

T
169
R945
2001



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



**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTONOMAS DE LA
COSTA CARIBE NICARAGUENSE (URACCAN)**



**MAESTRIA DE SALUD PUBLICA POR ENCUENTROS
CON ENFOQUE INTERCULTURAL 1998 - 2000**

**Tesis monográfica para optar al título de
"Maestr@ en salud pública intercultural"**

**Investigación de la Etnicidad de las Comunidades Indígenas de Bilwi
en Bilwi / RAAN en el año 2000 / un enfoque intercultural**

Manuel Martínez Moreira

**Hans Peter Rupilius
Alta Suzanne Hooker Blandford**

Tutor: Lic. Manuel Martínez Moreira

Manuel
Julio 2001
Bilwi, RAAN
Nicaragua
Manuel Martínez Moreira



Bilwi, Mayo del 2001

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a la Organización Austríaca de Cooperación para el Desarrollo Horizont/3000, y al Gobierno de Austria, la solidaridad que han demostrado a la población de la Costa Caribe Nicaragüense, al financiar los esfuerzos que se están desarrollando por implementar un Modelo de Salud Autónomo para la Región.

Es en el marco de ésta iniciativa que se ha logrado avanzar en el esclarecimiento de la visión del proceso salud-enfermedad con el enfoque intercultural.

Así mismo damos nuestro agradecimiento a todas aquellas personas que de manera voluntaria han aportado con informaciones y conocimientos, personal de salud, agentes tradicionales y pobladores de la RAAN.

Hans Peter Rupilius
Alta Suzzane Hooker Blandford

RESUMEN

La Ley de Autonomía de las Regiones Autónomas de Nicaragua en su capítulo 11, arto, 8 inciso 2, establece que le corresponde a los órganos administrativos de las Regiones Autónomas, administrar la salud, educación, bienestar social y transporte en coordinación con el ente de estado correspondiente. Establece también que la administración debe ser de acuerdo a la necesidad y realidad de cada pueblo indígena y comunidad étnica que vive en la región.

Dentro de éste marco legal, el Consejo Regional Autónomo aprobó el modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte en Octubre del año 1997. Entre sus principios este modelo de salud contempla:

- ◆ La revitalización cultural,
- ◆ la participación social,
- ◆ la accesibilidad económica, geográfica, social y cultural a los servicios.

Con el fin de mejorar los servicios de salud y ampliar la cobertura, así como para dar respuesta a los problemas de salud de la población, en Nicaragua se han desarrollado en los últimos años, una serie de estrategias. Las Jornadas Nacionales de Salud, una variante de las Jornadas Nacionales de Vacunación, es una medida que el Gobierno de Nicaragua por medio del Ministerio de salud, impulsa desde aproximadamente cinco años.

En el casco urbano de Bilwi, convive una mayoría de pobladores miskitos con comunidades de afrocaribeños, mayangna y mestizos, por lo que es conveniente preguntarnos de cómo la estrategia "Jornada nacional de Salud" ha sido adaptada para obtener resultados óptimos por un lado, respetando por el otro las costumbres y creencias de estos grupos étnicos.

El presente estudio pretende contribuir a esclarecer los niveles de interacción entre los dos sistemas: la tradicional y la occidental. Se pretende asimismo encontrar alternativas para que las medidas tomadas por un lado sean más eficaces, y por otro contribuyan a fortalecer las capacidades de la población, con el fin de que sean un verdadero factor de desarrollo.

Mediante la aplicación de medidas eficaces que permitan establecer capacidades de sostenibilidad organizacional y que involucren activamente a la población en cada uno de los procesos, esta población se transformará de un objeto intervenido a un sujeto de su propio desarrollo. Sin embargo esto solo es posible si se permite el empoderamiento de la población beneficiada, dentro del marco del respeto de su cultura e identidad.

***Que las voces de las comunidades étnicas y los pueblos indígenas se oigan,
que las necesidades de nuestras hermanas y hermanos sean satisfechas,
que las vidas de futuras generaciones sean mejores,
en armonía, con paz y pleno goce de sus derechos...***

Indice

1.	INTRODUCCIÓN	4
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
3.	ANTECEDENTES Y GENERALIDADES	6 - 12
4.	JUSTIFICACIÓN	13
5.	OBJETIVOS	14
6.	MARCO DE REFERENCIA	15 - 34
7.	HIPÓTESIS	35
8.	METODOLOGÍA	36 - 43
9.	RESULTADOS	44 - 57
10.	DISCUSIÓN	58 - 63
11.	CONCLUSIONES	64
12.	RECOMENDACIONES	65
13.	Bibliografía	66 - 67
14.	Anexos	68

1. INTRODUCCION

La situación de salud de la población de un determinado territorio se ve influenciada por las condiciones socioeconómicas de la población, el nivel de organización de la sociedad, las características de entorno, la capacidad de resolución del sistema de salud y fundamentalmente por las características culturales de cada una de las comunidades étnicas y su interpretación del fenómeno salud - enfermedad, así como las relaciones entre sí de cada uno de los componentes.

Se ha venido abriendo en Nicaragua el "entendimiento de que el desarrollo de la salud, concebida como un bien social, forma parte y apoya el desarrollo local saludable y sostenible, como un compromiso asumido de manera proactiva, firme y de consenso por las autoridades y la sociedad civil"¹. Si a esto agregamos el hecho, ya señalado por muchos autores, de que "en las comunidades de las Regiones Autónomas existe una práctica médica que combina de hecho, elementos de la medicina indígena con la medicina occidental y la medicina casera" y que "tradicionalmente, la medicina indígena ha constituido el principal recurso para la atención de salud en esas comunidades", resulta evidente que para abordar temas como equidad, desarrollo sostenible, autonomía, participación comunitaria se requiere de un abordaje adecuado culturalmente a la Región y sus habitantes.

Un Sistema de Salud debe de estar organizado en función de dar respuestas concretas a las necesidades básicas sentidas por la población. Hasta la fecha la interpretación de estas necesidades fue realizada en los niveles centrales de gobierno, sin que la población participase en este proceso. De ello surgieron programas de salud mas o menos verticales, que no recogían el sentir de la mayoría de la población ni respondían a las demandas de la misma. La descripción y explicación de la situación de salud - enfermedad no son independientes de *quien* y desde cual *posición* se describe y explica. De esta manera toda explicación y descripción depende del actor que las efectúa.² Las Jornadas Nacionales de Salud son una estrategia de intervención. Esto constituye un aspecto central para comprender porque determinadas concepciones predominan y como se modifican. En ese sentido también es importante considerar no solo la situación enfermedad, sino que también las intervenciones que se realizan para modificar dicha situación, ya sea desde la población como desde el ámbito institucional.

Para los efectos de la modificación del fenómeno salud-enfermedad, se desarrollan políticas y planes, que se basan fundamentalmente en la búsqueda de soluciones a los problemas que se determinan. En base a la ponderación de los problemas se priorizan las diferentes acciones para poder lograr así mayores niveles de eficiencia en la modificación de la situación. Naturalmente estas intervenciones no se pueden valorar sin considerar los paradigmas de salud predominantes en una sociedad y su contexto actual.

El presente trabajo pretende valorar la efectividad de las Jornadas Nacionales de Salud, como un instrumento de modificación de la situación salud-enfermedad en Bilwi y sus alrededores, en la Región Autónoma del Atlántico Norte. Esta valoración se realiza desde un enfoque de salud intercultural con el fin de comprender mejor el proceso salud - enfermedad y su percepción por parte de la población meta y su interrelación con los procesos institucionales.

Asimismo se considera necesario valorar la aplicabilidad de medidas como la Jornada Nacional de Salud a un entorno caracterizado por una cultura diferente a la del resto del país, como consecuencia del predominio de grupos étnicos autóctonos y una historia distinta.

¹ Plan de Salud MINSA

² OPS. Boletín Epidemiológico Vol. 10, No. 4, Washington. OPS. 1990

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Desde hace diecinueve años las **Jornadas de Vacunación** y desde ya cinco años las **Jornadas Nacionales de Salud** son una estrategia del Ministerio de Salud en Nicaragua para ampliar la cobertura de la atención en salud en Nicaragua. Organizaciones internacionales como La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (WHO) apoyan estas iniciativas, por lo general aceptadas en países con escasos recursos e indicadores de salud no deseados.

Sin embargo es prácticamente obligatorio plantear las siguientes interrogantes:

- De qué manera inciden las Jornadas Nacionales de Salud, con su estrategia diseñada para una población mestiza en el comportamiento sanitario de la población multiétnica en Bilwi ?
- Qué grado de eficacia tienen las Jornadas Nacionales de Salud en la población referida y cuales componentes de las mismas son más efectivos?
- Qué grado de incidencia tienen las Jornadas Nacionales de Salud sobre la cultura, el comportamiento y las actitudes de las comunidades indígenas?
- Cuál es el nivel de aceptación de las Jornadas Nacionales de Salud entre la población multiétnica en Bilwi?

Lo anterior se puede sintetizar en la siguiente pregunta:

¿Cuál es el grado de eficacia de las Jornadas Nacionales de Salud, como intervención estratégica que aprovecha las oportunidades en el espacio/población que comprende a la ciudad de Bilwi, desde un abordaje intercultural?

3. ANTECEDENTES Y GENERALIDADES

Para comprender mejor la realidad de la población de la Costa del Caribe Nicaragüense o Costa Atlántica es pertinente caracterizar este territorio y su población.

La Región Autónoma del Atlántico Norte se sitúa al NO de la República de Nicaragua, limitando al Norte con Honduras, al Este con el Mar Caribe, al Sur con la R.A.A.S. y al Oeste con los departamentos de Matagalpa y Jinotega. En esta región habitan unos 171.000 habitantes. Se caracteriza por su multietnicidad (el 52 % son Miskitos, el 8 % Sumus, el 38 % mestizos y un 2 % criollos y otros) y su pluriculturalidad.

La sede del Gobierno Regional Autónomo de la RAAN se encuentra en la ciudad de Bilwi (25.000 habitantes), a unos 565 km. de distancia de la capital del país. Bilwi a su vez es la sede del gobierno municipal del municipio de Puerto Cabezas.

En este municipio existen unas 60 comunidades indígenas, en las que habitan aproximadamente 27.000 pobladores de origen miskito. Esta población comunitaria tiene una intensa relación con los habitantes del casco urbano, ya sea por nexos familiares, de comercio o de trabajo.

Los orígenes de Bilwi datan de tiempos anteriores a la llegada de las empresas madereras al lugar denominado por los británicos como Bragmans Bluff. Cuando las empresas madereras y luego las transnacionales bananeras se establecieron en este sitio, los pobladores de Bilwi sirvieron de mano de obra a los intereses de estas empresas. A fines del siglo XIX, cuando los británicos ceden ante las pretensiones hegemónicas de los Estados Unidos de América y entregan la Moskitia a la joven República de Nicaragua, la administración nicaragüense le otorga el nombre de Puerto Cabezas a esta ciudad (en honor al General Rigoberto Cabezas, que en nombre del General Zelaya anexó este territorio³).

Debido a su historia, la gran mayoría de habitantes de Bilwi se autodenomina como perteneciente a la etnia miskita. Sus hábitos, su cultura, su idioma, en fin, todo el quehacer diario está condicionado por esta realidad. Debido a esa realidad la estructura social de la mayoría de los barrios de la ciudad mas bien corresponde a las estructuras de una de las comunidades indígenas de la R.A.A.N.

En 1921 en las cercanías del caserío denominado Bilwi se estableció el norteamericano Leroy T. Miles, representante de la Bragman's Bluff Lumber Company posterior a una negociación con el Gobierno de Nicaragua y acuerdos con representantes de las comunidades indígenas del lugar⁴. Así se suscribió un contrato con la comunidad de Karatá que concedía a la empresa maderera representada por Miles, 80.000 acres de tierra para la explotación del pino. A partir de dicho contrato, la empresa construyó una infraestructura que hasta la fecha determina la estructura de Bilwi. Fué en aquella época en que se instaló el muelle, una vía férrea que llegaba hasta el corazón de la Moskitia, una planta de energía eléctrica y las demás estructuras necesarias para el aserrió. Esta nueva localidad fue creciendo rápidamente debido a la atracción que ejercía la empresa para trabajadores especializados y comerciantes. Llegaron inmigrantes desde el exterior, sobre todo de Jamaica, Alemania, el Reino Unido a prestar sus servicios. Asimismo la empresa atrajo indígenas miskitos del interior del país y pobladores afrocaribeños del sector de Laguna de Perlas, al Sur de Bilwi. En 1929 se funda la ciudad de Puerto Cabezas en honor al General Rigoberto Cabezas, que como lugarteniente del General José Santos Zelaya había conseguido la anexión de la Moskitia a la República de Nicaragua. En 1998 la ciudad es rebautizada como Bilwi, correspondiendo el nombre de Puerto Cabezas al municipio.

³ En la historia oficial se denomina esta anexión como la Reincorporación de la Moskitia*

⁴ Los jefes indígenas Joseph Nehemya y Noah Columbus de la comunidad de Karata y Tuapi fueron señalados como los interlocutores de Miles

La Costa del Caribe Nicaragüense ha sido el objeto de pugna de poderosos intereses en explotar la fuerza de trabajo local y sobre todo los valiosos recursos naturales existentes en la Región. El colonialismo británico, mediante contactos informales primero, por medio de piratas y bucaneros, que utilizaban la Moskitia como cabecera de playa en la lucha contra el Imperio Español en el Caribe (siglo XVI) y posteriormente mediante alianzas formales con la población indígena (siglo XVII), se adueñó prácticamente de todo el territorio del Caribe centroamericano. Mediante este tipo de alianzas, crearon la monarquía miskita, en la que entronaron un Rey Mosko, a fin de reafirmar su presencia en el territorio. Esta "alianza", en la que la población indígena cumplía con un rol de cipayo, sería de utilidad para los ingleses en su lucha contra la Colonia Española. Pero independientemente del rol que los indígenas de la Moskitia hayan cumplido, desde esa época se remontan las contradicciones entre la población del Pacífico Nicaragüense y los pobladores de la Costa Caribe: Mientras en el Pacífico predominó un mestizaje sistemático y una persecución de los autóctonos, a fin de asimilar a la población, en el Atlántico hasta fines del siglo pasado no existía una política colonial. Es por ello que mientras los unos hablan el español, en la Costa del Caribe predominan las lenguas maternas de los pobladores autóctonos (miskito y sumo) o el inglés criollo. Mientras en el Pacífico la Iglesia Católica fue doctrina para la población, en el Caribe lo son las iglesias evangélicas (principalmente la Iglesia Morava), que como parte del dominio inglés primero y luego dentro del marco de la penetración de las empresas multinacionales norteamericanas, condicionaron el actuar de los pobladores. Mientras por un lado se imponía la cultura mestiza, en el Caribe la amalgama de tradiciones indígenas y afro caribeñas se entremezclaban con el bagaje cultural de los amos británicos y americanos. Es por ello, que más allá de las alianzas bélicas y de interés político que habían surgido entre la corona inglesa y los pobladores de la Costa Caribe, existió un desarrollo desigual, que se prolongó en el presente siglo. Y es así como hoy en día, Nicaragua muestra las facetas de un país que creció mirando hacia el Pacífico, donde el territorio Caribe no muestra prácticamente ningún desarrollo. Esto se debe, además de lo referido anteriormente, a que, como producto del etnocentrismo de la población mestiza del Pacífico, jamás se tuviera interés alguno por apoyar o fomentar el desarrollo de la Costa Atlántica. Al contrario, este territorio hasta hoy es valorado como un inmenso reservorio de recursos naturales, en el que los pobladores autóctonos son una 'desgracia necesaria'. Es por ello que nadie ha invertido de manera sistemática en el desarrollo de los recursos humanos o la infraestructura social, limitándose los gobiernos de turno a la venta de concesiones a las grandes empresas madereras, mineras o pesqueras, creándose una estructura basada en la economía de enclave. Así hoy por hoy, a pesar de ser la Costa del Caribe Nicaragüense el territorio más rico de Centroamérica en minerales, maderas tropicales y recursos hidroenergéticos y recursos pesqueros, es el territorio más pobre (en realidad empobrecido) del istmo Centroamericano, lo que se refleja en los niveles de pobreza, calidad de vida, analfabetismo, situación de salud, entre otros.

Esa realidad llevó a los pueblos de la Costa del Caribe a luchar por generaciones por sus derechos, hasta que finalmente en 1987 se logró la aprobación de una ley que le dio un estatus especial a la población costeña, por el cual sería posible la recuperación del terreno perdido : La Ley 28 o **Ley de Autonomía**.

Lo que se conoce como Autonomía, por ende es un régimen de carácter jurídico, político y administrativo, que inició en la década de los ochenta, a fin de intentar resolver un conjunto de problemas históricos que atañen a toda la sociedad nicaragüense, pero en especial los problemas relacionados al tratamiento de la cuestión étnico-nacional de los pobladores de la Costa Atlántica. En este sentido la estructuración de un estado nacional en el marco de una pluralidad étnico-cultural y por ende de identidades culturales diferenciadas, adquirió singular relevancia.

Ese régimen cuenta con un soporte jurídico, que a su vez tiene base en la Constitución Política de Nicaragua: el Estatuto de Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua, aprobado por la Asamblea Nacional en septiembre de 1987. Lejos de ser una ley

madereras a través de un Programa de Seguridad Social. También abrió un Sanatorio con 80 camas para atender a pacientes tuberculosos, la mayoría, sílico-tuberculosos de las minas.

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

En el caso de Nicaragua, se tradujo en una medida legislativa que obligaba a la castellanización de los indígenas en las comunidades del Río Coco a través del Proyecto Piloto de Educación Fundamental, que incluyó capacitación en temas de salud y visitas esporádicas de personal médico a las comunidades.

Para la implementación de dicho proyecto se realizó un estudio socioeconómico en 30 comunidades de 1955. En el mismo, se refleja la insalubridad de la zona "la ignorancia y la miseria, los insectos y el pantano, la suciedad y el aislamiento" decía el estudio "han contribuido para que muchas enfermedades representen para los miskitos verdaderas catástrofes". Entre las enfermedades más comunes, el documento cita las siguientes: parasitosis intestinal, tuberculosis principalmente entre los jóvenes que van a las minas en busca de trabajo, sífilis, pian, úlceras tropicales, mal de pinto, malaria. Agregaba que "la desnutrición es muy común y se evidencia una alta mortalidad infantil".

El servicio hospitalario en la Región se inició a partir de 1935 en Bilwaskarma a través de la Iglesia Morava y la Misión Católica instaló un dispensario médico con las Madres de Santa Inés en 1946. En esa fecha, señala el informe del Proyecto Piloto, que el Ministerio de Salubridad Pública estableció una Unidad Sanitaria Móvil en Waspam integrada por un médico, una enfermera, una educadora sanitaria, un laboratorista, una trabajadora social, una visitadora y dos inspectores sanitarios. Equipos similares se instalaron en los puertos de salida de los recursos nacionales manejados por las empresas transnacionales: Puerto Cabezas y Prinzapolka. En coordinación con el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM), se estableció un programa con campañas de saneamiento, prevención de enfermedades transmisibles, erradicación de enfermedades endémicas y organización de botiquines comunales para atención de primeros auxilios.

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

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

A fines de los 60 el Hospital Moravo en Bilwaskarma amplía sus servicios a programas comunitarios junto con la Iglesia Católica e Instituciones del Gobierno. Participan en la formación de líderes comunitarios, amas de casa, cooperativistas y otros. Durante este período continúa la atención médica a través de pequeñas unidades médicas móviles de atención rural (PUMAR) coordinada con otros programas de desarrollo comunitario ofertados a partir del inicio de la Alianza para el Progreso. Se suman los programas de planificación familiar con financiamiento de USAID con vacunaciones, construcción de pozos y letrinas. Sólo en el Río Coco durante ese período pasaron por cursos de concientización más de 400 líderes comunitarios.

