, planificación familiar y prevención del cáncer y consejería. Para adultos tenemos el programa de crónicos y el programa de valoración de crecimiento y desarrollo de los niños.</p> <p>Contamos también con la consulta general donde se atienden partos y emergencias, también tenemos el programa de atención a TB, leishmaniasis, malaria etc.</p> <p>No discriminamos ni por grupo étnico ni credo político ni religioso, la única diferencia que yo veo que en el área rural es más difícil el acceso y por problemas de transporte algunas pobladores no pueden acudir, entonces a la mayoría que atendemos es a la población que está más cerca del puesto de salud.</p> <p>Los servicios que ofertamos como MINSA son gratuitos. Nosotros como Puesto de salud tenemos asignaciones de medicamentos mensuales supuestamente lo suficiente de acuerdo a la consulta del mes anterior, pero si el paciente no puede alcanzar medicamentos tiene que ir a la farmacia de la venta social, pero si es caso grave como neumonía lo podemos ingresar o sino debe esperar a que venga de nuevo el abastecimiento”.</p>	<p>“Prestamos servicios de atención integral a la mujer y niñez, a pacientes dispensarizados, inmunizaciones, programa de TB, atención a pacientes con Leshmaniasis, si el paciente necesita tomar medicamento a diario se hacen coordinaciones con los líderes de las comunidades para dar seguimiento al tratamiento”.</p>
Universalidad ¿Dónde asiste la mayoría de la gente cuando enferma?	<p>“Aquí en el municipio como el mayor porcentaje de población es miskito, pues son los miskitos, lo que pasa es que los miskitos en su mayoría están en las comunidades río arriba en que la distancia es considerable y además existe una barrera cultural, hemos encontrado que la mujer y los niños no acuden a consulta por machismo, el alto costo económico y la poca accesibilidad geográfica, también no están acostumbrados a pasar con personal médico calificado por vergüenza o pudor y a los maridos no les gusta que pasen con un médico varón”.</p>	<p>“Pienso que los mestizos sobre todo mujeres y niños, los mayagnas y miskitos no están cerca de esta unidad, pero son pocos”.</p> <p>“Considero que tienen sus tradiciones, antes de traer a un paciente primero le dan medicina tradicional y si no mejora se vienen para acá”.</p>
Equidad La población miskita tiene igual oportunidad de atención. Pago por la atención recibida.	<p>“Yo no encuentro ningún obstáculo para que la población en general pueda acudir, aquí tratamos de no discriminar a nadie”.</p>	<p>“Considero que no hay diferencias lo único que como el abastecimiento es pobre se termina rápido en las comunidades y quedan desabastecidas, ahorita estamos en desabastecimiento como en 10 días”.</p> <p>“No se paga por ningún servicio, pero si no hay un medicamento que no hay en farmacia deben de comprarlo”.</p>

<p>Continuidad Cuando alguien de su familia se enferma donde acude primero</p>	<p>“Depende, la gente que esta cerca del puesto de salud, vienen al puesto, pero la gente de las comunidades buscan al agente de medicina tradicional”.</p>	<p>“Primero es al puesto de salud, si amerita traslado la mandan para acá, a veces se vienen directo y aquí se atienden porque ellos refieren que aquí hay más medicamentos”.</p>
<p>Integralidad de las acciones de salud.</p>	<p>“Tenemos el área de VPCD, la de inmunización, el consultorio, la farmacia y un área de labor y parto y de emergencias. Tenemos el área de VPCD, la de inmunización, el consultorio, la farmacia y un área de labor y parto y de emergencias”.</p>	<p>“El médico que atiende un paciente está en el deber de explicarle y hacer promoción de salud en dependencia de la patología que presenten pero además el personal de docencia da charlas en la consulta externa y en el encamado, casi diario. En relación con la rehabilitación no tenemos un centro para eso, hay que ir a Puerto Cabezas o Managua. Estamos en proceso de formar un club de adolescentes pero no ha iniciado, estamos investigando los censos de los adolescentes, pero además se está esperando una capacitación que viene de Puerto Cabezas”.</p>
<p>Articulación MT y SIS</p>	<p>“Pienso que es una alternativa para los lugares muy remotos pero pienso que se debería de capacitar más a las personas que la practican para evitar los maleficios que pueden provocar la muerte del paciente”</p>	<p>“Considero que es una buena alternativa en los casos en que los pacientes no pudieran acudir al centro, ellos como conocedores de la medicina tradicional saben con que resolver pero no es lo ideal porque muchas veces nos vienen pacientes muy graves, a lo mejor cuando hay gente que medio sabe las cosas pero hay algunos que sí saben bastante”.</p> <p>“El modelo nos lo presentaron a inicios del año y posteriormente vinieron a hacer una evaluación a nivel municipal para ver que se le agregaba o que se le ponía. Yo considero que sería un logro implementar el modelo porque también habla de la sectorización, a lo mejor no sé en cuanto a los abastecimientos como vamos a estar, pero sería un logro hacerlo realidad”.</p>