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

A pesar de que durante 1979-1981 se dio un gran impulso a las vacunaciones y extensión de cobertura de programas, no duró mucho, puesto que con el inicio de la guerra en la zona se limitó nuevamente el acceso de la población a servicios básicos de salud.

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

Con la elección del primer Gobierno Autónomo en la RAAN pronto surgieron iniciativas para adaptar el sistema de salud en la Región Autónoma del Atlántico Norte a las necesidades y aspiraciones de la población. Luego de que en los años 93 y 94 a solicitud de la Comisión de Salud del Consejo Regional se realizara un diagnóstico sobre la situación de salud⁶ en la Región, en 1996 un equipo de salubristas con el apoyo metodológico del CIES elaboró de manera participativa una propuesta de Modelo de Salud, que fue aprobado en Octubre del 97 por el Plenario del Consejo Regional. En este modelo se recogen las inquietudes de los diferentes sectores sociales y territorios, dándosele una nueva dimensión al considerarse de manera muy especial la realidad intercultural y el carácter multiétnico de la región.

3.1 Caracterización de Bilwi

AMUNIC, la Asociación de Municipios de Nicaragua, caracteriza en 1995 al Municipio de Puerto Cabezas de la siguiente manera:

Extensión territorial :	5787 km/2
Distancia de la capital:	560 km.
Posición geográfica:	coordenadas 14° 01' latitud Norte y 83° 23' longitud Oeste
Límites:	al N Municipio de Wangki (Rio Coco), al E el Mar Caribe, al O Municipio de Rosita, al S Municipio de Prinzapolka.
Densidad poblacional:	7.5 habitantes por km/2
Población urbana:	22,470 habitantes ⁷
Población rural:	20,658 habitantes
Clima:	tropical húmedo, temperatura promedio de 27.6° C, siendo los meses mas cálidos marzo, abril y mayo. Pluviosidad de 2,500 a 3,500 mm anuales, siendo julio el mas lluvioso (4,574 mm de promedio y abril el mas seco (2,388 mm de agua)
Indice de desempleo:	28 % ⁸
Alumnos por maestro:	23
Alumnos sec. / maestro:	108
Alumnos inscritos por aula:	39
Tasa de analfabetismo ⁹ :	17 %
Escuelas de primaria:	57 (12 en el casco urbano)
Hospitales:	1 con 80 camas
Nro de médicos:	15
Personal de enfermería:	104
Cobertura agua potable:	36 %
Promedio de habit. por viv.:	6.8

⁶ Law, M. et al. Diagnóstico de la Situación de Salud de la RAAN, 1994 Bilwi

⁷ Fuente INEC 1996

⁸ Fuentes independientes sin embargo consideran real una cifra de 40 a 50 %

⁹ Fuente Censo 1998

El nivel académico de la población de Bilwi es bajo, solo el 36 % de la población tiene una educación primaria cumplida.

La situación de la cabecera municipal Bilwi es descrita de la siguiente manera:

"Los problemas higiénico-sanitarios de la cabecera municipal (Bilwi) están relacionados a una creciente inmigración rural, crecimiento territorial desordenado, falta de un sistema de alcantarillado y aguas negras baja calidad del agua, uso intensivo de letrinas en mal estado, deficiente mantenimiento de las zanjas municipales (equivalentes a un sistema de alcantarillados a cielo abierto para la recepción de aguas domiciliarias y de drenaje longitudinal), deterioro de las viviendas y falta de un programa de educación ambiental.

El mantenimiento de los canales y zanjas municipales se pueda considerar como deficiente, produciéndose estancamiento de aguas y crecimiento de arbustos, lo que contribuye a la proliferación de zancudos y creación de focos epidémicos potenciales, como por ejemplo en el sector del mercado municipal.

En relación a la calidad del agua de consumo humano, la fuente de abastecimiento de agua potable proviene del Río Brakira a unos 8 kms. de la ciudad. El abastecimiento es irregular. La captación del agua es directa, no existe un tratamiento adecuado".

Al igual que en el resto de la región, la situación de salud refleja el siguiente cuadro epidemiológico:

- Altas tasas de morbi-mortalidad por diarrea en menores de seis años;
- elevadas tasas de morbi-mortalidad por enfermedades respiratorias agudas en menores de un año;
- persistentes elevados índices de complicaciones perinatales;
- reiterantes focos de Malaria y Dengue;
- tendencia hacia el aumento de enfermedades crónico degenerativas en la población adulta;
- altas tasas de lesiones y muertes por violencia;
- elevadas tasas de alcoholismo y abuso de estupefacientes.

En términos generales, este cuadro es originado debido a los siguientes fenómenos:

- Bajos niveles de educación sanitaria y educación escolar en general que conlleva a prácticas sanitarias erróneas;
- una deficiente infraestructura sanitaria;
- deficientes niveles de cobertura de los servicios de salud;
- la pobreza generalizada;
- una deficiente coordinación de las acciones en salud y
- una pobre participación social en las acciones de salud.

3.2. La medicina tradicional miskita

Si bien nos estamos refiriendo a una población que habita en el casco urbano de la ciudad de Bilwi, debido a las características arriba señaladas, mantiene una estrecha vinculación con los elementos culturales que caracteriza a la población miskita de la RAAN. Dentro de estos elementos se deben considerar las prácticas sanitarias tradicionales, aún fuertemente intrínsecas en la población de este territorio.

Debido a la historia de estos pueblos, las comunidades miskitas combinan los elementos relacionados a la práctica tradicional con la medicina occidental y la medicina casera o popular. Tradicionalmente la medicina indígena ha sido el principal recurso para la atención en salud en las comunidades miskitas, ya que hasta inicios de los años 30 era la única

alternativa. En los años 30 la Iglesia Morava inicia con la prestación de servicios de salud, dentro del marco de su proceso de evangelización, que modificó el comportamiento en relación a las prácticas sanitarias.

Posteriormente, con el avance de la frontera agrícola y el ingreso de productos populares, elementos relacionados a esta medicina popular (Alka Selzer, Tiger-balm, etc.) hacen su ingreso a la región. En la década de los 80, con el avance de la medicina occidental por intermedio de la Revolución Sandinista, que da acceso por primera vez a toda la población de la Costa Caribe de Nicaragua a los servicios de salud, en cierta manera se observa un cambio de actitud de la población, que por primera vez interpreta como responsabilidad del gobierno, la prestación de servicios de salud. Todos estos procesos han tenido su influencia sobre las prácticas sanitarias actuales.

La medicina indígena miskita es un sistema de conocimientos, creencias y prácticas destinadas a la prevención y curación de enfermedades en el contexto de la realidad en que vive el pueblo miskito. Es el resultado de un complejo proceso histórico, en el que intervienen los conocimientos ancestrales de generaciones de pobladores indígenas en interacción con la influencia de otros sistemas, particularmente africanos y europeos. Esta medicina miskita es ejercida por médicos tradicionales conocidos como sukias, por curanderos, por la partera o buka grande, por los inteligentes o profetas. Pero asimismo una buena cantidad de pobladores la utilizan a diario y transmiten sus conocimientos de generación en generación. En cada comunidad o barrio con predominio indígena encontramos uno de estos, o varios agentes sanitarios. La fama y capacidad específica de alguno de ellos rebasa los límites comunales y hasta trasciende fronteras.¹⁰

A pesar de las fuertes presiones que ha ejercido la medicina occidental, como parte del modelo hegemónico de estado, sobre la medicina tradicional, difamando a sus representantes como oscurantistas y farsantes, esta medicina tradicional ha sobrevivido y es, en muchas oportunidades, la verdadera opción para el poblador miskito.

En la actualidad los pobladores de los barrios eminentemente miskitos acuden a los agentes sanitarios tradicionales por lo general antes de acudir al sistema de salud cuando la enfermedad así lo demanda. La población reconoce ciertas enfermedades como las que pueden ser atendidas por el sistema occidental y ciertas que deben ser vistas por el sukia. Ejemplo de ello es el Yumo, que exclusivamente debe ser atendido por un especialista.

Podemos de esta manera observar que existen los tres sistemas de manera paralela (la medicina indígena, las prácticas populares y las prácticas institucionales), haciendo uso de ellos la población de acuerdo a las características de la enfermedad y la percepción de las mismas.

¹⁰ Cunningham, M. Hooker, A. Rupillus, P. Propuesta de un modelo de salud para la RAAN. Bilwi. 1997

4. JUSTIFICACION

Con el fin de mejorar los servicios de salud y para ampliar la cobertura, así como para dar respuesta a los problemas de salud de la población, en Nicaragua se han desarrollado durante los últimos años una serie de estrategias. Las Jornadas Nacionales de Salud, una variante de las Jornadas Nacionales de Vacunación, es una medida que el Gobierno de Nicaragua, por medio del Ministerio de Salud impulsa desde hace aproximadamente cinco años con la que se pretende ampliar la cobertura de los servicios de manera concentrada y bajo la participación de la sociedad.

Esta medida, diseñada por técnicos especialistas de la salud pública y validada por la Organización Panamericana de la Salud es implementada con éxito en Nicaragua. Su validez y utilidad en cuanto a garantizar altos niveles de cobertura en relación a las inmunizaciones contra enfermedades inmunoprevenibles no es puesta en duda. Sin embargo, a pesar de que ésta estrategia es de gran utilidad en Nicaragua y otros países, que al igual que Nicaragua no disponen de los medios financieros para servicios de salud adecuados a las necesidades y que buscan como ampliar la cobertura de los servicios, es pertinente estudiar algunos efectos que la medida pueda tener sobre las actitudes de la población y el comportamiento social que se puedan derivar de ellas.

Sobre todo cuando se trata de una población multiétnica e intercultural, como la del casco urbano de Bilwi, donde convive una mayoría de pobladores miskitos con comunidades afro caribeñas, mayangnas y mestizos, vale la pregunta de cómo esa estrategia "Jornada Nacional de Salud" ha sido adaptada para tener resultados óptimos por un lado, respetando por el otro las tradiciones y creencias de estos grupos étnicos. Desde que es de común conocimiento que toda intervención, y sobre todo las de carácter masivo como las Jornadas Nacionales de Salud tiene un efecto que va mas allá de lo actuado en el momento, es necesario conocer cual es el nivel de interacción entre los sistemas de atención en salud (nos referimos aquí a la medicina tradicional, aún practicada mayoritariamente por la población en la RAAN y la medicina occidental, que desde su posición del poder estatal influye sobre la vida cotidiana de la población y por ende también sobre la medicina tradicional).

El presente estudio pretende contribuir a esclarecer los niveles de interacción entre los sistemas y a encontrar alternativas para que las medidas tomadas por un lado sean mas eficaces y por otro contribuyan a fortalecer las capacidades de la población a fin de que sean un verdadero factor de desarrollo. Mediante la aplicación de medidas eficaces que permitan establecer capacidades de sostenibilidad organizacional y que involucren activamente a la población en cada uno de los procesos ésta población se transformará de un objeto intervenido en un sujeto de su propio desarrollo. Sin embargo esto solo es posible si se permite el empoderamiento de la población beneficiada dentro de un marco de respeto a su cultura e identidad.

Conocer y respetar esa identidad y aceptar las diversidades en el marco de una igualdad es el primer paso para aportar al desarrollo de un pueblo. Conocer de que manera interactúa una medida como las Jornadas Nacionales de Salud con el sistema de vida de una población como la de Bilwi es el primer paso para desarrollar capacidades que no solo sean eficaces, sino que contribuyan a fortalecer a dicha población.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

El objetivo general del presente trabajo es:

Medir el grado de eficacia de las Jornadas Nacionales de Salud como intervención estratégica que aprovecha las oportunidades en el espacio / población que comprende a la Ciudad de Bilwi desde un abordaje intercultural, durante el año 2000.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la percepción de los usuarios en relación a las Jornadas Nacionales de Salud.
- Valorar la eficacia de los diferentes componentes de las Jornadas Nacionales de Salud.
- Valorar los niveles de compatibilidad de la estrategia con grupos metas de características socio-culturales distintas a las de la mayoría del país.
- Identificar elementos de beneficio de las Jornadas de Salud para el trabajo sistemático en salud integral en un territorio caracterizado por su interculturalidad y perfil multiétnico.
- Identificar los factores que inciden sobre la calidad de la ejecución de las estrategias.

6. MARCO DE REFERENCIA

6.1. Generalidades sobre Desarrollo Humano

El desarrollo humano es un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades de los individuos, siendo las más importantes una vida prolongada y saludable, el acceso a la educación y el disfrute de un nivel de vida humano y aceptable. Otras oportunidades incluyen la libertad política, la garantía de los derechos humanos y el respeto a sí mismo, lo que Adam Smith llamó la capacidad de interactuar con otros sin sentirse "avergonzado de aparecer en público"¹¹.

Algunas veces se sugiere que el ingreso económico es el sustituto de todas las demás oportunidades del ser humano, ya que el acceso al mismo permite el ejercicio de cualquier otra opción. Esto sin embargo sólo es parcialmente cierto por las siguientes razones:

- El ingreso constituye un medio y no un fin. Puede utilizarse para adquirir medicamentos esenciales o narcóticos, puede utilizarse para alimentos o para bebidas alcohólicas. El bienestar de una sociedad depende del uso que se le da al ingreso, no del nivel del ingreso mismo.
- La experiencia de los países muestra muchos casos de altos niveles de desarrollo humano con niveles modestos de ingreso económico y de deficientes niveles de desarrollo humano con niveles de ingreso relativamente elevados.
- El ingreso actual de la población de un país puede ofrecer muy pocos indicios sobre sus perspectivas futuras de crecimiento. Si ya ha invertido en su población, su ingreso potencial puede ser mayor que el que muestran sus niveles actuales y viceversa.
- Los múltiples problemas humanos de muchas naciones industrializadas ricas demuestran que los altos niveles de ingreso, en sí mismo, no garantizan el progreso humano.

La simple verdad es que no existe un vínculo automático entre el crecimiento del ingreso y el progreso humano. El análisis sobre desarrollo debe concentrarse primordialmente en descubrir la mejor manera de establecer y fortalecer dicho vínculo.

El término desarrollo humano significa tanto el proceso de ampliar las oportunidades de los individuos como el nivel de vida que efectivamente han alcanzado. También ayuda a distinguir claramente entre dos aspectos del desarrollo humano. Uno es la **formación de capacidades humanas** tales como un mejor estado de salud o mayores conocimientos. El otro es la forma como los individuos **emplean las capacidades adquiridas**, ya sea para el trabajo o para el descenso.¹²

Ninguna sociedad puede tener como único objetivo la salud. La salud y la enfermedad se perciben y se experimentan de maneras diversas, según el entorno natural, la historia cultural, las aspiraciones sociales, las relaciones internacionales, las condiciones económicas, la visión que la gente tiene de su propia vida y nivel de conocimientos sociales y médicos. Por ello para formular una política de desarrollo es preciso elegir, si se reducen algunos riesgos, habrá que tolerar otros. Por ejemplo, la población de los países del Norte, pese a sus notables progresos en medicina, padece de enfermedades del éxito.

¹¹ Rizo, Simeón. Desarrollo humano: en contra de la pobreza. Editronic. Managua. 1996

¹² PNUD-ONU. Informe del Desarrollo Humano. 1992

La realidad social y de salud demuestra que el nivel individual no es el determinante en la dinámica del desarrollo social, y los cambios y transformaciones sociales no resultan de simples procesos en los que se persuade a las personas a adoptar éste o aquel modelo de vida.

El nivel de salud de la comunidad no se corresponde con la suma de la salud de cada individuo que la integra, porque las condiciones de en la comunidad no son uniformes, existen diferencias según la inserción socio-profesional del individuo en el sistema de producción de la comunidad. Asimismo la causalidad y la distribución de los procesos sociales están relacionados a las relaciones sociales comunales, de tal forma que diagnosticar el nivel de salud de la comunidad no es posible a partir de individuos aislados, abstractos, es decir, independientes de su ambiente comunal y de sus relaciones sociales.¹⁴

Los problemas de salud de la comunidad, se ven influenciados por factores sociales y culturales, que en muchas ocasiones no son considerados por los profesionales y trabajadores de la salud, en sus diferentes intervenciones en educación sanitaria.

La organización social de la comunidad incluye a la familia, los grupos sociales, las clases, las relaciones sociales, los líderes y su influencia en la comunidad y las instituciones existentes. Es decir, la organización social que mediante la cual funciona, se reproduce y se desarrolla la comunidad, tanto social, económica como culturalmente.

Desarrollo Humano, Salud y Pueblos Indígenas

De acuerdo al Informe sobre Desarrollo Humano de 1997, la evolución de la pobreza y deterioro del Desarrollo Humano es mas notable en los pueblos indígenas que en la mayoría de los demás grupos.¹⁵

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

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

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

- La política de empobrecimiento derivada de las modalidades de explotación de recursos naturales a los cuales ha estado sujeta.
- Los efectos de la guerra de los 80.
- La falta histórica de infraestructura e inversión social.

¹⁴ Alvarez Lugardo y Barona del Infante, Noemí. Sociedad y Salud. Cali, Colombia. 1992

¹⁵ Angulo, Carmelo. Pobreza: un tema que urge respuestas. En Informe de Desarrollo Humano 1997

El modelo económico derivado de la colonización externa e interna sobre la Región con la aplicación de "modelos igualadores" de aculturación y asimilación han facilitado la exclusión de ciertos grupos sociales. Para los pueblos indígenas y comunidades étnicas de las Regiones Autónomas participar en las decisiones políticas nacionales y regionales ha sido difícil por las características culturales, lingüísticas y los patrones históricos de discriminación racial y étnica que han prevalecido.

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

La autora Hannah Arendt ha señalado que "la privación fundamental de los derechos humanos se manifiesta por sobre todo en la privación de un lugar en el mundo (un espacio político) que toma significativas las opiniones y efectivas las acciones. El hombre, según parece, puede perder todos los así llamados derechos del hombre, sin perder su cualidad humana esencial, la dignidad humana. Sólo la pérdida de la identidad política lo expulsa de la comunidad".¹⁶

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

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

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

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

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

¹⁶ Cunningham, M. Hooker, A. Rupilius, P. Propuesta de un modelo de salud para la Región Autónoma del Atlántico Norte. Bilwi, 1997

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

A pesar de que la medicina indígena es un sistema de conocimientos, creencias y prácticas destinadas a la prevención y curación de enfermedades que se ha mantenido a lo largo de la historia de colonización y se ha enriquecido con la medicina europea y africana, no ha sido incorporada ni articulada con el sistema de salud del MINSA.

6.2. Desarrollo y Salud

Los niveles de salud y el grado de desarrollo económico de una sociedad se retroalimentan positivamente. La salud depende de la cantidad y distribución de la riqueza, a través de los satisfactores básicos que definen la calidad de la vida. Al propio tiempo, el desarrollo económico no es una entelequia, sino el producto de un esfuerzo colectivo de individuos, cuyo estado de salud determina la magnitud y eficiencia de dicho esfuerzo. En consecuencia, la salud representa un punto donde se articulan la política social, con sus metas de bienestar y la política económica, con su interés por la producción. Crecimiento y equidad son dos propósitos medulares de la política pública, y ambos convergen en la salud.

No siempre se ha reconocido esta influencia mutua. Así como ha habido un cambio en los conceptos sobre salud, también se han transformado las nociones sobre sus relaciones con el desarrollo económico. A grandes rasgos, durante el auge postguerra el desarrollo se concebía primordialmente como crecimiento mediante insumos materiales, de modo que la atención a la salud resultaba un **gasto**, que la sociedad se podía permitir una vez alcanzados ciertos niveles de crecimiento.

A partir de los años sesenta empezó a operar un cambio en concepción sobre desarrollo; además de los insumos materiales, se le comenzó a conceder importancia al capital humano, de tal manera que los programas de salud comenzaron a verse no como un gasto, sino como una **inversión** para mejorar la calidad de dicho capital. Hacia los años setenta el cambio se hizo más profundo; el bienestar humano dejó de concebirse como un medio para el desarrollo y se convirtió, de hecho, en su finalidad.¹⁷

Nicaragua ha transitado por todas las fases de esta evolución conceptual. Por años, la respuesta convencional a las crisis económicas consistió en recortar los programas sociales, incluidos los de atención a la salud. Esta política se basaba en la concepción de que el gasto en programas de salud darse después de que hubiera un cierto grado satisfactorio de crecimiento económico. Cuando el crecimiento económico se interrumpía por alguna crisis, la lógica de esta postura prescribía reducir el gasto en salud.

Progresivamente se han sentado las bases para una concepción más avanzada sobre la relación entre política social y desarrollo económico, la cual es más consistente con nuestros conocimientos sobre la multicausalidad de la salud. Hoy sabemos, que las condiciones de salud de la población dependen de una multiplicidad de factores, incluyendo el estado del medio ambiente, la educación, la alimentación, la vivienda y los estilos de vida.

Cuando estos factores socioeconómicos que determinan la salud de la población se deterioran por efecto de alguna crisis, se vuelve aún más necesario hacer un esfuerzo explícito por mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud. Ello permite no solo compensar los peores efectos de la crisis, sino además generar la infraestructura humana indispensable para superarla. La salud es un requisito para superar la crisis, no debe ser el resultado exclusivo del desarrollo económico.

¹⁷ PNUMA. *Desarrollo y Salud*. ONU. 1992

Desde 1987, Nicaragua ha llevado a cabo un profundo programa de ajuste estructural para lograr solucionar a largo plazo la crisis económica. Este programa, condicionaba una reducción profunda del gasto social, incluyendo el sector salud. El motivo del relativamente pequeño deterioro de la salud de la población nicaragüense en este período se debe fundamentalmente a los siguientes factores:

- El plusfuerzo y la reserva de la sociedad han paliado la crisis a tal manera, que aún no se percibe evidentemente en muchos indicadores.
- En cierta manera se ha tratado de proteger a los servicios de salud, a pesar de los recortes presupuestarios, mediante la generación de financiamiento extrapresupuestario.

La salud, un bien económico

A diferencia de otros productos, los servicios de salud tienen una naturaleza dual: por una parte constituyen un componente fundamental del desarrollo y bienestar social, por la otra forman un creciente sector de la actividad económica.¹⁸

Como se ha argumentado anteriormente, la salud no es solo uno de los fines del crecimiento económico, es también una de sus condiciones, ya que representa uno de los determinantes de la productividad al constituir un componente esencial del capital humano. Al mismo tiempo, el financiamiento y la prestación de servicios se han convertido en un dinámico sector de todas las economías modernas. En efecto, este sector representa una de las principales fuentes de empleo, un generador de demanda por insumos de todo tipo y un motor para la innovación tecnológica, constituyendo así lo que se ha dado en llamar el "complejo médico-industrial".

Nuevas proposiciones

Con respecto a la situación del ambiente humano

El interés actual en el medio humano surgió desde 1971 con el informe de Founex, resurgiendo ahora en un momento en que las energías de los países denominados como en desarrollo se dedican cada vez más a verificar el alcance de dichas metas de desarrollo. El interés en las cuestiones relacionadas con el ambiente ha tenido su origen los problemas experimentados por los países industrialmente más avanzados.

Estos problemas son el resultado de un nivel elevado de desarrollo económico. La creación de una gran capacidad de producción en la industria y en la agricultura, el crecimiento de sistemas complejos de transporte y comunicaciones, la rápida evolución de los conglomerados humanos, han causado daños y perturbaciones en el medio humano. Estas perturbaciones han alcanzado tales proporciones que en muchos sitios constituyen ya un peligro para la salud y el bienestar humano, poniendo en riesgo la reproducción misma del sistema.

Por supuesto, los países en desarrollo no son indiferentes hacia estos problemas. Tienen también interés en ellos porque son problemas que tienden a ser concomitantes al proceso de desarrollo y de hecho ya han comenzado a manifestarse con intensidad creciente, en sus propias sociedades, aun cuando los problemas del subdesarrollo no hayan sido resueltos.

Desarrollo vs. Crecimiento

En el pasado ha existido una tendencia a equiparar el desarrollo con el objetivo más limitado del crecimiento económico, tal como se refleja en la elevación del nacional bruto, planteando

¹⁸ Ministerio de Salud. Educación y Participación en Salud. Dimavi, Managua, 1982

que el aumento del mismo es equivalente al desarrollo del país y su sociedad. Sin embargo hoy en día se reconoce que el rápido ritmo de crecimiento económico, aunque al parecer indispensable, no constituye por sí mismo una garantía para la resolución de los urgentes problemas sociales y humanos. En congruencia, se está enfatizando cada vez más el logro de metas sociales y culturales como manifestaciones del proceso de desarrollo de una sociedad.

Desarrollo y Ambiente

La incorporación al concepto del desarrollo de la cuestión del ambiente, al igual que la inclusión de otras metas sociales, plantea problemas importantes que tienen que ver con la formulación y planificación de las políticas sociales y económicas. En la medida en que los objetivos ambientales apoyan o refuerzan el crecimiento económico - lo que es demostrable - se podría establecer con mayor facilidad el lugar que les corresponde en el orden de prioridades.

Los problemas son ya suficientemente graves en los países en desarrollo, pero adquirirán dimensiones tremendas, a menos que se emprendan acciones decididas al respecto. Es por ello que se subraya la importancia que tiene el hecho de establecer salvaguardias y normas adecuadas en el planteamiento y preparación de proyectos.

Salud y Proyectos de Desarrollo

La mayoría de los proyectos de desarrollo producen alteraciones ambientales. Ciertas alteraciones ambientales pueden crear un contacto directo entre algunos agentes de enfermedad y los seres humanos. Por ejemplo la contaminación urbana del ambiente hace que las personas respiren gases potencialmente tóxicos y partículas en suspensión que directamente dañan a los pulmones.

Algunas alteraciones ambientales tendrán efecto en la salud de los seres humanos, solo si éstas se exponen a ellas. Un ejemplo de ello es un esquema de riego mal drenado, que aumenta el hábitat del caracol burlinos, lo que aumenta su población, aumentando así la posibilidad de exposición del ser humano a los mismos.

Es así como los factores ambientales pueden afectar la salud de los seres humanos, haciendo más fácil el contacto con los agentes patógenos:

- Exposición a agentes patógenos transmisibles
- Exposición más o menos intensiva a materiales tóxicos que causen una enfermedad aguda inmediata
- Exposición más o menos intensiva a materiales tóxicos, que puedan causar enfermedades agudas o crónicas mucho tiempo después de la exposición.

Los grandes riesgos pueden surgir por causas naturales (terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, etc.). Estas causas se pueden asociar con factores antropogénicos (destrucción de instalaciones industriales que pueden ser el motivo de una gran liberación de sustancias peligrosas o la inundación que esparce grandes cantidades de heces de las letrinas o fosas sépticas).

Aunque en América Latina y el Caribe los estudios específicos que relacionan la calidad del ambiente y los proyectos de desarrollo con las condiciones de salud son escasos, esta relación es científicamente conocida. Bastaría describir un pequeño número de proyectos y analizarlos en este sentido para inferir el efecto sobre la salud que tienen las modificaciones del medio ambiente.

Breve descripción de la evolución de los Modelos de Desarrollo. Desarrollo de Comunidad y Subdesarrollo

Desarrollo de la Comunidad, según un documento de la ONU de 1962, designa aquellos procesos en cuya virtud los esfuerzos de una población se suman a los de su gobierno, para mejorar las condiciones sociales, económicas y culturales de las comunidades, integrar a estas en la vida del país y permitirles contribuir plenamente al "proceso nacional".

El Desarrollo de la Comunidad es visto pues como una estrategia de desarrollo y como una metodología, que selecciona un área geográfica delimitada, especialmente en las poblaciones rurales o marginales urbanas. También es planteada como un modelo básico que sirve para una aplicación limitada, con posibilidades de proyectarse hasta ser parte de un programa nacional.

En la época contemporánea el concepto de "desarrollo" está estrechamente ligado al de subdesarrollo, porque son elementos de un mismo sistema. El subdesarrollo implica la dependencia de un polo hacia otro polo desarrollado. Es decir, hablar de desarrollo social en Nicaragua, es considerar el subdesarrollo, que es una de las dos caras de la misma moneda.¹⁹

Subdesarrollo es una etapa inferior al desarrollo, en la que la dependencia neocolonial en todo sentido, indica que los países a esta nueva forma de dominación, no son subdesarrollados dependientes, ya que a la metrópolis no le interesa que se desarrollen, por lo cual el ansiado "despegue" en la mayoría de los casos sigue siendo una quimera. Únicamente un nuevo orden económico internacional podría crear las condiciones para ese despegue del así llamado "Tercer Mundo".

El subdesarrollo implica la existencia de bajos niveles de vida y expresa la incapacidad de la sociedad para satisfacer sus necesidades y aspiraciones en forma racional, que cada día se agrava por las relaciones de profundización de la dependencia de los países subdesarrollados. Por tal razón, el perfil epidemiológico, las condiciones higiénico-sanitarias del país son propias y características de las naciones "subdesarrolladas" o de economías dependientes.

La medicina comunitaria, que se plantea como una estrategia estatal, se conforma con rasgos como la participación de la comunidad, haciéndose ésta cargo de su propia atención con sus propios agentes de salud con una tecnología aplicada y educación sanitaria, como alternativa para mejorar las condiciones.

En el campo de la salud, no obstante, no se estableció una relación entre la situación social y económica con el estado de la salud de la población y se realizaron acciones y programas paliativos, con el fin de amortiguar las contradicciones sociales generadas en este campo, que revela las profundas desigualdades sociales de estos países, donde la burguesía estos países tiene niveles de salud idénticos a las burguesías de las metrópolis, mientras que la empobreciente mayoría siendo las principales causas de enfermedad y muerte las enfermedades transmisibles y la desnutrición.

El Desarrollo de la Comunidad está directamente asociado a la Salud comunitaria, que consiste en la ejecución de acciones sanitarias de nivel primario, de primer contacto, mediante tecnologías apropiadas o técnicas sencillas, actividades de bajo costo, priorización de los pobres y de las comunidades rurales o suburbanas. Además la promoción de la participación social es considerada como un elemento vital en el abordaje para la solución de estos problemas.

¹⁹ Rizo, S. Desarrollo humano : en contra de la pobreza. Editronic. Managua 1996

Este enfoque de los problemas de salud pretende no ser meramente biologicista, tratando de incorporar los elementos culturales, ambientales y políticos, buscando el establecimiento de los aspectos preventivos y administrativos además de la resolución de la patología elemental o primaria.

Dentro de la Medicina Comunitaria se hace énfasis en los siguientes tres aspectos:

- Organización
- Participación de la comunidad
- Educación para la Salud

a) El Modelo “desarrollista.

La necesidad social generada como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial y los problemas sociales existentes en las minorías étnicas e inmigrantes en los Estados Unidos de América se implantó el **desarrollo comunitario**. Posteriormente se introdujo en Latinoamérica, teniendo una mejor aplicación mediante la política “desarrollista”, cuyo respaldo se dio por los propios Estados Unidos mediante la “Alianza para el Progreso”. En este período se plantea la necesidad de rebajar los costos en el sector estatal, pero a la vez se plantea la finalidad de proporcionar al sector monopólico una fuerza de trabajo más productiva.

El “desarrollismo” planteó la tesis de que los países pobres deben seguir la ruta del recorrido seguido por los países ricos, desde el período de la revolución industrial hasta la implementación de tecnología de punta. Esto implicó el apoyo de la inversión de capital externo y el traslado de tecnología de los países desarrollados a los “en vías de desarrollo”.

El resultado para muchos países fue la adquisición de tecnología obsoleta que envejeció rápidamente, no pudiendo entrar en competencia en el mercado internacional, aumentándose la deuda externa a dimensiones impagables. El modelo desarrollista perseguía que se produjeran algunas mejoras sociales, pero sin la necesidad de cambios radicales en la estructura socioeconómica de estos países.

Como resultado de la aplicación de esta estrategia en el área de la salud se crearon diferentes programas de desarrollo comunitario en salud.

Algunos componentes del Modelo Desarrollista son:

Organización Comunitaria

Generalmente se conforman Comités de Salud, con el propósito de que la salud se constituya en motivo que aglutine con suficiente fuerza a la población o que sea sentido por esta como prioritario entre otras tareas de su funcionamiento social.

A los participantes por lo general se les organiza con el objeto de satisfacer una necesidad sentida, por ejemplo agua potable, letrinas, centros de salud y escuelas. La mayoría de las veces

esta organización solo se mantiene mientras dura el proyecto. Estos comités por lo general tienen una visión muy cerrada de los problemas, lo que dificulta el análisis de la dimensión social y política de las acciones.

Participación Comunitaria

Hay consenso dentro de estos programas de la importancia de la participación comunitaria. Las diferencias consisten en el espacio que se le da a la misma. Al igual que la organización, la participación comunitaria, muchas veces es temporal, mientras se trabaja en torno a un problema específico. De esta manera la participación se transforma en la ejecución de tareas y la provisión de los recursos necesarios.

La OPS / OMS establece que la participación presupone esencialmente compartir la responsabilidad y participar activamente no solo en la ejecución de tareas, sino que en los diferentes pasos que esta encierra. Es así que hoy en día el aporte de mano de obra y recursos materiales es solo un componente de la participación, que se debe manifestar asimismo en la identificación de problemas, propuestas de soluciones y valoración de las acciones y servicios, mediante un proceso organizado. Se han analizado en múltiples ocasiones las razones por las cuales en oportunidades la participación es escasa o simplemente no se da, a pesar de que se estimula. Entre las razones mas importantes encontramos las siguientes:

- La posibilidad de participación le llega a la comunidad, sin que ésta la haya demandado.
- La participación solo es vista como un requisito por las agencias, lo que se transmite a la comunidad
- Muchas veces la participación se quiere enmarcar en el campo de la salud, no siendo esto considerado como prioritario, ya que hay problemas sociales mas sentidos en ese momento.
- La participación no es motivada de manera permanente
- La falta de participación obedece a experiencias negativas previas.

Educación en Salud

Los programas de medicina comunitaria generalmente hacen énfasis en que por medio de la educación se deben modificar costumbres y conductas, partiendo de que éstas son las causas fundamentales de la salud o de la enfermedad. Es importante por esto conocer los mensajes que han promovido los diferentes programas, ya que en ellos se podrán encontrar las ideas que transmiten tanto el personal de salud que ellos trabaja, como los promotores o responsables de la salud que en la mayoría de los programas se forman.

Por medio de la educación en salud sin embargo, no se le deja ver a la comunidad las causas y orígenes reales de sus problemas. El mismo sistema social y político que produce la enfermedad, negándole al pueblo educación, vivienda digna, servicios, trabajo y nutrición, pretende culpar a la comunidad de su cultura negativa hacia la salud, siendo ese mismo sistema el verdadero origen de la situación.

b) El Modelo de Participación Comunitaria

La experiencia adquirida por el sector de la salud en el último decenio es sin embargo tan importante como el progreso alcanzado. La magnitud del esfuerzo que significó intentar extender en u período relativamente corto la cobertura de los servicios a poblaciones postergadas, al agudizarse paradójicamente los problemas ya existentes, obligó a encontrar nuevas soluciones y enfoques que demostraron ser prometedores a medio y largo plazo.

Es indudable que la etapa que ahora se inicia pondrá a prueba las lecciones aprendidas y la capacidad creadora del sector de la salud. Debido al crecimiento acelerado de la población y los cambios de estructura de la edad, junto con la urbanización progresiva, son elementos que ponen a prueba el proceso. Con toda probabilidad, las enfermedades propias de poblaciones urbanas y d los grupos poblacionales que han envejecido coexistirán con aquellas enfermedades características de la pobreza y un medio hostil. A los problemas propios de las poblaciones rurales se le sumarán los correspondientes a las crecientes masas urbanas marginadas.

La consecución de la meta "salud para todos en el año 2000" no puede ser considerada como objetivo sectorial aislado, sino dentro del marco del establecimiento de los compromisos adquiridos por las Naciones Unidas, al establecer la **nueva estrategia internacional para el desarrollo**, el **nuevo orden económico internacional** y la **lucha contra la pobreza extrema**.

Una nueva modalidad de trabajo social para el desarrollo. La consecución de la meta y la instrumentación de sus estrategias requieren estimar la dimensión del problema sobre la base de las proyecciones demográficas, hacer explícitos perfiles de bienestar nacionales, en donde incidan los diferentes aspectos económicos, sociales y culturales de cada país y territorio, reflexionar sobre las posibilidades de lograr estos niveles de bienestar con las modalidades de desarrollo imperantes y hacer el estudio y planteamiento con respecto a los cambios a operarse en su dinámica y modalidades. Es evidente que esto presupone una empresa que obliga a poner en funcionamiento coordinado todas las fuerzas sociales de un país, inclusive aquellas que han permanecido inactivas o marginadas.

Desde ese ángulo, la meta "salud para todos en el año 2000" no es una meta demasiado ambiciosa, como muchos conformistas plantean. Se trata de alcanzar un nivel mínimo de prestación de servicios de salud estrechamente vinculados a los principios de equidad social y razones éticas, promoviéndose la solidaridad entre las naciones y las diferentes clases sociales.

Para poder lograr este objetivo, el aumento de los recursos asignados al sector salud y el aumento de productividad del sector, son condiciones necesarias para hacer compatibles los objetivos y modos de proceder del sector salud con los estilos y proceder del crecimiento económico. En ese sentido, el desarrollo de una efectiva articulación intersectorial y de nuevas estrategias de financiamiento constituyen un instrumento esencial para alcanzar la meta.²⁰

Una nueva modalidad desarrollada como producto de la experiencia latinoamericana es la que se denomina **Participación Comunitaria**, que tiene su propia metodología y requiere de técnicas de trabajo específicas, en la que la población es un sujeto activo y participante consciente de todo el proceso de cambio. La metodología de trabajo, por lo general se puede caracterizar por conducto de las siguientes fases:

- **Conocimiento de la comunidad**, que implica la identificación sociodemográfica, así como los elementos relacionados a la cultura, la organización social y los problemas sectoriales.
- **Diagnóstico de la comunidad**, que consiste en la realización de un estudio de los problemas y la explicación de los mismos.

Estas fases responden a un momento descriptivo y un momento analítico, bases para la tercera fase:

- **Elaboración de propuestas de solución**, en conjunto con la comunidad, que contemplan la viabilidad y la factibilidad de las mismas.

c) Modelo de Desarrollo Humano

El **Desarrollo Humano** difiere de los enfoques convencionales sobre el crecimiento económico, formación de capital humano, desarrollo de recursos humanos, bienestar humano o necesidades humanas básicas. Es pertinente delinear claramente estas diferencias a fin de evitar confusiones:

- El crecimiento del **PNB** se considera necesario pero no suficiente para el desarrollo humano. Algunas sociedades pueden carecer de progreso humano a pesar de un rápido crecimiento temporal del PNB. Es así como el PNB no puede ser considerado como un indicador de desarrollo humano.
- Las teorías acerca de la formación de **capital humano** y el desarrollo de los recursos humanos ven al ser humano primordialmente como un medio y no como un fin. Consideran al ser humano como instrumento para fomentar la producción de bienes, sin que se valore el bienestar del mismo. Los seres humanos han de ser los beneficiarios de

²⁰ Martínez, M. Modelo de participación comunitaria, características y componentes. Managua, 1997. inédito

la producción de los bienes y no solo sus productores, por lo que esta teoría deja al margen un importante aspecto, al degradar al ser humano a un objeto a tratar.

- El enfoque de **bienestar social** considera a los seres humanos más como beneficiarios del proceso de desarrollo que como participantes del mismo. Destaca las políticas de distribución en lugar de las estructuras de producción.
- El enfoque de **necesidades básicas** generalmente se concentra en el grueso de bienes y servicios que requieren los grupos desposeídos de la población: alimentos, vivienda, vestimenta, atención médica y agua. Se centra en el suministro de estos bienes y servicios en lugar de hacerlo en el aspecto de las oportunidades del ser humano.