Fuente: Entrevistas a Director del Puesto de Salud alamikamba y sub directora del centro de salud de rosita, Octubre 2004.

Percepción de la población sobre el quehacer del MINSA.

Unidad de análisis Quehacer del MINSA.	Percepción de la población de Alamikamba			
	Líderes comunitarios y actores claves.	Cohorte de las abuelas	Cohorte de las madres	Cohorte de las hijas.
Organización de los servicios (servicios ofertados) y diferencias en la atención.	Calentura, fiebre, catarro	“El puesto atiende embarazos graves, anemias, calenturas fuertes, heridas graves, niños muy enfermos. Curandero llega a casa dice que tenemos y nos da remedios toca, baña y soba. Doctor saca enfermedad pone cosas encima y da pastillas”.	“Atienden enfermedades que puede curar el doctor como tumores, embarazos malos, sangrados fuertes”.	“tumores malos, enfermedades graves de las mujeres, vacunaciones”. Casi todas las mujeres del grupo focal dicen que en la unidad de salud las regañan, las tratan mal, en cambio las parteras nos dan consejos y nos dicen que hacer para evitar las enfermedades, los curanderos son personas que conocemos y respetamos mucho porque saben mucho.
Universalidad ¿Dónde asiste la mayoría de la gente cuando enferma?	“Pienso que los curanderos miran la gente que doctor no puede curar, entonces gente va a curandero.”	“Partera y curandero dice que está enfermo y tiene que ver doctor, pero si es enfermedad de curandero va al curandero”. ”Partera y curandero dice que está enfermo y tiene que ver doctor, pero si es enfermedad de curandero va al curandero”.	“Si, porque todos nos atienden cuando vamos. Todos esperamos para ser atendidos en el puesto, si no hay medicina no nos dan. A veces dan prioridad a los mas graves, lo mandan a Managua o puerto cabezas”.	”Si no tenemos dinero vamos al puesto de salud, cuando ya tenemos dinero vamos al curandero. Siempre se va a los dos lugares”
Equidad La población miskita tiene igual oportunidad de atención. Pago por la atención recibida.	“En Alamikamba, bueno primer vez doctor, van tanteando y si doctor no puede tiene que mandar a curandero para poder curar.”	“Aquí en centro nos miran y ayudan a Rosita no nos gusta ir, pero si doctor de aquí dice tengo que ir voy”. “Tenemos los mismos derechos sea español o miskita aquí mira”. “No en el centro no cobran, pero si no hay pastilla o inyección compra en farmacia y si no tengo no compra”.	Todas las mujeres del grupo focal dicen que en el puesto de salud no se paga nada por la consulta. No les gusta ir porque las regañan, aunque siempre las atienden aunque a veces no les dan nada.	“Yo creo que si, a todos atienden el problema es la medicina. Aquí atiende a todos y como nunca hay nada, que van a dar”.