En cambio el **desarrollo humano** compagina la producción y distribución de artículos de consumo y la expansión y uso de las capacidades humanas. También se concentra en las alternativas que debe tener la población para asegurar su propia subsistencia. Asimismo se refiere no solamente a la satisfacción de las necesidades básicas, sino también al desarrollo humano como proceso dinámico de participación. Es aplicable tanto a los países menos desarrollados como a los países altamente desarrollados.

El desarrollo humano, tal como se define en el presente trabajo, comprende pues, muchos de los enfoques anteriores, combinando los diferentes aspectos. Esta forma de abordaje permite captar mejor la complejidad de la vida humana, las muchas preocupaciones que tienen los individuos y las numerosas diferencias culturales, económicas, sociales y políticas en la vida de los diferentes pueblos.

Por otro lado, la definición abre una serie de preguntas en relación a la medición y cuantificación del desarrollo humano, su operacionalización, las capacidades para su planificación y control.

Se consideran las siguientes metas globales cuantificables para el año 2000, relacionadas a algunos de los indicadores claves de desarrollo humano:

- Inmunización completa de todos los niños y niñas contra las más importantes enfermedades inmunoprevenibles
- Reducción de la tasa infantil en menores de cinco años a la mitad o a 70 por 1000 nacidos vivos
- Eliminación de la desnutrición severa y reducción en un 50% de la desnutrición moderada.
- Matrícula escolar primaria universal para todos los niños y niñas en edad escolar primaria
- Reducción en un 50 % de la tasa de analfabetismo adulto para 1990, debiéndose nivelar de acuerdo a ambos sexos.
- Acceso universal al agua potable

Para lograr el cumplimiento de estas metas, es indispensable la **Integración social**, que más que un instrumento debe convertirse como estrategia, siendo los individuos los sujetos de su propia transformación.

No cabe duda de que la salud está determinada por todo un conjunto de factores, que pueden actuar directa o indirectamente y afectar a individuos o poblaciones enteras. En muchos países la población está expuesta a una multitud de enfermedades transmisibles y carenciales, situación que se atribuye al entorno natural, a las malas condiciones de vida, a la higiene y educación sanitaria deficientes, y el bajo nivel de los servicios de salud en general. Por lo tanto, el estado de salud en general depende del desarrollo y la acción en favor de la salud debe ser parte de la acción en pro del desarrollo. Esto significa que la prevención de la enfermedad es por lo menos tan importante como su cura, debiéndose mejorar las condiciones de vida de la población. Para ello es indispensable la participación de la comunidad en la asistencia sanitaria, mediante métodos sencillos, eficientes y de bajo costo.

En la práctica, las actividades sanitarias integradas son iniciadas a veces a nivel nacional o en polos de desarrollo, pero por lo general se inician mediante proyectos pilotos como los Centros de Salud Comunitarios. Por desgracia, en múltiples ocasiones estas iniciativas queden en una fase inicial sin reproducirse a nivel más amplio. Es por ello que el fortalecimiento organizacional que permita la integración activa de la comunidad es el elemento clave para la sostenibilidad de tales acciones, que pueden garantizar la asistencia sanitaria en el sentido más amplio, incluyendo la capacitación y la investigación. Así pues, proponerse alcanzar la salud mediante el desarrollo, no es solo una necesidad económica, sino también ética y política, ya que los gastos para garantizar una población sana (tanto en lo curativo y lo preventivo como en la promoción) son pequeños en comparación a las pérdidas potenciales debido a una población enferma.

Lo que es imprescindible disipar, es la impresión de que la situación de salud de la población depende exclusivamente del desarrollo de los servicios de salud pública. Han de considerarse todos los elementos que influyen en la salud, entre ellos la epidemiología particular, los recursos humanos, las capacidades de la comunidad, el equipo y la tecnología, las corrientes financieras, el comportamiento de la población y la evolución demográfica.

La liberación y desarrollo de los recursos locales en este sentido ha de ser una estrategia para disminuir la dependencia y establecer capacidades de sostenibilidad. Para ello la integración de la atención en salud y el desarrollo han de convertirse en los elementos viabilizadores de este proceso. Esta visión permite las acciones en pro de la salud tanto bajo las condiciones de pobreza como en el progreso, siendo asimismo factores de transformación del individuo y la sociedad, que se convierte, como arriba mencionado en sujeto de su propio desarrollo.

6.3 Interculturalidad y salud

"La interculturalidad debe basarse en la igualdad de los derechos y ser el sustento de la unidad nacional"

El concepto de *interculturalidad* hace referencia a la interacción y la comunicación entre las personas de diferentes culturas. La interculturalidad no se refiere a un grupo o pueblo en particular sino que involucra a toda la sociedad a fin de "fomentar un auténtico conocimiento y comprensión recíprocos" (Barnach-Calbó, E). Se trata de aplicar el concepto de interacción, de suprimir las barreras entre los pueblos y las culturas, se trata de la búsqueda de un diálogo en el que la reciprocidad y la aceptación mutua son fundamentales.²¹ Interculturalidad significa entre otras cosas el aprovechamiento de lo mejor de cada cultura, de la aceptación de las diferencias, de reciprocidad, entendimiento e interaccionar, respeto y solidaridad entre culturas (Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas. Saavedra, Región de la Araucanía, Chile. 1994).

Las relaciones interétnicas condicionan una interculturalidad, en la que se reemplaza el etnocentrismo por una relación horizontal y se constituye un mecanismo de convivencia entre las diferentes culturas en contacto, garantizándose que cada una de ellas tenga el espacio para su desarrollo (Cañulef, III Simposio Internacional sobre la Autonomía de la Costa Atlántica de Nicaragua, Octubre 1998). Esto implica el reconocimiento del *otro* como legítimo en la convivencia bajo condiciones de respeto a la diversidad.

La interculturalidad y la salud nace de un doble derecho: el derecho a mantener y a cultivar sus prácticas médicas tradicionales y el derecho establecido en la Constitución Política que establece el derecho del acceso a salud para todos.

²¹ Montufar, C. *Salud, Cultura y Antropología. Texto resumido del módulo de interculturalidad. Maestría de Salud Pública con enfoque intercultural. URACCAN / CIES. 1999. Bilwi*

La comunicación entre las culturas, establecida en la Constitución Política de Nicaragua que reconoce a Nicaragua como país pluriétnico e intercultural, establece la necesidad de un abordaje intercultural de los distintos fenómenos. Es por ello que es pertinente superar las asimetrías existentes en los servicios de salud y permitir que los diferentes grupos y comunidades étnicas aborden los problemas de salud de acuerdo a su propia concepción del mundo, de acuerdo a su propia cosmovisión. Ello no solo contribuye a un enriquecimiento universal sino que fomenta el empodamiento y la sostenibilidad de las acciones.

Un abordaje intercultural de la salud puede no solo contribuir a recuperar, desarrollar y mantener la medicina tradicional y con ello a fortalecer la identidad cultural de las comunidades étnicas y pueblos indígenas, sino que también potencia las capacidades existentes en la sociedad para resolver sus problemas de salud.

Hay una expresa necesidad de la interculturalidad en las acciones de salud debido a:

- La convivencia de diferentes grupos culturales en un mismo territorio, que de hecho interactúan entre si;
- El establecimiento de nuevos marcos jurídicos y legales internacionales y nacionales que reconocen los derechos de los pueblos indígenas y comunidades étnicas;
- La necesidad de la construcción de un modelo de Estado Nación incluyente, en el que la voz de las comunidades étnicas y pueblos indígenas sea valorada por igual.

En el caso de la población de Bitwi, existe el explícito derecho de la población a desarrollar capacidades para resolver los problemas de salud de acuerdo a sus necesidades y realidad, a como queda expresado en la Ley # 28 (Ley de Autonomía), que faculta a los Gobiernos Regionales Autónomos a administrar la salud en coordinación con el Ministerio de Salud y que asimismo establece la potestad para enfrentar los problemas de salud de acuerdo a las propias concepciones culturales.

De acuerdo a estos derechos establecidos, una valoración diferente a la que plantea un Aparato de Gobierno, que fundamentalmente representa la sociedad mestiza del Pacífico, ha de ser favorecida. Debe existir la posibilidad de incidir sobre las diferentes políticas y estrategias por parte de las comunidades étnicas y pueblos indígenas, a fin de que sean parte de un proceso, de que se establezcan como sujetos activos y no como objetos de una intervención. Ello solo es posible desde una visión de interculturalidad, desde un ángulo incluyente.

La Organización Panamericana de la Salud plantea los siguientes elementos a incorporarse en un enfoque intercultural de la salud:²²

- En el concepto de sociedad hace defensa de la diversidad cultural de la nación, la diversidad es fuente de orgullo y riqueza.
- En la definición del concepto de salud-enfermedad, busca la integralidad en su conceptualización y práctica.
- En el código de salud o la legislación se debe dar pleno reconocimiento al ejercicio de la diversidad, el derecho a ser diferente y pensar diferente debe estar explícitamente establecido. La valoración e integración de la medicina indígena y del personal comunitario debe quedar establecida.

²² OPS, Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos. Serie Salud de los Pueblos Indígenas, Washington. 1998

- El sistema de información debe contar con mecanismos e instrumentos que permitan un análisis desagregado para la toma de decisión de acuerdo a los intereses específicos de las diferentes etnias.
- El sistema de Educación en Salud debe ser abierto, aplicando un enfoque universal pero asimismo promoviendo el rescate, la valoración, la investigación, difusión de ciencias y tecnologías indígenas y nacionales. Debe proveer las oportunidades para aplicar el conocimiento indígena de salud.
- La política de desarrollo de los recursos humanos debe contemplar expresamente las necesidades y requerimientos de las diferentes comunidades étnicas y pueblos indígenas, desde la elaboración de los pensum académicos hasta la selección de los recursos.
- El sistema de salud debe ser abierto, incluyente, que reconoce, investiga, respeta y aplica concepciones y prácticas de salud de otras culturas.
- La oferta de servicios de salud debe ser regular, equitativa y con pertinencia cultural.
- Las organizaciones indígenas y de las demás comunidades étnicas deben e tener el derecho a participar en la prestación y organización de los servicios.

En este contexto asimismo es necesario definir el concepto de **población multiétnica**, ya que es ésta la que determina la cosmovisión y por ende el abordaje del problema.

Consideramos que la multiétnicidad se caracteriza por la existencia de varios pueblos o comunidades étnicas que conviven e interactúan de manera dinámica en su vida cotidiana. Las relaciones sociales, la historia, las interrelaciones entre los diferentes grupos y el papel que ha jugado cada uno de estos grupos son determinantes en el comportamiento y el accionar de cada grupo. El reto de una nación multiétnica es por lo tanto lograr el respeto y convivencia de cada una de estas comunidades y pueblos, aceptando su diversidad y dándole a cada una el espacio que requiere.

6.4 Las Jornadas Nacionales de Salud, una estrategia para la ampliación de cobertura

Desde hace cinco años el Ministerio de Salud en Nicaragua ha establecido la realización de Jornadas Nacionales de Salud. Inicialmente se le dio el status de Jornada Nacional de Salud debido a los siguientes razonamientos:

- Se pretendía aprovechar las oportunidades de contacto directo con la población meta para no solo vacunar a los susceptibles, sino también prestar otros tipos de atención. Inicialmente se plantearon acciones de despiojización con Lindane, desparasitación de los menores de seis años, toma de Vitamina A y charlas, además de las vacunaciones.
- La Jornada debía ser nacional, para concentrar los esfuerzos y volcar la iniciativa coordinada de toda la sociedad hacia las acciones de salud.
- Se pretendían hacer varias jornadas a lo largo del año para garantizar la cobertura y los intervalos necesarios para las inmunizaciones.

Inicialmente se realizaron dos jornadas de dos días cada una (generalmente un fin de semana) con un intervalo de seis semanas, realizando una acción de rescate al fin del año. Estas jornadas fueron planificadas y programadas por el Nivel Central del Ministerio de Salud, asignándose partidas presupuestarias para tal efecto a las unidades ejecutoras por medio de los diferentes SILAIS.

A partir del año 2000 el Ministerio de Salud dispuso la realización de dos Jornadas anuales con una duración de un mes cada una y días centrales en los que se intensifican las acciones. Esta modalidad promete una mayor flexibilidad a nivel de los territorios y posibilita una mejor organización del trabajo, sobre todo en territorios de gran dispersión demográfica y una red débil de las estructuras del estado. El objetivo principal de las Jornadas Nacionales de Salud es la ampliación de cobertura de las inmunizaciones y el suministro de Vitamina A, a como se desprende de los documentos del Ministerio de Salud. De acuerdo al documento guía de las Jornadas Nacionales de Salud, las razones por las cuales se adopta esta estrategia son:

- La administración de vacunas del PAI en el mayor número de niñas y niños en el menor tiempo posible, produce una rápida disminución de susceptibles.
- En el caso de la vacuna antipolio una extensa diseminación del virus vacunal permite mantener desplazados a los virus entéricos y tiende a inmunizar a los niños no vacunados por algún motivo.²³

La **organización** de las Jornadas Nacionales de Salud es caracterizada por la existencia de una Comisión Nacional, en la que están representados el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Presidencia, el Ministerio de Educación, la Sociedad de Pediatría, la Asociación de Enfermería, la Organización Panamericana de la Salud, entre otros, comisiones a nivel de los SILAIS, en las que se encuentran representadas las delegaciones departamentales de los diferentes entes estatales y comisiones municipales, que en lo fundamental se encargan de la ejecución. El ente ejecutor de las Jornadas Nacionales de Salud es el Ministerio de Salud que se apoya en las diferentes estructuras creadas, asumiendo la Dirección General de Higiene y Epidemiología la gerencia técnico-ejecutiva de las actividades. Cada una de estas comisiones sería dividida en los diferentes niveles en las siguientes sub-comisiones:

- de planificación y evaluación
- de reclutamiento, selección y capacitación del personal
- de supervisión de las acciones
- de suministro y logística
- de Promoción y difusión
- de finanzas

Se plantea para estas Jornadas la creación de Puestos de Atención en los diferentes barrios, comarcas y comunidades con una capacidad de cobertura de 200 niños al día. Estos puestos serían complementados por acciones de "barrido" al finalizar el período.

Ventajas	Desventajas
Contribuye a concientizar a la población sobre la necesidad de la vacunación	Se dificulta mantener el interés de la población
Aprovecha el contacto con la población	No profundiza en las acciones de promoción
Contribuye a la coordinación intersectorial y movilización de recursos y capacidades	La concentración en las jornadas debilita las demás acciones en salud
Permite complementar las deficiencias de las demás estrategias	Alto costo en valor absoluto
Permite penetrar en territorios no regularmente atendidos	Interfiere con las acciones rutinarias

²³ MINSA, Manual para la Organización de las Jornadas Nacionales de Salud, Managua, 2000

Las vacunas, consideraciones generales y esquemas de vacunación

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo, la OMS y la OPS. Su propósito es reducir muertes y los casos de enfermedad que puedan ser prevenidas mediante la inmunización. Hasta el año 1998 eran seis las enfermedades objeto del programa:

- sarampión
- tos ferina
- poliomielitis parálitica
- tuberculosis
- tétano
- difteria

A partir del año 1999 se complementaron las acciones con biológicos contra Hepatitis B, Meningitis y Neumonía causadas por haemophilus influenza, Rubeola y Parotiditis, al integrarse las vacunas pentavalente y MMR.

A como se puede observar, el tipo de vacunas ha variado en los últimos años. Esto se debe fundamentalmente a que se han diseñado nuevos biológicos y que existen fuentes de financiamiento externas para su adquisición.

En la actualidad el Ministerio de Salud plantea el siguiente esquema de vacunación²⁴:

Vacuna	Enfermedad que previene	Edad de inicio de vacunación	# dosis	Vía de administración	Cantidad a aplicar	Intervalo mínimo	Reactivación
BCG	Formas graves de Tuberculosis	Recién Nacidos	1 dosis	Intradérmica	0.05 cc	Dosis única	Ninguna
Antipoliomielítica	Polio	2 meses	3 dosis	Oral	2 gotas	4 semanas	Dosis adicional durante cada JNS
DPT	Difteria Tos ferina Tétanos			Intramuscular	0.5 cc	4 semanas	1 dosis al año después de la tercera dosis de pentavalente
Pentavalente	Difteria Tos ferina Tétanos Meningitis Neumonía	2 meses	3 dosis	Intramuscular profunda, cara anterolateral del muslo	0.5 cc	4 semanas	Ninguna
MMR	Rubéola Sarampión Parotiditis	12 meses	1 dosis	Subcutánea	0.5 cc	Dosis única	Ninguna
DT	Tétanos Difteria	6 años	1 dosis	Intramuscular glúteo o brazo	0.5 cc	4 semanas	Si no tiene registro de haber recibido DPT, aplicar 2da dosis
		May. 10 años	2 dosis	Intramuscular glúteo o brazo	0.5 cc	4 semanas	Una dosis al año después de la 2da dosis. MEF una dosis cada embarazo

²⁴ Esquema iniciado en el 99 (Seminario taller MINSa: Prevención del cólera, nuevos horizontes en inmunizaciones)

Definiciones y Generalidades

Cobertura: porcentaje de vacunados en la población objeto del programa sujeta a vacunación

Tasa de ataque en no vacunados: % de personas no vacunadas que presentaron la enfermedad

Tasa de ataque en vacunados : % de personas vacunadas que enfermaron

Inmunización activa: estimulación de la inmunidad por medio de un antígeno

Inmunización pasiva: lograda por la introducción de anticuerpos formados en otro organismo

Efecto directo: protección de la persona vacunada

Efecto indirecto: protección del no vacunado por la creación de una barrera y la interrupción de la cadena de transmisión.

Las diferentes estrategias de vacunación

De acuerdo al Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), existen en lo fundamental tres estrategias para la oferta de vacunas a la población:²⁵

Acciones de vacunación de forma permanente, que consisten en la aplicación de todos los biológicos durante todos los días hábiles del año con la finalidad de mantener coberturas útiles de vacunación y disminuir la morbi-mortalidad. En esta forma se debe aprovechar cualquier contacto que la población meta tenga con el sistema.

Ventajas

Permite la integración rutinaria de la población

Modifica las actitudes de la población, Corresponsabilizándola en el proceso

Permite la atención integral de los pacientes, siendo un componente de ellas

Permite mejores niveles de calidad de los procedimientos

Desventajas

No responde a necesidades de emergencia

Se requiere de la presencia permanente

Se requiere de un modelo de atención pertinente

No responde en momentos de crisis (migraciones masivas p.ej.)

Acciones de vacunación intensiva (jornadas), que significan la movilización masiva y ordenada de la población en un período corto de tiempo, con el fin de aplicar el mayor número posible de dosis de vacuna, contando con la participación de los mas diversos grupos de la comunidad intra y extrasectoriales y con una acción muy decidida de los medios de comunicación masiva. El objetivo es el aumento de las coberturas de vacunación en períodos cortos, complementar las deficiencias de la infraestructura del Sistema de Salud y adelantarse a las épocas de mayor incidencia de la enfermedad.

Ventajas

Contribuye a concientizar a la población sobre la necesidad de la vacunación

Contribuye a la coordinación intersectorial y movilización de recursos y capacidades

Permite complementar las deficiencias de las demás estrategias

Desventajas

Se dificulta mantener el interés de la población

La concentración en las jornadas debilita las demás acciones en salud

Alto costo en valor absoluto

²⁵ PAI, Estrategias y tácticas de vacunación. Managua, 1992

Permite penetrar en territorios no regularmente atendidos

Acciones de vacunación emergente bloqueo/ operación barrido, se refiere a la vacunación intensificada casa por casa de la población objetivo presente y residente en los domicilios de los municipios o territorios definidos como de alto riesgo por la presencia de casos o por bajas coberturas, en un período de corto tiempo. Su finalidad es interrumpir la transmisión de la enfermedad en un lapso breve, además de desarrollar las actividades de rutina y tratando de alcanzar las mejores coberturas de vacunación posibles.

Ventajas

Permite las coberturas totales de las poblaciones meta

Permite la búsqueda activa de casos

Permite incremento de coberturas

Permite la combinación de acciones interprogramáticas

Desventajas

Exige grandes recursos humanos y financieros

Contribuye a transformar a la población en un ente pasivo en las acciones en salud

En lo fundamental, las tácticas son las siguientes:

Estrategia

Tácticas

Permanente

Demanda espontánea
Captación
Seguimiento
Canalización
Reducción de oportunidades perdidas

Intensiva

Jornadas de vacunación:

- nacional
- regional
- local

casa por casa
micro concentración
brigadas de penetración

Emergente

Bloqueo /
Operación barrido

casa por casa
puestos móviles / barrera sanitaria
rastreo

6.5 Marco Legal

La Constitución Política de Nicaragua establece en su artículo 180 el régimen de autonomía para los pobladores de las comunidades de la costa caribe Nicaragüense.

La ley da autonomía en su Capítulo 11, arto. 8 inciso 2, establece que le corresponde a los órganos administrativos de las regiones autónomas administrar la salud, educación, bienestar social y transporte en coordinación con el ente de estado correspondiente. Establece también que la administración debe ser de acuerdo a la realidad y necesidad de cada pueblo indígena y comunidad étnica que vive en la región.

El mismo Capítulo 11 arto. 23 inciso 1 establece que es atribución de los Consejos Regionales Autónomos regular mediante resoluciones y ordenanzas, los asuntos regionales que le competen de acuerdo al arto. 8 del Estatuto de Autonomía.

Este proceso de resoluciones y ordenanzas una vez aprobado por el Consejo Regional Autónomo, regula y legaliza el que hacer de las instituciones del Gobierno Central en la región.

En base ha este proceso el Consejo Regional Autónomo en el año 1997, aprobó el modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte, donde contempla entre sus principios los siguientes:

- ◆ La atención en salud debe ser integral, es decir considerar los elementos de rehabilitación, prevención, y de promoción haciendo énfasis en los dos últimos.
- ◆ Se debe garantizar de manera sistemática la participación social y en especial el de los pueblos indígenas y comunidades étnicas en todo el proceso.
- ◆ Se debe promover la participación social.
- ◆ Las acciones deben responder al principio de la reciprocidad, es decir que si bien la salud responsabilidad de la sociedad civil, la estructura de gobierno debe asumir el rol como gestor, normador y supervisor.
- ◆ La equidad en la atención en salud es un elemento primordial, priorizándose:
 1. Al binomio Madre-Niño.
 2. La población perteneciente a las comunidades étnicas.
 3. Los grupos poblacionales productivos en la pesca, minería y trabajo forestal,
- ◆ Toda la población, y en especial los grupos desprotegidos deben tener acceso a la atención básica en salud. Refiriéndose a lo económico, geográfico, social y cultural.

7. HIPOTESIS

Las Jornadas Nacionales de Salud, como estrategia para poder aumentar la cobertura de los servicios y facilitar la accesibilidad de los mismos, ha sido implementada desde 1995, luego de que durante los años 1980 a 1994 se ejecutara una estrategia estrictamente diseñada hacia el aumento de cobertura del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). La justificación de la adopción de la nueva estrategia se basa en el planteamiento de que las oportunidades de contacto con la población deberían ser aprovechadas.

En la actualidad en una y otra oportunidad surgen contradicciones manifiestas por los equipos de terreno del Municipio de Puerto Cabezas en el sentido, de que debido a la planificación centralizada de las Jornadas Nacionales de Salud, se interrumpe el trabajo sistemático con la población de los barrios que atiende. Por otro lado queda expreso, que la metodología de las Jornadas Nacionales de Salud no llena las expectativas de los usuarios internos, en lo que refiere a los elementos relacionados a la atención integral, es decir que el elemento justificador de las oportunidades aprovechadas no se cumple a satisfacción. Otro elemento que al parecer no satisfacen las Jornadas Nacionales es la falta de adaptación a un medio que se caracteriza por una población multiétnica e intercultural.

El presente trabajo pretende valorar el grado de utilidad de la estrategia para lograr aumentos de cobertura en los servicios de salud, a fin de poder determinar la validez de la misma bajo condiciones, donde el medio socio - cultural es dispar al del resto del país y en un sector en el cual se ha venido promocionando el establecimiento de un modelo de salud acorde a esa realidad.

La hipótesis de trabajo es por ende:

Las Jornadas Nacionales de Salud son una buena estrategia para ampliar la cobertura de inmunizaciones y complementar las acciones relacionadas a las mismas. Como una estrategia para ofrecer un paquete integral de atención al binomio madre-niño considerando las características particularidades de la población multiétnica e intercultural en Bilwi, sin embargo son insuficientes y deben ser adecuadas.

8. DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio cuanti-cualitativo de corte transversal, en el que la percepción de la población beneficiaria y la del grupo de trabajadores / as de la salud involucrados/as desempeñan un papel preponderante. Se planteó estudiar la efectividad y aceptabilidad de la estrategia **Jornada Nacional de Salud** en el casco urbano de Bitwi, Región Autónoma del Atlántico Norte durante el año 2000.

Población del estudio

La población de la investigación son los aproximadamente 24,000 habitantes del casco urbano de la ciudad de Bitwi.

Período del estudio

El período del estudio abarcó del 15 de mayo al 15 de septiembre del año 2000.

Fuentes de información

Durante el estudio se utilizaron fuentes primarias y secundarias. Las fuentes primarias son actores sociales como trabajadores y trabajadoras de la salud, funcionarios y funcionarias dirigentes del Ministerio de Salud, representantes de la población beneficiada, instituciones vinculadas al proceso de salud. Como fuentes secundarias se utilizaron informes técnicos del Ministerio de Salud, documentos evaluativos, estadísticas y censos disponibles en el municipio y la información oficial de las Jornadas de Salud.

Criterios de selección de Informantes

Se seleccionó el personal informante de acuerdo a los siguientes criterios:

Entrevistas a personal de enfermería del municipio de Puerto Cabezas:

Personal de enfermería que labora en el municipio. Se seleccionaron un total de 10 enfermeras que trabajan en el terreno (10 % del personal de terreno) con criterios de conveniencia, siendo elementos importantes a) que trabaje en alguno de los barrios o que se desempeñe en un programa, b) que tenga al menos seis meses de desempeñar su cargo, c) que esté anuente a participar en la encuesta. Asimismo se entrevistaron 8 enfermeras del Hospital que durante las Jornadas de Salud estuvieron involucradas en el proceso.

Entrevistas con personal de dirección del MINSA:

Personal de dirección relacionado con el trabajo de barrio. Se seleccionaron cinco personas que se desempeñan a nivel de dirección intermedia en los programas de salud del MINSA Municipal.

Entrevistas a grupos focales:

Se entrevistaron tres grupos focales compuestos por a) agentes de medicina tradicional, que se encuentran organizados en un grupo de trabajo coordinado por el Instituto de Medicina Tradicional, b) representantes de la población creole del barrio San Luis y c) representantes de la población de los barrios atendidos por el Centro Clínico Bitwi (Revolución, El Cocal, Santa Inés y 19 de Julio).

Método de recabación de información

Para recabar la información se realizaron las siguientes actividades:

Una encuesta a personal de salud que trabaja en el terreno (enfermeras y auxiliares de enfermería). Esta encuesta se realizó de manera individual de acuerdo a un cuestionario preestablecido y validado previamente con preguntas semiabiertas y abiertas. La entrevista se realizó por personal previamente capacitado que dispone de suficiente capacidad técnica (enfermeras locales). El idioma utilizado para la entrevista fue el materno de cada persona entrevistada, anotándose la respuesta en español.

Entrevistas individuales al personal dirigente de la salud con una guía de preguntas preestablecida y validada. Se utilizó una micrograbadora con anuencia del / la entrevistado/a.

Entrevistas colectivas a grupos focales con una guía validada, realizada en el idioma materno de los/las entrevistados / as. Se utilizó una micrograbadora con anuencia del / la entrevistado/a.

El diseño: La encuesta y las guías son diseñadas en base a experiencias obtenidas en el estudios previos en el barrio San Luis y el barrio El Cocal de la ciudad de Bilwi. Posterior a una discusión con el equipo técnico de la Clínica Bilwi, se adecuó de acuerdo al siguiente procedimiento:

1. Identificación de áreas o conceptos a cuestionar
2. Reformulación de las preguntas considerando los elementos de validación, claridez y adaptación al lenguaje y la idiosincrasia. Las preguntas en su mayoría son semi abiertas.
3. Estructuración del cuestionario
4. Traducción al miskito por personal capacitado

Posteriormente se efectuó una capacitación al personal encuestador sobre el uso adecuado del instrumento, determinándose la necesidad de que las preguntas fueran realizadas tal como estaban escritas, debiéndose asimismo anotar la contestación en las mismas palabras del encuestado, dejando la interpretación a un posterior análisis

Se utilizó la siguiente matriz para operacionalizar las variables /descriptores

MATRIZ DE OBTENCION DE INFORMACION

- **Objetivo específico # 1:** Caracterizar la percepción de los usuarios en relación a las Jornadas Nacionales de Salud.

Componentes	Descriptor	Fuente	Técnica	Instrumento
1.1 Aceptabilidad	Respeto a costumbres y actitudes Integración y participación social Participación en la planificación conjunta de actividades Concurrencia Niveles de satisfacción de los beneficiarios Niveles de satisfacción del personal de salud	MINSA Población beneficiaria Agentes tradicionales	Entrevistas a grupos focales Entrevistas a personal de salud	Guías de entrevista Cuestionarios
1.2 Efectividad	Nivel de cumplimiento de metas Cobertura Cumplimiento de normas Y procedimientos	MINSA Grupos focales Informes	Entrevistas a grupos focales Entrevistas a personal de salud Revisión documental	Guías de entrevista Cuestionarios

MATRIZ DE OBTENCION DE INFORMACION

Objetivo específico # 2: Valorar la eficacia de los diferentes componentes de las Jornadas Nacionales de Salud.

Componentes	Descriptor	Fuente	Técnica	Instrumento
2.1 Eficacia de las inmunizaciones	Cobertura por tipo de vacuna Disponibilidad material y calidad de manipulación Participación social	MINSA Población	Entrevistas Revisión de información	Guías
2.2 Eficacia Vit. A	Cobertura Conocimiento de normas de aplicación Disponibilidad	MINSA Población	Entrevistas Revisión de información	Guías
2.3 Eficacia tratamientos antiparasitarios	Conocimiento de normas de aplicación Disponibilidad Capacitación a beneficiarios Incidencia sobre comportamientos y hábitos sanitarios	Población MINSA	Entrevistas Revisión de información	Guías

MATRIZ DE OBTENCION DE INFORMACION

Objetivo específico # 3: Valorar los niveles de compatibilidad de la estrategia con grupos metas de características socio-culturales distintas a las de la mayoría del país.

Componentes	Descriptor	Fuente	Técnica	Instrumento
3.1 Compatibilidad	Participación social efectiva Inclusión de elementos tradicionales	Población beneficiada Personal MINSA	Entrevistas Observación Documentación	Guías
3.2 Fomento de tradiciones y cultura	Conocimientos sobre la cosmovisión indígena por parte del personal de salud Referencia a tradiciones y actitudes en las acciones	Población beneficiada Personal MINSA	idem	Guías

MATRIZ DE OBTENCIÓN DE INFORMACION

Objetivo específico # 4: Identificar elementos de beneficio de las Jornadas de Salud para el trabajo sistemático en salud integral en un territorio caracterizado por su interculturalidad y perfil poblacional multiétnico.

Componentes	Descriptor	Fuente	Técnica	Instrumento
4.1 Ampliación de cobertura	% de cobertura % de cobertura territorial	MINSA	Documentación	Informes MINSA
4.2 Sensibilización social	Nivel de participación de la sociedad Tipo de acciones en la participación social	MINSA Población beneficiada Personal de salud	Entrevistas	Guía
4.3 Promoción de formas de vida sanas	Tipo de acciones realizadas durante la JNS Tiempo disponible por beneficiario para acciones de salud integrales Tipo de capacitación realizada al personal de salud Tipo de divulgación	MINSA Población beneficiada Personal de salud	Idem	Guía
4.4 Generación de capacidades sostenibles	Estructuras estables creadas Personal voluntario capacitado Integración interinstitucional	Idem	Idem	Idem
4.5 Empoderamiento social	Participación social en las diferentes actividades y toma de decisión	Idem	Idem	Idem

MATRIZ DE OBTENCION DE INFORMACION

Objetivo específico # 5: Identificar los factores que inciden sobre la calidad de la ejecución de las estrategias

Componentes	Descriptor	Fuente	Técnica	Instrumento
5.1 Cobertura	% de atendidos de la población meta % de barrios atendidos	MINSA Población beneficiada	Documentación	Guía de Revisión y análisis
5.2 Integralidad	Tipo de acciones realizadas Nivel de preparación del personal Materiales disponibles	MINSA Trabajadores / as de salud Población beneficiada	Entrevistas Encuestas	Guías y cuestionarios
5.3 Aceptación	Nivel de satisfacción de los usuarios Nivel de participación social	Idem	Idem	Idem
5.4 Aplicabilidad intercultural	Nivel de conocimiento de la Cosmovisión de los beneficiarios Coordinación con agentes tradicionales Respeto a tradiciones y costumbres	Idem	Idem	Idem
5.5 Sostenibilidad	Creación de estructuras sostenibles Nivel de empoderamiento social	Idem	Idem	Idem

Procedimiento de análisis

Para analizar la información obtenida se utilizó el software EPI Info6, ordenándose los descriptores de acuerdo a los diferentes tópicos y pertinencia.

Toda información en primera instancia fue discutida por el equipo de trabajo y posteriormente con la población implicada.

Para el control y disminución de sesgos se trianguló la información, asegurándose diferentes fuentes de información y la retroalimentación hacia la población implicada.

Criterios éticos

- Valen en lo esencial los siguientes criterios:
- Respeto a tradiciones, lengua y costumbres
- Amplia información sobre objetivos, metodología, implicaciones de la investigación
- Retroalimentación a los/las implicados / as
- Discusión sobre las recomendaciones con la población implicada

10. RESULTADOS

10.1 CARACTERIZACION DEL PERSONAL ENCUESTADO Y DE LOS GRUPOS FOCALES

Antes de plasmar los resultados es pertinente caracterizar al personal que ejecuta las acciones durante las Jornadas Nacionales de Salud en la ciudad de Bilwi, así como a las personas entrevistadas en los grupos focales y/o entrevistas a profundidad.

Personal de enfermería encuestado

Del total de las 23 personas encuestadas del personal de enfermería, 21 eran del sexo femenino (91 %) y 2 del sexo masculino (8.7 %). En cuanto a la edad, 10 (43.5 %) se encontraban en el grupo etáreo de 31 a 35 años, 5 (21.7 %) entre 20 y 25 años, 4 (17.4 %) eran mayores de 35 años, 3 (13 %) tenían entre 26 y 30 años y solo una persona era menor de 20 años.

En cuanto a su **origen**, la mayor parte era de Bilwi o sus comunidades aledañas (15 personas para un 65.7 %), 6 (26.1 %) provenían del Río Coco, y una persona respectivamente era del sector de las Minas y del Pacífico.

En relación a la **permanencia en Bilwi**, el 73.9 % (17 personas) tenía mas de diez años de vivir en Bilwi al momento de la encuesta, 3 (13 %) de cinco a diez años, 2 (8.7%) de tres a cinco años y solo una persona menos de tres años.

En relación a la **religión** que el persona encuestado profesa, el 60.9 % (14 personas) refirió pertenecer a la Iglesia Morava, el 21.7 % (5 personas) a la Iglesia Católica y una persona respectivamente (4.3%) a las iglesias Adventista, Evangélica, Testigos de Jehová y Anglicana.

En cuanto a su **pertenencia étnica**, el personal encuestado reflejó el siguiente perfil: 16 (69.6%) refirieron ser miskitos/as, 6 (26.1%) mestizas/os, no contestando una persona.²⁶

Los **idiomas** que el personal encuestado maneja son los siguientes: solo español cuatro personas (17.4 %), miskito y español quince personas (65.2 %) miskito, inglés y español cuatro personas (17.4 %).

De acuerdo al **lugar de trabajo**, nueve personas (39.1%) laboran en el Hospital Regional, once (47.8 %) en el Centro de Salud de Bilwi y 3 (13 %) en Clínicas Privadas.

En relación a su **perfil de trabajo**, nueve (39.1 %) son enfermeras de terreno, siete (30.4 %) pertenecen al mando intermedio, seis (26.1 %) trabajan en la atención directa de pacientes (consultorio o encamados) y una persona se dedica a otra ocupación.

De acuerdo a su **perfil profesional**, del personal encuestado, el 60.9 % (14 personas) refirió ser auxiliar de enfermería, el 34.8 % (8 personas) enfermeras técnico medio o superior y una persona licenciada en enfermería.

Observamos entonces que la enfermera típica encuestada es mayor de 30 años, miskita, oriunda del territorio o con mas de diez años de vivir en el lugar, bilingüe miskito español y de religión Morava.

²⁶ Mando intermedio es el personal responsable de programas o sectores.

Personal médico entrevistado

El personal médico entrevistado era, sin excepción oriundo del Pacífico (dos de Chinandega, uno de León, una de Managua y uno de Masaya), con una permanencia promedio 7.8 años en la región (máximo 15 años, mínimo 4 años), perteneciente a la étnia mestiza, siendo su lengua madre el español (solo una de las personas hablaba además el inglés) y todos profesantes de la religión católica. En cuanto a su perfil profesional eran:

- El jefe de servicio Medicina Interna del Hospital Regional y presidente de Comité de Infección intrahospitalaria.
- un Médico Asistencial del Centro de Salud E. Wrights Hodgson
- el responsable de médicos del Hospital Regional
- el Coordinador de la Comisión de Lucha Contra El SIDA, Centro Clínico Bilwi
- el médico asistencial del Centro Clínico Bilwi

Grupos focales

	Agentes Tradicionales de Salud	Madres miskitas	Madres mestizas	Comunidad Creole
Edad Promedio	45 años	29 años	33 años	
Procedencia	2 Pto. Cabezas 3 Río Coco	5 Pto. Cabezas 2 Waspam	2 Puerto Cabezas 1 Juigalpa 1 Honduras 1 Waspam	
Barrio donde vive	3 El Cocal 1 El Muelle 1 P. Ferrera	5 El Cocal 1 Revolución 1 Santa Inés	2 El Cocal 4 Santa Inés	
Tiempo promedio de vivir en Bilwi	12 años	14 años	10 años	
Lugar de Trabajo	5 en casa 1 en O.N.G	5 casa 2 instituciones	6 casa 1 institución 1 pulpería	
Idiomas que hablan	3 bilingües 2 trilingües	3 trilingües 2 bilingües	Español	
Religión	4 Moravos 1 Católico	6 Moravos 1 Igl. De Dios	2 Moravos 1 Testigo de Jehová	Moravo
Sexo	3 mujeres 2 hombres	7 mujeres 0 hombres	8 mujeres	7 mujeres 2 hombres
Etnia	5 Miskitos	7 Miskitos	8 Mestizos	Creole

Con el fin de identificar mejor y mas fácilmente los resultados obtenidos, en el presente capítulo visualisaremos con los siguientes colores a los diferentes grupos entrevistados o encuestados:

azul al personal de enfermería,

verde al personal médico

rojo la población beneficiaria

lila la información oficial

10.1 SOBRE LA ACEPTABILIDAD DE LAS MEDIDAS

En las entrevistas a grupos focales, estos contestaron a la pregunta sobre su opinión de las Jornadas Nacionales de Salud:

Agentes tradicionales de Salud: "Las medidas son buenas. Participan las enfermeras vacunando a los niños. A algunas personas no les gusta que vacunen a sus hijos porque les da calentura y muchas veces no les explican porqué."