Continuidad Cuando alguien de su familia se enferma donde acude primero	“Vamos primero a doctor, tal vez puede curar primero y si no pues vamos al hospital si es enfermedad que cura doctor, pero si no buscamos la medicina de curandero. Vamos a doctor primero porque yo vivo cerca puesto”.	“Si es de diarrea o mujer embarazada hospital, pero todas las demás enfermedades al curandero. Al hospital, pero si no la curan tiene que buscar a l curandero para que la pueda curar. Al curandero porque está en la comunidad, doctor muy largo y caro”.	“En mi familia primero vamos al curandero si no puede curar al puesto de salud. Yerbero que hay en la comunidad, después curandero por ultimo al doctor”.	“Primero al yerbero que es más barato, después curandero y después puesto”.
Integralidad de las acciones de salud.		No contesta.	No contesta	No sabe.
Articulación MT y SIS		“Acción Médica nos da clases para saber como ayudar mejor parteras a que no mueran mujeres, pero doctor de Rosita no vemos aquí”. “La otra vez yo estaba enferma grave en el hospital de Rosita y me tomaron placas y decían que no era nada pero me jodía el espíritu del río y queríamos llevar unas plantas pero el doctor decía No No No no traiga aquí nada y váyase a su casa”. “Parece que yerba no les gusta a doctores y eso no debe ser así, pero sí curan”.	Algunas mujeres dicen que se debe respetar las tradiciones de los miskitos, por ejemplo el de usar hierbas y oraciones para curar a sus enfermos. Ninguna de las participantes del grupo sabe sobre el modelo de salud	Todas las mujeres dicen que no saben que es eso, no han oído hablar del modelo de salud de la RAAN. .

Fuente: Grupo focal a cohorte de las abuelas, madres e hijas y entrevistas a líderes de salud, Octubre 2004.

Percepción de la Medicina Tradicional en Alamikamba del personal del MINSA

Unidad de analisis	Percepción del personal del MINSA	
Quehacer de la medicina tradicional	Puesto salud Alamikamba	Centro de salud Rosita
Organización de los servicios (servicios ofertados) y diferencias en la atención.	No sabe	“ No sé mucho”, “Ellos atienden en la comunidad y curan enfermedades con plantas, pero no sé con detalles como funcionan”
Universalidad ¿Dónde asiste la mayoría de la gente cuando enferma?	“En alamikamba al puesto de salud y comunidades de río abajo al curandero”.	“Los de Alamikamba van primero al curandero o la partera”, “Para mí vienen primero al puesto”
Equidad La población miskita tiene igual oportunidad de atención. Pago por la atención recibida.	No sabe	No sabe
Continuidad Cuando alguien de su familia se enferma donde acude primero	No sabe	No sabe.
Integralidad de las acciones de salud.	Desconoce funcionamiento de la medicina tradicional.	Desconoce el funcionamiento.
Articulación : <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento del Modelo de salud de la RAAN. • Recomendaciones para articular la medicina tradicional y la medicina institucional 	<p>“Si yo conozco el modelo que trata de incorporar a través de un sincretismo entre la medicina tradicional y la occidental. Los huertos y capacitaciones se hacen, pero todavía no hay mucho de eso”,</p> <p>Realizar congresos, reuniones, para reflexionar e intercambiar experiencias y tener aprendizaje mutuo y discusión de conocimientos para que nosotros podamos entender su medicina y ellos puedan familiarizarse con la convencional”</p>	<p>“En Enero fue que tuvimos una capacitación y quedaron de regresar para evaluar y dar sugerencias, pero no han venido””</p> <p>“A lo mejor a través de talleres, de encuentros entre los agentes de medicina tradicional y el personal de salud”.</p> <p>“Trabajar mas coordinadamente con los agentes de medicina tradicional, fomentar la investigación junto con ellos y mejorar los sistemas de referencia y contrareferencia,</p>

Fuente: Entrevistas a Director del Puesto de Salud alamikamba y sub directora del centro de salud de Rosita, Octubre 2004