Las madres miskitas refirieron que "son buenas. Ayudan a evitar las enfermedades. Es importante porque dan pastillas para los parásitos y vitaminas. También se limpia el barrio y se fumiga contra los zancudos. Se quema y bota la basura."

Las madres mestizas refirieron que "es importante porque se hace varias cosas, vacunar, limpieza del barrio y se dan pastillas."

Los miembros de **la comunidad creole** refirieron que las JNS "son buenas, ayudan a evitar que se enfermen los niños."

Con respecto a la aceptabilidad de las JNS, el **personal médico** es de la opinión que la mayoría de la población las ve positivas y participa, aunque al inicio había problemas porque algunos "manejaban que las vacunas eran para que no tuvieran hijos, lo que causó dificultad en su momento"

Sobre que **estructuras comunitarias** participan en las JNS, el 56.5 % del personal de enfermería encuestado (11 personas) refiere que son los profesores, pastores, consejos de ancianos), el 21.7 % (5 personas) que son los whistas²⁷, parteras y curanderos, el resto no contesta o no sabe.

Sobre **la forma de participar** de estas estructuras, 12 personas encuestadas (52.2 %) manifiestan que coordinan las acciones en la comunidad y el barrio, 5 personas (21.7 %) que cargando el termo, 4 personas (17.4 %) controlando las acciones, no contestando dos personas.

10.2 SOBRE LA EFECTIVIDAD DE LAS MEDIDAS

La encuesta al **personal de enfermería** reflejó con relación a la **frecuencia de JNS anuales** que, 18 personas (81.8 %) manifestaron que hay dos actividades de este tipo al año, tres personas (13.6 %) dijeron que hay tres jornadas cada año, una persona (4.5 %) manifestó que hay una, no contestando una persona.

Al encuestarse al personal de enfermería sobre la **actividad mas importante durante las JNS** 21 personas (91.3%) refirieron que es la aplicación de vacunas a menores de cinco años, nueve (39.1 %) mencionaron la aplicación de antiparasitarios, cinco (21.7 %) la administración de Vitamina A y ocho personas (34.8 %) mencionaron otros aspectos como limpieza de los barrios, charlas, despiojización, aplicación de cloro, vacunación a mujeres en edad fértil.

En relación a **los aspectos mas importantes de las JNS**, el 78.3 % (18 entrevistados/as) reflejaron que es la inmunización, el resto reflejó que las charlas eran lo mas importante. Tanto la aplicación de Vit. A, la desparasitación y la aplicación de cloro fueron consideradas en segundo plano.

Por otro lado, **el personal médico** entrevistado es de la opinión que lo mas importante de las JNS deben ser las charlas, siguiendo la tarea de Inmunización, la aplicación de Vitamina A, la desparasitación y la entrega de Cloro, en ese orden-

En las entrevistas a grupos focales, sobre qué se hace en las Jornadas Nacionales de Salud, estos refirieron:

²⁷ Whista tara es el sabio, el gran jefe en la comunidad

Agentes tradicionales de Salud: "Se vacunan a veces, se hacen jornadas de limpieza y se clora el agua".

Las **madres miskitas** dijeron que "vacunan a los niños y adultos. Vacunan a mujeres embarazadas, dan vitaminas y pastillas para sacar los parásitos. Visitan los barrios y hacen jornadas de limpieza. Ponen abate en el agua y en los charcos."

Las **madres mestizas** refirieron que "vacunan, hacen jornadas de limpieza, desparasitan, se dan vitaminas a niños y embarazadas, abatizan los pozos, charcos, fumigan y cloran el agua."

La **comunidad creole** manifestó que "vacunan, dan pastillas para los parásitos, a veces ponen tratamiento a los pozos."

Por otro lado en la pregunta control (Qué más se debería de hacer en las Jornadas?), los grupos focales manifestaron lo siguiente:

Agentes Tradicionales de Salud: La limpieza del barrio. "Hay que evitar que haya mucha suciedad. Limpieza del agua de beber, hay que ayudar a la gente a tomar agua limpia."

Las **madres miskitas** refirieron que " Lo más importante es vacunar y hacer limpieza."

Las **madres mestizas** dijeron que " hay que limpiar los patios, quemar las basuras, chapear los predios, limpiar las calles. La alcaldía debe multar a los que no cumplen con la orientación de las jornadas de limpieza, aunque sea con la policía."

La **comunidad creole** dijo que hay que "hablar con el alcalde y los concejales, para hacer jornadas de limpieza."

En relación a **los principales problemas** que se enfrenta durante la JNS, en la encuesta al personal de enfermería, 8 personas (34.8 %) manifiesta que hace falta medicamentos, 6 (26.1 %) refieren la falta de presupuesto, 5 (22 %) la llegada tardía de los materiales, 3 (13 %) la falta de cooperación de la sociedad civil, 2 (8.7 %) la falta de apoyo de las instancias de gobierno, mencionándose asimismo problemas relacionados al clima, a la falta de cooperación de los padres de familia, la falta de medios de transporte y de termos.

Por otro lado el **personal médico** entrevistado manifestó que " los presupuestos y los fármacos nunca son suficientes."

Asimismo el personal médico opinó que "hay deficiencia en la coordinación entre el Hospital y el Centro de Salud, hay como una desvinculación, se les invita para capacitación a los del hospital pero sólo sobre las dosis a aplicar. No hay sistematización de la experiencia, no se plantean metas, ni objetivos. Mas bien se busca al recurso humano del hospital, al que se le asignan barrios".

Sobre **los logros mas importantes** de las JNS, 14 personas entrevistadas (el 60.9 %) dijeron que de esta manera se evitan enfermedades inmunotransmisibles, siete (30.4 %) mencionaron la vacunación en sí y cuatro la vacunación a mujeres en edad fértil (17 %).

En relación al **apoyo que reciben las JNS de parte de otras instancias del estado**, 10 enfermeras encuestadas (45.5%) dijeron que de vez en cuando, 5 que si y 5 que no.

Sobre **el tipo de apoyo** que recibieron las JNS de parte de otras estructuras no afines el Ministerio de Salud, el 40.9 % del personal de enfermería^a encuestado (9 personas) nombraron el transporte, 3 personas (13.6 %) combustible, mientras que el resto no sabía.

En relación al **cumplimiento de metas** durante las JNS, nueve personas encuestadas (el 39.1 % del personal encuestado) piensa que no, seis personas refieren que a veces (26.1 %), cinco personas (21.7 %) que si, mientras que el resto refiere no saber.

El **personal médico** entrevistado es de la opinión que inclusive se sobrecumplen las matas, pero esto se debe a que no existen registros ni censos adecuados.

Sobre el conocimiento de las **normas de inmunización**, el 78.3 % del personal de enfermería encuestado (18 personas) refiere conocerlas, 4 personas (17.4 %) que no las conocen, no contestando una persona.

En relación a las **normas de aplicación de Vitamina A**, el 73.9 % (17 personas) del personal de enfermería encuestado refiere que si las conoce, el 26.1 (6 personas) que no las conoce.

En relación a las **normas de aplicación de antiparasitarios**, el 78.3 % del personal de enfermería^a refiere conocerlas (18 personas) y el 21.7 % (5 personas) desconocerlas.

En cuanto a la **disponibilidad de las normas**, el 60.9 % de los/las encuestados/as refiere que si existen las de inmunizaciones, mientras que solo sabe el 47.8 % (11 personas) de la existencia de normas de aplicación de Vit. A y 56.5 % (13 personas) de normas para el uso de antiparasitarios.

Por otro lado, el **personal médico** entrevistado es de la opinión que no se aprovecha la oportunidad para capacitación a la población. "Se desparasita pero sin dar las charlas, la población cree que con el antiparasitario se le resuelve el problema, no cambian sus hábitos, entonces sólo se gasta dinero."

En relación a la **capacitación previa a las JNS**, el 86.4 % (19 personas) del personal de enfermería encuestado afirmaron haber recibido talleres y solo una persona no había participado en la capacitación. Las otras dos personas no contestaron esta pregunta.

En relación a la **capacitación de los/las voluntarios/as** previo a las JNS, 13 de las personas del personal de enfermería encuestadas (59.1%) afirmaron que el personal voluntario recibe un mes antes de la JNS una capacitación, 9 (40.9%) negaron dicha capacitación mientras que el resto no sabía.

Finalmente es imprescindible remitirnos a la información suministrada por las estadísticas del Ministerio de Salud en la RAAN, a fin de valorar la efectividad de las JNS en relación al trabajo sistemático. Observamos el siguiente comportamiento:

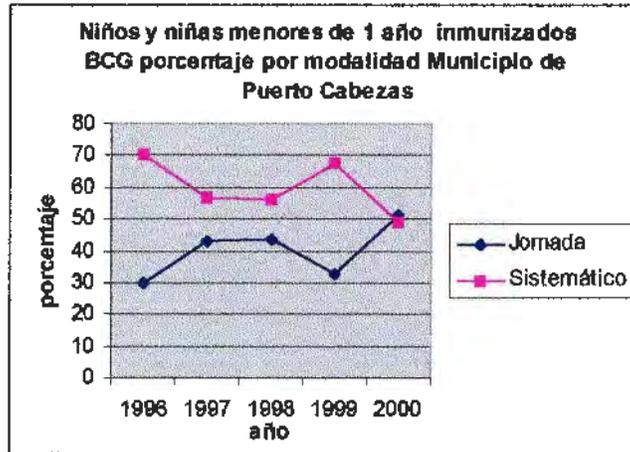
Gráfica # 1



Fuente: MINSA SILAIS RAAN

Observamos en la gráfica # 1 que en los años en que se utilizaba la vacuna antisarampionosa (desde el 99 la vacuna contra el sarampión es parte de la vacuna pentavalente), la modalidad sistemática predominaba.

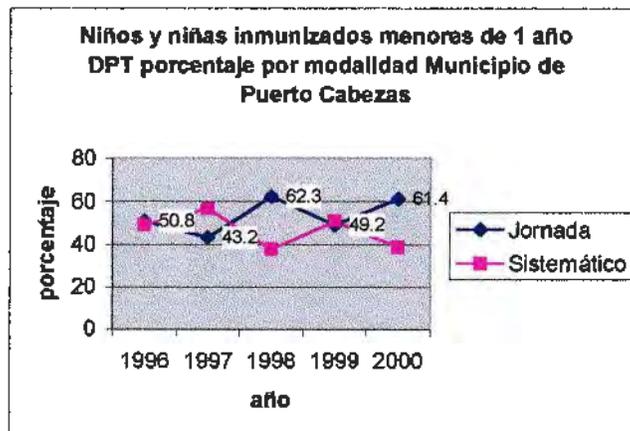
Gráfica # 2



Fuente : MINSA SILAIS RAAN

De igual manera en los/las menores de un año se observa un predominio de la vacunación sistemática con BCG (gráfica # 2), lo que tiene una estrecha relación con los partos hospitalarios, ya que este es un biológico aplicado poco tiempo luego del nacimiento.

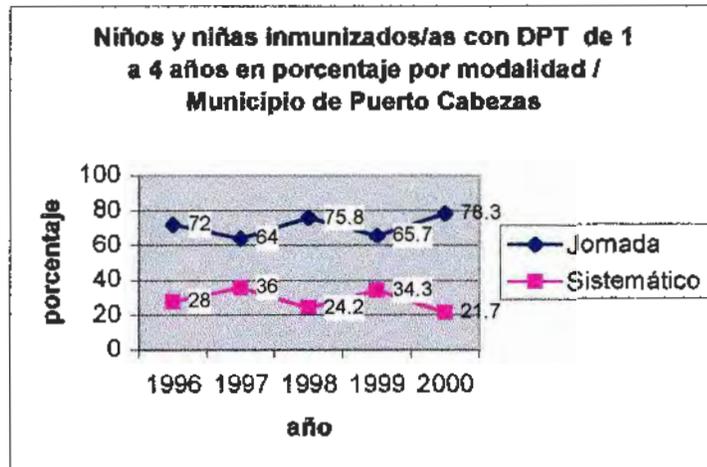
Gráfica # 3



Fuente: MINSA SILAIS RAAN

En la gráfica # 3 vemos que los menores de un año optaron por cualquiera de las dos medidas en los últimos años para la vacuna DPT, ya que no hubo un predominio considerable y una alternación en la preferencia de las madres.

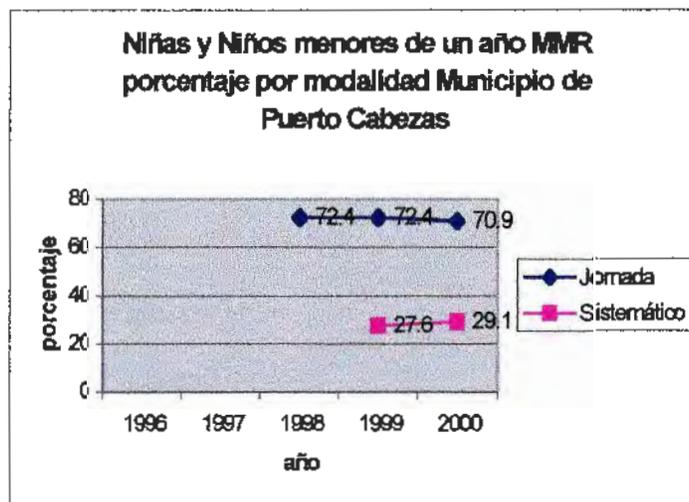
Gráfica # 4



Fuente : MINSILA RAAN

Observamos en la gráfica # 4 sin embargo que las madres de los niños y niñas mayores de un año optaron por la modalidad de las Jornadas para la vacuna DPT.

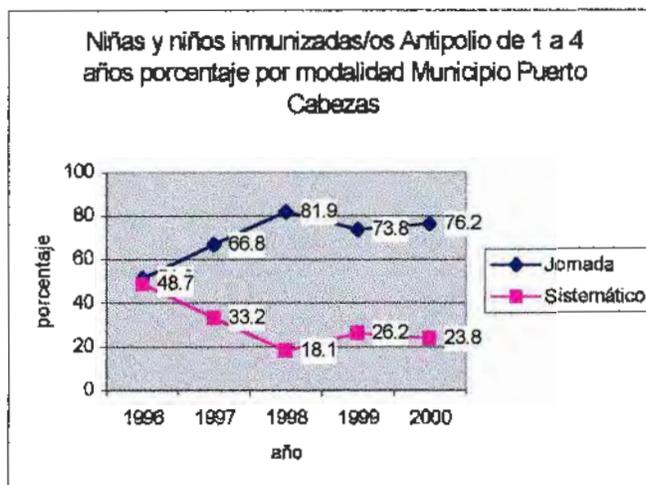
Gráfica # 5



Fuente: MINSILA RAAN

Observamos en la gráfica # 5 que para la vacuna MMR en mayores de un año desde su introducción, predominó claramente la modalidad de vacunación por jornada.

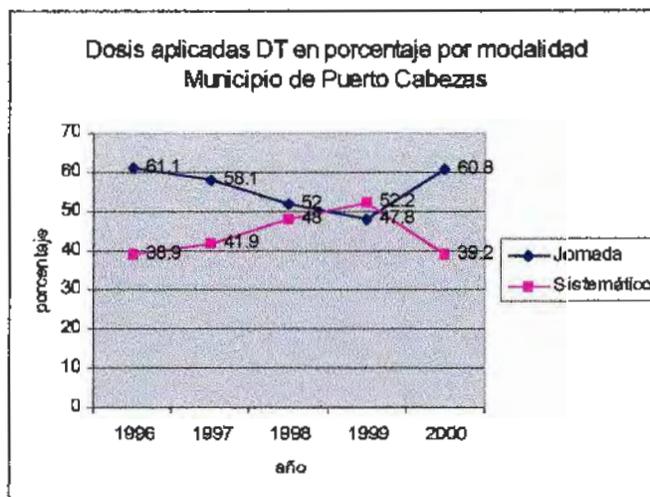
Gráfica # 6



Fuente : MINSA SILAIS RAAN

La gráfica # 6 nos demuestra que en los últimos años la población optó por vacunar a sus hijos/as con antipolio por la modalidad de jornadas.

Gráfica # 7



Fuente MINSA SILAIS RAAN

La gráfica # 7 demuestra que mayoritariamente en los últimos años las mujeres mayores de 10 años fueron vacunadas con la modalidad de jornadas con DT.

10.3 SOBRE LA COMPATIBILIDAD DE LA ESTRATEGIA CON LAS CARACTERÍSTICAS MULTICULTURALES DE LA POBLACION META

Al preguntarse al **personal de enfermería** sobre la **participación** de curanderos, consejeros voluntarios, parteras y brigadistas en las JNS, 10 personas (43.5 %) de las encuestadas refirieron que no participan, 8 personas refieren que si (34.8 %) y 5 (21.7 %) que de vez en cuando participan. Sobre la forma de participar de los agentes tradicionales, de las 13 personas que refirieron algún grado de positividad, 10 mencionaron que los agentes avisan en la comunidad, 3 que acompañan al personal de salud, mencionándose asimismo que cargan el termo, que enseñan el camino, etc.

Sobre que **estructuras comunitarias** participan en las JNS, el 56.5 % del **personal de enfermería** encuestado (11 personas) refieren que son los profesores, pastores, consejos de ancianos), el 21.7 % (5 personas) que son los whistas²⁸, parteras y curanderos, el resto no contesta o no sabe.

Por otro lado en la encuesta realizada al **personal médico**, éstos manifiestan que las **estructuras comunitarias** no siempre participan, mas en las comunidades que en los barrios. Asimismo se manifiesta que la participación de los agentes tradicionales de salud y las estructuras comunales no está realmente contemplada por el MINSA, que ve a los comunitarios como personal de apoyo para realizar los contactos con la población. "El MINSA busca a una persona del barrio de la comunidad más por la convocatoria, pero no como parte del respeto a la estructura comunitaria, ni con un grupo con el que hay que negociar."

Sobre la **forma de participar** de estas estructuras, 12 personas encuestadas (52.2 %) manifiestan que coordinan las acciones en la comunidad y el barrio, 5 personas (21.7 %) que cargando el termo, 4 personas (17.4 %) controlando las acciones, no contestando dos personas.

Los médicos en su encuesta manifiestan que en algunas comunidades o barrios las estructuras apoyan, por ejemplo "dándole coco tierno a las enfermeras o cargándole el termo". Pero para esto se tiene que avisar primero a los líderes.

En relación a la forma de organizar las JNS, el personal médico manifestó que hay poca participación de la población y de las instituciones, que el MINSA no toma en cuenta el problema de accesibilidad, clima, cultura de la población. Se gastaba dinero en televisión y periódico, cuando la gente ni lee, ni ve televisión. No se toma en cuenta la realidad de la región.

Al solicitarse la opinión de a **donde acude en primera instancia la población en caso de enfermedad**, 15 **enfermeras/os** (68.2%) manifestaron que a los agentes tradicionales, mientras que 34.8 % (8 personas) plantearon que el sitio de primera escogencia es la unidad de salud. Interesante es señalar, que de 16 personas pertenecientes a la etnia miskita, 10 refieren que el curandero es la primer instancia, mientras casi el total de los mestizos cree que la población acude al curandero. Con respecto al lugar de trabajo, los que laboran en el Centro de Salud, casi en su totalidad (de 11, 10 personas) opinan que la población acude primero al curandero, mientras que de los que trabajan en el hospital, la mitad plantea que son los servicios de salud los de primera escogencia. En relación al cargo que desempeña el personal encuestado, todas las personas que corresponden al mando intermedio, opinan que la gente acude al curandero, mientras que las enfermeras encuentran dividida su opinión.

Al abordarse a la población beneficiada sobre este mismo tema (adonde la gente lleva a sus enfermos primero?), manifestaron lo siguiente:

²⁸ Whista tara es el sabio, el gran jefe en la comunidad

Agentes tradicionales de salud: "Depende de la enfermedad. Si la enfermedad es causada por malos espíritus, lo llevan al curandero. Si es por otra causa, lo llevan al médico. Se lo llevan primero al curandero, él hace un diagnóstico y les dice a donde deben de llevar al niño."

Madres miskitas: "Depende de qué se enfermó el niño. Si es por Liwa Mairin, hay que llevarlo al curandero."

Las madres mestizas dijeron que "primero a la clínica Bilwi, después al hospital, al curandero o a la enfermera del barrio, a veces se va directamente a la farmacia a comprar el medicamento."

La comunidad creole dijo: "Las familias creole atienden a sus enfermos en la casa con yerbas, usan medicinas caseras. Si no lo pueden curar, van donde una vecina creole para ver si ella sabe. Si no los puede curar, buscan a la curandera que generalmente también es partera. Ya sea a Mrs. Dorothy ó a la Anti (atendió sus propios partos). A la Sra, Lampson le atiende la Kerry. Hay muchas curanderas y parteras creoles de renombre que ya murieron tales como: Mrs. Lulú, Mrs. Daysi Brooks, Mrs. Erlinda Cassanova, Mrs. Rose, Mrs. Hunter. Si no lo pueden curar, van al médico privado, aunque tengan que prestar el dinero y por ultimo van al hospital. Al hospital sólo se va si uno está grave. Muchas de las enfermedades se curan con la limpieza. Por eso es que Cuthbert²⁹ para todo da enema. Aunque no se debería utilizar para cada enfermedad. Eso puede poner grave al paciente."

10.4 SOBRE EL FOMENTO DE TRADICIONES Y CULTURAS

Sobre si los **agentes tradicionales deben participar en las JNS**, el 86.4 % del **personal de enfermería** encuestado (19 personas) se manifestó positivamente, mientras que 2 personas (8.6 %) plantearon que no. El resto no contestó esta pregunta.

En relación a si los **agentes tradicionales deben participar en la planificación de las JNS**, el 77.3 % (17 personas) del personal de enfermería encuestado refirió que si, mientras que el 22.7 % (5 personas) plantearon que no.

El 39.1 % del personal de enfermería entrevistado (nueve personas) es de la opinión que los agentes tradicionales **tienen capacidad de tratar enfermedades inmunoprevenibles**, el 34.8 % (ocho personas) opinan que no, mientras que tres de los entrevistados (13 %) refieren que algunos tienen esa capacidad.

En relación a la **capacidad de curar enfermedades inmunoprevenibles**, el **personal médico** en las encuestas fue de la opinión que los agentes tradicionales tienen capacidad para tratar topa (parotiditis epidémica), sarampión, tos ferina. "Creemos que no saben curar tétano, ni pólio. Usan como medida de prevención el aislamiento".

En relación a cual era el **concepto de salud indígena**, el 65.2 % del **personal de enfermería** entrevistado (15 personas) contestó que no sabía, mientras que cinco personas (21.7 %) asociaron este concepto a la cura con plantas medicinales, mientras que dos personas (8.6 %) la asociaron con conceptos de la etnomedicina (curan empacho, curan enfermedades causadas por duendes).

Sobre si tuvieron alguna vez la oportunidad de **obtener un curso sobre cosmovisión indígena**, el 63.6 % (14 personas) del **personal de enfermería** encuestado refirió que no, mientras que 8 personas respondieron afirmativamente.

²⁹ Cuthbert es un "yerbero" que a pesar de tener dudosa capacidad es muy frecuentado por la población.

Al preguntársele al personal de enfermería sobre **que enfermedades curan los agentes tradicionales**, 10 personas (45.5 %) mencionaron el yumo, 9 personas (40.9 %) la calentura y los dolores, 6 personas (27 %) krisi siknis, mencionándose quince otras patologías. Solo tres de las personas encuestadas (13.6 %) no mencionaron ninguna enfermedad.

Especificándose mas, **cuales son los tipos de enfermedades que curan los curanderos**, 9 personas (39.1 %) nombraron enfermedades causadas por malos espíritus, 9 (39.1 %) mencionaron el yumo, 7 (30.4 %) mencionaron enfermedades causadas por malas personas, 6 (26.1%) diarrea y empacho, refiriéndose asimismo a trece tipos de enfermedades mas.

Sobre **si conocía la enfermedad llamada yumo**, 12 (52.2%) personas del personal de enfermería contestó afirmativamente, 8 (34.8 %) que no, no contestando las restantes personas. La mayor parte refirió que reá "una pelota dolorosa" en el estómago.

De igual manera 9 enfermeras/os encuestados/as (39.1 %) conocían el "**patas**", refiriendo que es un animal con ojos de fuego, que afectaba a los niños y las niñas en los llanos. Al preguntársele al personal **sobre las enfermedades que son causadas por malos espíritus**, se mencionaron con mayor frecuencia Krisi Siknis (6 veces), duhindo y lahta huisa (4 veces respectivamente), patas (3 veces) y yumo (1 vez).

El personal médico, por otra parte opinó que los **agentes tradicionales tenían capacidad para tratar** las siguientes enfermedades: Grisi siknis, Liwa mairin, Yumuh, Hipertensión arterial, Parásitos, Malaria, Micosis, Stress, Dolor de parto, sabiendo atender los sobadores fracturas, esguinces y distorsiones.

Cuando se le preguntó al persona sobre su opinión con respecto a **la coordinación de los esfuerzos del médico con los agentes tradicionales**, el 53 % del personal de enfermería^a encuestado (13 personas) manifestó que se deben coordinar, ya que lo que puede curar uno no lo cura el otro, mientras que seis personas (26.1 %) refirieron que una coordinación sería de utilidad sin especificar porque. Solo tres personas (13 %) no consideraron una coordinación como necesaria.

El personal médico refirió que debe haber una coordinación entre los médicos y los agentes tradicionales, "para mejorar la confianza, remitirse mutuamente pacientes y discutir casos específicos."

10.5 SOBRE EL BENEFICIO QUE LAS JNS PUEDAN TENER EN RELACION AL TRABAJO SISTEMATICO Y LA SOSTENIBILIDAD DE LAS ACCIONES

En relación a la razón por la que **no se realizan jornadas de limpieza en coordinación con las JNS**, 15 de los/las encuestados/as pertenecientes al **personal de enfermería** (65.2 %) manifiestan que es debido a la falta de recursos financieros, 7 (30.4 %) por la falta de recursos humanos y una persona no sabe o no contesta.

De igual manera, el **personal médico** era de la opinión que no se realizaban jornadas de limpieza en los barrios debido a la falta de presupuesto. "Hace 5 a 6 años el Ejército apoyaba con personal pero ya no se hace, porque las personas de los barrios querían que se les sacaran la basura del patio. No querían sacarla ellos. El MINSA no acompañaba la jornada con un proceso de charlas a como se debería."

Sobre **la metodología empleada** principalmente en el área rural, el 65.2 % (15 personas) del **personal de enfermería** encuestado manifestó que es a través de jornadas, mientras que en el área urbana 17 personas (73.9 %) dijeron que es por medio de la vacunación sistemática

Sobre la **toma de decisión** en relación a las JNS, el 47.8 % (11 personas) del personal de enfermería encuestado considera que es la enfermera del área, el 26.1 % (6 personas) que es el MINSA Central, 21.7 % (5 personas) que es la dirección del SILAIS, el 17.4 % (4 personas) que es el MINSA Municipal.

Sobre la forma de **apoyar de la comunidad**, el 56.5 % de los/las encuestados (13 personas) refiere que las estructuras en el barrio o en la comunidad avisan a la gente, 17.4 % (4 personas) refieren que dan comida, 17.4 % (4 personas) que cargan el termo, refiriendo dos personas que teniendo la tarjeta en la mano, lista.

Sobre si los comunitarios o pobladores en los barrios **debiesen aportar** para las JNS, el 73.9 % del personal encuestado (17 personas) refirieron que si, 5 personas (el 21.7 %) que no, no contestando una persona.

En este sentido, en las entrevistas a los grupos focales de beneficiarios/as, estos/as manifestaron lo siguiente:

Agentes tradicionales de salud: "Sí, la población debería participar, pero se tiene que coordinar bien primero para ver que se va a hacer. Hay algunas cosas que debilitan a los curanderos como la menstruación ó la mujer que acaba de parir y otras cosas. Así que se tendría que ver muy bien pero creemos que es importante."

Las madres miskitas dijeron: "Sí. Participando en las limpiezas del barrio donde vive cada uno."

Las madres mestizas refirieron: "Sí. Participando como brigadistas y participando en las jornadas de limpieza.

La comunidad creole; "Sí. Todos deberían de participar, prestando las casas como Puesto de Vacunación, avisando a la gente que deben ir a vacunar a sus hijos."

En relación a la **procedencia del abastecimiento**, 18 personas del **personal de enfermería** (78.3 %) manifestaron que éste viene del Nivel Central, mientras que tres personas nombraron el SILAIS como fuente, no contestando el resto.

Al preguntársele en las entrevistas a grupos focales de beneficiarios/as quién realiza las Jornadas Nacionales de Salud,

Los **Agentes Tradicionales de Salud** manifestaron que son "el personal de la clínica Bilwi en conjunto con el MINSA y los comités de barrios. Otras personas también deberían participar pero depende."

Las madres miskitas refirieron que "es el MINSA Regional, el que organiza las JNS"

Las madres mestizas manifestaron que es el MINSA en coordinación con otras instituciones.

La comunidad creole estaba dividida en su opinión ya que algunos realmente no sabían a ciencia cierta quien realmente organizaba las JNS.

El **personal médico** a la pregunta sobre la calidad de las acciones plantea que la vacunación es buena, que cumple con su cometido, pero que la desparasitación no es de beneficio si no se acompaña con charlas y "realmente no se siente". De igual manera el efecto de la aplicación de Vit A les parece de dudosa calidad.

Sobre el **nivel de información** a los/las acompañantes de los/las niños/as vacunados/as, el 82.6 % (19 personas) del **personal de enfermería** encuestado refiere que es adecuado, mientras que las restantes cuatro personas opinan lo contrario.

El personal médico en relación a este tema manifestó que se informa a las madres, pero de una manera muy técnica, "que muchas veces no ayuda a la madre porque no entienden qué es lo que se les está diciendo".

Al preguntarse a los beneficiarios contra qué se vacuna a los niños en las Jornadas Nacionales de Salud, respondieron de la siguiente manera:

Madres miskitas: "Tétano, chifladora, sarampión, D.P.T., polio y varicela"

Madres mestizas: Rubeola, tétano, sarampión, tuberculosis, neumonía, paperas, Polio y Meningitis .

Comunidad creole: Contra polio y sarampión

En relación a la pregunta **si el MINSa realiza acciones de inmunización afuera de las JNS**, el 77.3 % (17 personas) del **personal de enfermería** encuestado respondió afirmativamente mientras que el resto lo negó. De las personas que contestaron positivamente, ocho personas (38.1%) refirieron que estas actividades se realizaban en los programas , mientras que siete (33.3 %) plantearon que estas actividades se realizan en las consultas del CS.

En relación a **si la población conoce los resultados** de las JNS, 10 de las enfermeras/os encuestadas (45.5 %) planteó que si mientras que 11 dijeron que no (50 %) una persona no contestó y una no sabe.

Sobre si los **comunitarios conocen la razón de las JNS**, 16 personas del personal enfermería encuestado (69.6 %) refirió que si, 2 personas (8.7 %) que no, desconociendo o no contestando el resto.

Por otro lado el **personal médico** manifestó que los comunitarios conocen en términos generales la razón de ser de las JNS, pero de manera limitada. "Como no se les da toda la información, muchas personas van más por las pastillas, que por las vacunas."

De igual manera el personal médico entrevistado es de la opinión que la población desconoce los resultados de las JNS (" no se le informa a la población por ningún medio sobre los resultados de las JNS)y asimismo desconoce que tipo de vacuna se aplicó y para que sirven éstas.

Al solicitársele al personal **de enfermería** encuestado una **recomendación para mejorar** las Jornadas Nacionales de Salud, 9 personas (39.1 %) manifiestan que se debe mejorar la organización y coordinación, 11 que se debe integrar mas a la sociedad civil (47.8 %), 6 (26.1 %) que se debe mejorar el abastecimiento y 3 (13 %) que la comunicación social debe ser mejorada.

Al respecto, **el personal médico** recomendó que los médicos mismos deberían ser capacitados en aspectos relacionados a la cultura y el abordaje intercultural de los problemas, " ya que muchas veces no entendemos a la gente y ellos no nos entienden, y no es un problema de idioma....".

Asimismo el personal médico entrevistado es de la opinión que debería haber mas respeto por los agentes tradicionales de salud y por la estructura comunitaria y su funcionamiento. Recomiendan asimismo que se debe involucrar a la población meta y sus representantes en la planificación de las acciones. En cuanto a la asignación presupuestaria, son de la opinión que

se debería "tomar en cuenta la accesibilidad y no sólo la cantidad de población". Asimismo se debe hacer mas énfasis en la sistematización de las actividades de salud. Otra medida a tomar sería "informar a la población de la situación inicial y de los resultados de las actividades en salud que se realizan". La asignación de un presupuesto para divulgación y la despolitización de la atención de salud son otras dos recomendaciones emanadas por el cuerpo médico entrevistado.

En las entrevistas realizadas a grupos focales éstos se manifestaron de la siguiente forma:

Agentes tradicionales de salud: "Debe haber mayor coordinación del MINSA con nosotros, que haya mayor participación de todos, que avisen a la gente con tiempo sobre las jornadas, por la radio y en las Iglesias, para que se puedan preparar. Además creemos que deben programar intercambios de experiencia con los médicos y los curanderos, las parteras, los sukias"

Las madres miskitas opinaron "que se le avise con tiempo a la población, para que puedan estar listos

Las madres mestizas refirieron que a la par de las JNS se debería "hacer las jornadas de limpieza, que haya suficiente propaganda por la T.V., la Radio y las Iglesias, que haya refrigerio para las personas que participen y también transporte."

La comunidad creole planteó "que se les explique a los demás lo que es la jornada y qué se está haciendo" Asimismo refirió que en último tiempo ya no se estaba clorando el agua y que esto debería ser retomado. Asimismo se manifestaron que hay "que hablar con los Consejales y Alcalde. Este es un pueblo sucio y eso causa enfermedades".

10.6 SOBRE LA CALIDAD DE LAS ACCIONES

Al preguntársele al **personal de enfermería** sobre la **disponibilidad de insumos**, el 39.1 % (nueve personas) refiere que a veces la cantidad es insuficiente, el 30.4 % (siete personas) manifiesta que hay existencia suficiente, el 13 % (tres personas) plantea que los insumos llegan a destiempo, el resto desconoce o no responde la pregunta.

Por otro lado al hacérsele la **pregunta control** al personal de enfermería si las JNS disponen de los materiales necesarios, 4 personas (17.4 %) respondieron afirmativamente, 10 personas (43.5 %) dijeron que no, mientras que 7 personas (30.4 %) respondieron: a veces. Es interesante que de los cuatro que respondieron afirmativamente, tres laboran en el hospital y por ende no están involucrados tan cercanamente a la organización, mientras que la mayoría de los que contestaron negativamente (seis personas) trabajan en el Centro de Salud.

En cuanto a **las estrategias a implementarse** durante las JNS, 8 personas del personal de enfermería encuestadas (34.8 %) refiere conocerlas, 8 (34.8 %) refiere no saberlas, contestando 7 (30.4 %) que las conoce poco. El 43.5 % (diez personas) manifiesta que la estrategia principal es la vacunación casa por casa, mientras que dos personas refiere que las vacunas se aplican en puestos, no sabiendo contestar claramente el resto (11 personas).

Sobre **quien aplica las vacunas**, el 100 % de las personas encuestadas afirmó que son las enfermeras las que vacunan.

11. DISCUSION

En relación a la aceptabilidad de la medida

Como podemos observar la medida "Jornada Nacional de Salud" es en términos generales aceptada tanto por la población beneficiaria como por los trabajadores de la salud involucrados. Esta medida utilizada ahora en Nicaragua desde ya 20 años se ha transformado en un punto fijo de la agenda del Ministerio de Salud, que la considera como base de una buena cobertura para las inmunizaciones. Para la mayor parte de los trabajadores de la salud, la JNS es una estrategia vital para lograr coberturas adecuadas en el área rural y para rescatar a los inasistentes en el casco urbano. No hay cuestionamiento alguno de la medida como tal y todos/as, trabajadores/as de la salud y población refieren que medidas como esta son de gran utilidad para mejorar la salud de la población. La imagen positiva que tiene la medida JNS se debe fundamentalmente a que hasta la fecha se ha logrado mantener la imagen de que es una actividad para todos, que contribuye a mejorar la calidad de vida. Asimismo el hecho de que debido a un trabajo constante, en el que se ha coordinado la acción sistemática con jornadas, ha permitido mantener erradicada la poliomielitis e impedir brotes de las demás enfermedades inmunotransmisibles, elementos plenamente reconocidos por la población.

Cuando se le interroga a la población beneficiaria sobre eventuales mejoras a las Jornadas (que de por si son aceptadas) se plantean algunos argumentos relacionados a la participación social, la necesidad de una planificación participativa, la consideración de elementos socioculturales y costumbres. Estas mejoras propuestas sin embargo no cuestionan el concepto, sino que buscan como integrar elementos.

Otro elemento que parece importante, es que una buena parte de la población plantea que es bueno que en las JNS llegue el MINSA a vacunar, o que si bien garantiza la vacuna e inmunización, pero disminuye la responsabilidad individual de cada persona con respecto a su salud a o la de sus hijos/as. La población se transforma en objeto de intervención y no es sujeto de su propio desarrollo. Sobre este tema profundizaremos en la discusión relacionada a la sostenibilidad de la medida.

Sin embargo, para la población la JNS se ha transformado en una actividad o servicio proporcionada por el estado, en la que la participación social es cada vez menos relevante, la población demanda el servicio, está a la expectativa. Por otro lado las estructuras de gobierno encargadas de realizarlas, adoptan una actitud mecánica, la Jornada dejó de ser un momento excepcional.

Hasta que punto la población acepta la medida debido a un proceso racional o debido a un acostumbramiento de algo que de manera rutinaria se realiza, no pudo ser esclarecido. Ya las "Jornadas de Vacunación", como las sigue denominando la población, son una acción esperada durante la primera mitad de año.

Es interesante que la mayor parte de los beneficiarios/as entrevistados/as identifica la Jornada como una medida para vacunar a los niños y las niñas. Las actividades restantes (aplicación de Vitamina A, aplicación de antiparasitarios y eventuales charlas son consideradas como medidas de acompañamiento y no como elemento central. De igual manera el personal de salud, al referirse a las JNS, lo asocia a la vacunación, planteando que las restantes medidas son de menor relevancia. Esto no solo queda demostrado por la percepción del personal sino que también en la propaganda que el MINSA realiza, los documentos oficiales y la ponderación en los análisis.

Este hecho nos da la pauta de que si bien la medida es aceptada, esta aceptación se refiere a la vacunación y no tanto a las demás medidas que teóricamente son parte de la JNS.

Sin embargo al referirnos a la aceptabilidad de la medida, no puede dejar de discutirse la deficiente participación de las restantes estructuras de estado (Ministerios, Alcaldía), las estructuras de la sociedad civil (iglesias, ONGs, gremios). Parece contradictorio que una medida, por lo general reconocida como muy útil, reciba tan poco apoyo real por el conjunto de los actores sociales. Razones para ello pueden encontrarse en la falta de liderazgo real del Ministerio de Salud en la comunidad, la deficiente capacidad técnica para involucrar a la población, la verticalidad en la planificación y ejecución de las acciones y –no por último– la deficiente comprensión del comportamiento social, íntimamente ligado a la cultura.