Percepción de la Medicina Tradicional en Alamikamba por parte de la población

Unidad de análisis Quehacer de la medicina tradicional.	Percepción de la población de Alamikamba			
	Líderes comunitarios y Actores claves	Cohorte de las abuelas	Cohorte de las madres	Cohorte de las hijas.
Organización de los servicios (servicios ofertados) y diferencias en la atención.	“Dolor de estómago, reumatismo, fiebres, algunos cáncer, malos espíritus”.	”Los curanderos y parteras atienden todo tipo de de enfermedades por males, por espíritus. Las parteras miran a mujeres embarazadas y apuran al niño, los curanderos bañan con remedios”.	“Los curanderos atienden todas las enfermedades del río, del agua, de malos espíritas. Embarazos y partos las curanderas, picaduras, mal de ojo, dolores fuertes los curanderos. Dolores de estomago, dolores de cabeza, piquetes, malos espíritus”. “El curandero te hace oraciones, cantos y limpieza en el puesto de salud solo preguntan. Las parteras te conoce y tiene confianza uno, puesto de salud nos regañan. Puesto de salud no gusta que vaya al curandero y regaña, curandero entiende mi problema y no regaña”.	“Atención a mujeres y niños las parteras, enfermedades del agua, del viento y de los espíritus los curanderos”.
Universalidad ¿Dónde asiste la mayoría de la gente cuando enferma?	“Todo que necesite de curandera o partera el atiende siempre” “La gente confía en ello”	“La mayoría de la población asiste al curandero y al centro cuando son enfermedades de doctor”.	Todos coinciden en que primero van al curandero, partera o yerbero después al puesto de salud.	Si no tiene dinero va al puesto de salud, si no va al curandero.
Equidad La población miskita tiene igual oportunidad de atención. Pago por la atención recibida.	“Todos pueden ir al curandero” “Gente de otras partes también ve curandero de nosotros” “Sí, a veces pagamos cincuenta, setenta y cinco o cien según como la enfermedad y el poder que tenga curandero, “los más viejos son más sabios porque tienen mucha experiencia y los espíritus buenos los iluminan.”	“Los curanderos y parteras atiende toda la mujer y niño que los busque, hombre también”. “Con los curanderos uno da algo para ayudar, con las parteras también aunque si uno no tiene paga con una gallinita o el hombre trabaja”.	“Todos los que quieran que curandero vea o partera, ellos ven” “Siempre se debe dar algo al curandero, partera si no tiene no da, pero siempre debe dar algo. Se paga de acuerdo a la enfermedad y cura que hace”.	“Ellos ven a todos si uno busca, pero si no quiere va a puesto” “Curandero mira miskitos, españoles, el ve todo y cura, por eso buscan”

Continuidad Cuando alguien de su familia se enferma donde acude primero	No sabe	“Si tengo dinero voy al curandero sino tengo voy al centro, pero cuando consigo dinero voy al curandero”.	“Primero curandero, después puesto”.	“Si no tengo dinero voy al puesto y después cuando tengo dinero voy al curandero”.
Integralidad de las acciones de salud.	No contesta	“Curandero atiende todas las enfermedades sean del alma y del cuerpo”.	“curanderos ellos curan las enfermedades y son buenos con uno. Las parteras conocen a uno y son buenas, ayudan mucho. Los yerberos curan enfermedades que no son muy complicadas con plantas”, ellos se preocupan por la sanidad del cuerpo y del alma.	El curandero resuelve todos los problemas, médico solo uno con pastillas.
Articulación MT y SIS	“Pienso que es buena si como no, no duda nosotros siempre hemos tenido curanderos que les ayudan buenos espíritus, antes que Acción Médica viniera aquí único curaba curandero” “Si están trabajando juntos, están capacitándose más”. “No, no he oído de eso”. No ha oído hablar del modelo de salud de la RAAN.	No sabe nada.	Ninguna de las participantes del grupo sabe sobre el modelo de salud.	

Fuente: Grupo focal a cohorte de las abuelas, madres e hijas y entrevistas a líderes de salud, Octubre 2004.