A lo interno del Ministerio de Salud, la medida JNS no es de ninguna manera cuestionada, es aceptada como "la" medida para garantizar coberturas. Sin embargo hay cuestionamientos técnicos sobre la utilidad real de las medidas "desparasitación" y dispensarización de Vitamina A. Estos cuestionamientos se basan más que nada en la lógica de al realizarse estas medidas como acciones independientes, no transformadoras de hábitos alimenticios o de higiene, tienden a obtener resultados limitados.

Sobre la eficacia de la medida:

A como se puede observar en los últimos años los porcentajes de vacunación realizados durante las Jornadas Nacionales de Salud tienden a aumentar con respecto a la vacunación sistemática. Históricamente en el área rural el Ministerio de salud lograba buenas coberturas de vacunación gracias a las jornadas, ya que para un trabajo sistemático no existía la capacidad financiera y de estructura al disponer de una red de servicios limitada. Sin embargo a nivel urbano las acciones eran orientadas hacia el trabajo sistemático e integral, a como lo perciben también los/las trabajadores/as de la salud. Las Jornadas eran consideradas como un instrumento para sensibilizar a la población y para "rescatar" a todos/as aquellos/as niños/as que no habían sido vacunados/as en por el programa. Hoy en día las JNS mas y mas reemplazan el trabajo cotidiano y sistemático.

La ausencia de brotes epidémicos de enfermedades inmunoprevenibles desde hace casi un decenio en el territorio habla por si sola a favor en cuanto a la eficacia de la medida, en cuanto al programa de inmunizaciones se refiere. En relación a la efectividad de las acciones relacionadas al suministro de Vitamina A o la desparasitación, no podemos afirmar lo mismo. Si bien es cierto que el suministro de Vitamina A contribuye a disminuir sustancialmente el riesgo de lesiones que disminuyen la visión, se desconoce la calidad de la medida, al no disponer una parte del personal de normativas claras que permitan una dosificación adecuada. Por otro lado la desparasitación se efectúa como una medida aislada, sin que se incida en las causas de la contaminación por parásitos intestinales. Durante las JNS se distribuyen los medicamentos, pero no hay incidencia sobre la manipulación de alimentos, manejo de agua, aseo corporal, etc, elementos que son de vital importancia para disminuir el riesgo de contaminación. A discutir quedaría si la distribución generalizada de antiparasitarios no hace mayor daño que beneficio. Argumentos a favor de esta tesis serían que las madres pudiesen adoptar una postura de no modificar hábitos sanitarios en vista de que los problemas se resuelven con pastillas y no previniendo, que el efecto del medicamento es por tiempo limitado y que al entrar el/la paciente nuevamente en su medio, en breve tiempo vuelve a contaminarse y que debido al uso casi indiscriminado de medicamentos, éstos pueden hacer falta para los/las pacientes que realmente tienen síntomas y requieren de ellos.

Observamos que en los últimos años existe una clara tendencia hacia la jornada como instrumento para ampliar la cobertura en inmunizaciones. Vemos que predomina la jornada en relación al trabajo sistemático, sobre todo en la población mayor de un año. Es muy probable que, debido a que al haber aún una relación de las madres con el sistema luego de dar a luz institucionalmente, éstas en los primeros de meses de vida optan por la atención sistemática de sus niños o niñas. Luego, con el crecimiento de los/las mismos/as, ya la asistencia a las unidades de salud disminuye. De igual manera, hoy en día la mayoría de las mujeres en edad fértil optan por vacunarse durante las JNS y no de manera sistemática durante los controles.

Este comportamiento o tendencia de favorecer en términos generales es interesante y muy importante a discutir. Si bien por un lado las JNS son un instrumento o medida muy importante para ampliar cobertura, por el otro automáticamente desplazan la atención sistemática como estrategia de atención a la población, lo que a su vez condiciona a la población a ser más pasiva y no ser partícipe de la responsabilidad de su salud.

Como vemos entonces la medida parece ser efectiva en cuanto a la ampliación de cobertura para prevenir enfermedades por medio de vacunas. Sin embargo, al mejorarse la cobertura por medio de las jornadas, las madres ya no acuden tanto al programa en las unidades de salud con sus hijos o hijas, lo que merma otras acciones al quitársele la integralidad de la atención³⁰.

Sobre la compatibilidad de la estrategia con las características multiculturales de la población meta:

Como observamos, el personal de salud encuestado manifiesta que de alguna manera las estructuras comunitarias (jueces, maestros, pastores, ancianos) participan en las Jornadas Nacionales de salud, cumpliendo sin embargo funciones de ayudantía y no un rol activo en la realización de las mismas. Esto se debe probablemente, a como lo manifiestan los médicos a que el Ministerio de Salud no contempla el involucramiento o participación activa de las estructuras comunitarias o de barrio. Las estructuras de la comunidad no participan en la planificación de las Jornadas ni son consideradas a la hora de evaluar las mismas. El Ministerio de Salud espera de los comunitarios un papel de ayudante (carga el termo, señalan el camino, llaman a la gente) y no de actor social activo. Las estructuras no son sujeto, son objeto de intervención durante las Jornadas de Nacionales de Salud.

En cuanto al involucramiento de los agentes tradicionales, la mayor parte del personal de salud entrevistado o encuestado manifiesta que éstos no participan o que no juegan un papel de relevancia durante las JNS, ya que cuando participan, asumen un papel de ayudantía, cargando termos o avisando a la población. Este rol merma el reconocimiento social de los agentes tradicionales de salud, los pone por debajo del personal auxiliar de enfermería, se les asigna un papel que no concuerda con su reconocimiento social como los que le resuelven el problema de salud a la mayoría de la población en múltiples oportunidades. En este contexto hay que recordar que la partera o grandí, es la que trae a la vida a los niños, o sea que tiene un poder cercano a lo mágico, mientras que el reconocimiento social de los sukias y curanderos es indiscutible. Es por ello, que estos agentes, de alto valor social, al verse subordinados y relegados durante las JNS, optan por asumir una posición pasiva y no participar.

Este hecho es de relevancia ya que la mayoría de la población miskita, que es mayoritaria en Bilwi, acude en primera instancia a sus propios agentes tradicionales y luego recién a las instancias de salud que trabajan con métodos occidentales (a como lo manifiestan la mayoría del personal de salud).

En cuanto a la población creole o de origen afrocaribeño, ésta tiene su propio sistema de atención en la casa o familia y recién acude a la medicina occidental en caso de que los métodos familiares no tengan éxito. Vemos entonces en este comportamiento, que si existe una amplia responsabilidad grupal sobre la situación de salud y observamos asimismo que existen amplias capacidades en las familias para resolver los problemas. Este grupo étnico, a raíz de que no es involucrado activamente, plantea que ya que el Estado es el que asume el rol de líder, pues que también asuma la responsabilidad.

³⁰ A pesar de que se insiste de que las JNS son integrales, el personal que aplica las vacunas dispone de muy poco tiempo para hablar con las madres o para revisar adecuadamente a los/las niños/as.

En cuanto a la forma de buscar la participación social de la población meta, es interesante la observación del personal médico, que manifiesta que la propaganda para las JNS es por mayoritaria por medio de spots en la TV y la radio elaborados en el pacífico y por medio de los periódicos. Las medidas tradicionales de comunicación social, que utiliza la población miskita no son usadas. Observamos la ausencia de asambleas por barrios o comunidades coordinadas por los líderes naturales y del involucramiento de la iglesia en la planificación e información a la población.

Sobre el fomento de tradiciones y culturas:

Observamos que solo una minoría del personal ha recibido algún tipo de instrucción sobre la cosmovisión indígena durante o posterior a su formación. Esto es consecuencia de que en la formación del personal de enfermería, el elemento etnocultural no es considerado dentro del pensum académico. La formación no considera el hecho de que la población indígena tiene una visión holística, integral del fenómeno salud enfermedad y no parcializada, fragmentada, a como la enseñan en la mayoría de las carreras de la salud. Es interesante entonces, que a pesar de que una buena parte del personal afirma no conocer sobre los elementos básicos de la medicina tradicional, si cree que los agentes tradicionales tienen capacidades, inclusive para dar algún tipo de respuesta a enfermedades inmunoprevenibles.

La mayor parte del personal entrevistado o encuestado manifestó que sin embargo es necesaria la coordinación activa con los agentes tradicionales, no solo durante las Jornadas nacionales de Salud, sino que en términos generales. Así mismo se manifestó el personal médico encuestado, que demuestra mucho menos recelo del esperado. (esto se debe probablemente al hecho de que la mayoría ya ha tenido experiencias positivas en su relación con el personal tradicional).

Debido a que durante las Jornadas Nacionales de Salud la actividad mas importante es la vacunación, que ya es en términos generales muy aceptada por la población, no hay contradicciones de fondo con el sistema de medicina tradicional que utiliza la población. Estas contradicciones surgen cuando, como hace unos cuatro o cinco años se integran acciones que inciden en el comportamiento social de la comunidad como la despiojización con Lindane y posteriormente con Abate sin mayor incidencia en el comportamiento higiénico de la población. Cuando, sin previo aviso, ni considerándose las realidades de una población, se introducen este tipo de innovaciones, no solo éstas no tienen éxito, sino que crean falsas expectativas en la población, destruyendo inclusive viejas costumbres totalmente adecuadas y practicables. Así luego de haber aplicado el piojicida de manera masiva a los y las menores de edad en las comunidades, a las dos o tres semanas se volvía a la situación inicial, ya que no se habían lavado peines, ropa de cama, etc. ni se había incidido sobre los hábitos de higiene, habiéndose derrochado el producto, que luego no estaba a la disposición para los casos que realmente lo ameritaban. Por otro lado al insistírsele a la familia que esta era la manera única y adecuada de librarse de los piojos, las familias dejaban de buscar manualmente los piojos, que retornaban con mas intensidad. Este tipo de problemas surge cuando se adoptan medidas sin previa consulta ni análisis de las realidades de cada una de las culturas en el país y cuando estas medidas son adoptadas mecánicamente por las autoridades locales.

Debido a que las JNS son planificadas y organizadas centralmente sin una real coordinación con las comunidades, siendo éstas tratadas como una población sobre la cual intervenir, éstas (las JNS) no contienen elementos que fomenten las culturas, tradiciones y costumbres propias de la población. A la costumbre y comportamiento de la población se le contraponen una cultura institucional, que busca como primera instancia cumplir con metas elaboradas unilateralmente y no necesariamente se orienta en el grado de satisfacción de la población.

Sobre el beneficio que las JNS puedan tener en relación al trabajo sistemático y la sostenibilidad de las acciones.

Los resultados de las encuestas y entrevistas hablan por si solo. Tanto el personal de salud como los y las beneficiarios/as plantean que las JNS son actividades que el Gobierno a través del Ministerio de Salud planifica, organiza y ejecuta. Vemos claramente que no hay ni un mayor involucramiento de la sociedad ni una coordinación interinstitucional con la alcaldía y las restantes instituciones del estado. De igual manera la población meta no se siente involucrada. Esto se manifiesta en su ausencia durante la planificación y en la evaluación e información de las acciones relacionadas a las JNS.

A pesar de que por una lado existe la conciencia y disponibilidad de la población por participar y asumir responsabilidades, cada vez mas las JNS se institucionalizan, la población las ve como una acción del estado y no como una acción conjunta de la sociedad en un marco pluricultural definido.

Esta hipótesis se ve confirmada al aconsejar la población mejores niveles de coordinación con la población meta y las otras instituciones el estado, un mejor trabajo de comunicación social, así como la consideración de elementos relacionados a las costumbres, el clima, las distancias, es decir las características de la población en su entorno.

La población y los trabajadores/as del sistema asimismo son de la opinión que la comunidad debe aportar en algo. Esta afirmación parece contradecir lo expresado anteriormente sobre la posición expectante de los beneficiarios. Sin embargo hay que considerar que una población solo se puede corresponsabilizar de algo, si es activamente involucrada, si tiene una participación activa, si deja de ser objeto de intervención.

Para que las acciones de salud sean sostenibles (y no se hace referencia a la sostenibilidad financiera únicamente), el fomento de una cultura de participación y corresponsabilización parece ser de vital importancia. Y esta participación y adopción de las medidas solo es posible mediante una activa participación social, que a su vez no es viable, si no son consideradas las características socioculturales de una población.

Por otro lado observamos que el propio Ministerio de Salud mas y mas “apuesta” a las JNS como medida para ampliar la cobertura. Esto naturalmente queda impregnado en la cultura de trabajo de la institución. Ya las acciones constantes y sistemáticas dejan de tener la relevancia usual, las acciones de salud se fragmentan, la visión holística del fenómeno salud – enfermedad de la población se ve confrontada con el accionar de la institución. Esto no solo entorpece la sostenibilidad de las acciones, la población asume mas y mas una posición expectante con respecto al estado, se involucra menos, lo que merma asimismo la calidad del trabajo.

Sobre la calidad de las acciones:

De acuerdo a los resultados obtenidos, tanto el Ministerio de Salud como la población asocia las JNS con las vacunas, son Jornadas de Vacunación que se aprovechan para complementarlas con alguna que otra acción, de acuerdo a las necesidades. Por ello prácticamente solo se valora la calidad de la acción con respecto a las vacunas y la inmunización.

En cuanto a la cobertura, realmente las JNS son un instrumento cualitativamente adecuado para un entorno como el de la RAAN, ya que permite tener mejor acceso a la población mayoritariamente dispersa. Sin embargo el costo de esta posibilidad de ampliar cobertura es la fragmentación de las acciones, lo que le quita la calidad al trabajo sistemático, que es el que realmente modifica, transforma las condiciones de salud de una población.

El personal médico en este sentido, al afirmar en la encuesta que las JNS son instrumentos mecánicamente aplicados, que poco consideran la realidad de la población, plantea la necesidad de integrarlas y adecuarlas en el contexto, para que la calidad sea mejor.

Finalmente, el hecho de que no siempre se disponen de los insumos necesarios en el momento preciso, dificulta realizar las acciones con la calidad necesaria. Este déficit generalmente va en detrimento de las acciones complementarias, ya que normalmente el abastecimiento de biológicos es acertado en tiempo y forma (lo que expresa realmente la prioridad de las inmunizaciones en las JNS).

Al observar el comportamiento del perfil epidemiológico de Bitwi y su población, observamos que de hecho por el momento se ejerce un control sobre las enfermedades inmunoprevenibles (hace varios años que se reportaron los últimos casos de sarampión, tétanos, difteria o pertusis). Sin embargo no hay mayor incidencia sobre las enfermedades diarreicas, enfermedades de transmisión sexual, parasitosis intestinal, malaria o dengue, entre otros.

12. CONCLUSIONES

Luego de discutir los resultados del presente trabajo podemos concluir que:

- La estrategia de las Jornadas Nacionales de Salud es en sí un instrumento útil, aún en territorios como la RAAN, distantes de la capital y con una característica muy particular, lo que se manifiesta en el buen nivel de aceptación por parte de todos los involucrados. Esta utilidad se ve reflejada sobre todo para lograr mayores coberturas y niveles adecuados de inmunización.
- Su utilidad sin embargo es percibida por los funcionarios del MINSA, por los cuadros que la implementan y por la población misma, casi de exclusividad para ampliar la cobertura en inmunizaciones, adquiriendo algún grado de relevancia el suministro de micronutrientes. El elemento justificador de la implementación de las Jornadas Nacionales de Salud (el aprovechamiento de las oportunidades para brindar un paquete de servicios, en el que la promoción debe adquirir relevancia) sin embargo no se puede observar en las JNS, ya que prácticamente no se realizan labores de promoción durante la Jornada y el resto de actividades se realiza de manera bastante mecánica y poco constante.
- Algunas actividades durante la JNS parecen ser poco efectivas en ese contexto y deberían replantearse (antiparasitarios, distribución de electrolitos orales), ya que son poco efectivas y relativamente costosas.
- La ausencia de una "actitud" integradora por parte de las autoridades de salud, en la que la población es más que un objeto de intervención, dificulta una integración y corresponsabilización activa de la población y de las autoridades regionales autónomas.
- Los problemas de organización, financiamiento y abastecimiento son una limitante para el buen desarrollo de las actividades. Sobre todo la deficiente coordinación interinstitucional no permite distribuir los costos con el Consejo y Gobierno Regional Autónomo, alcaldías y otras instancias gubernamentales y no gubernamentales.
- Las Jornadas Nacionales de Salud, como estrategia centralizadora repercute en una pobre participación de la sociedad civil, que al no estar involucrada ni en la planificación, ni en la evaluación de las actividades, plantea que las JNS son "cosas del Gobierno Central".
- La percepción de la salud no es homogénea en la población y de igual manera los diferentes grupos étnicoculturales valoran de manera diferente las acciones del Ministerio de Salud, entre ellas las JNS.
- La deficiente adaptación a la realidad intercultural de la región disminuye la calidad de las acciones y dificulta la integración activa de las autoridades regionales autónomas y amplios sectores de la sociedad, hay un divorcio entre la cultura de la institución y la cultura de la población.
- Las JNS no son un elemento que fortalece la cultura de los diferentes grupos étnicos de la Región al marginar o disminuir al valor de los agentes tradicionales de salud.
- Al asumir cada vez un rol más importante las JNS en la ponderación de las estrategias del Ministerio de Salud, pero al no incluir otras estrategias participativas e integrativas relevantes para la sostenibilidad de las acciones, la modificación del perfil de salud de la población pierde importancia. Las JNS inciden muy poco en la corrección de hábitos sanitarios inadecuados de la población.

13. RECOMENDACIONES

A fin de que las Jornadas Nacionales de Salud sean estrategias de mayor utilidad, sobre todo en un medio intercultural como el de Bitwí, valdrían las siguientes recomendaciones, dirigidas al Ministerio de salud.

- Mantener las Jornadas Nacionales de Salud como una estrategia de rescate y de aumento de cobertura, adaptándola sin embargo a la realidad del territorio y centrándolo hacia acciones que realmente pueden ser realizadas en forma de campaña. En este sentido es pertinente enfocar las acciones hacia los dos o tres elementos fundamentales, para no distraer las acciones (p.ej.: inmunizaciones, Vit A y sales de hierro/ácido fólico). De esa manera se lograrían mayores niveles de eficacia, disponiéndose del insumo para los casos de necesidad
- Velar de que el trabajo sistemático e integral en salud adquiriera nuevamente la relevancia que debe tener, a fin de hacer mas sostenibles las acciones.
- Hacer énfasis en la capacitación técnica del personal que ejecuta las acciones, ya que algunas actividades (inmunizaciones, Vitamina A) dependen en su efectividad de una adecuada realización de los procedimientos.
- Es recomendable para el Ministerio de Salud fomentar la coordinación interinstitucional, dirigido por el Consejo Regional Autónomo a través del Gobierno Autónomo, incluyendo a la Alcaldía Municipal y las entidades no gubernamentales del territorio, en todo el proceso de salud y no como elemento puntual durante las Jornadas de Salud. En este sentido los Consejos Regionales y Municipales de Salud, han de jugar un papel preponderante en la planificación regional y local de las acciones de la salud.
- Hacer participe a la población en el proceso de organización y ejecución de las JNS. Esto se refiere sobre todo al involucramiento de los grupos meta en el proceso completo, desde la planificación de las acciones hasta la evaluación e información de las mismas. La población ha de transformarse en agente de su propio cambio y no objeto de intervención.
- Involucrar de manera activa a los agentes tradicionales de la salud, pero no como instrumentos auxiliares, sino que reconociéndoles su rol protagónico y relevante que la propia sociedad les asignó.
- Considerar las diferentes características etnicoculturales, sobre todo en el proceso de divulgación y comunicación social, a fin de que la población se sienta involucrada en el proceso.
- Capacitar de manera continua al personal de salud para que disponga de capacidades reales para trabajar de manera participativa. En este sentido asimismo la comprensión de la visión y comprensión del fenómeno salud – enfermedad por parte de la población meta es de vital importancia.
- La sociedad civil deberá buscar mecanismos para influir de manera beligerante en las autoridades regionales para que incidan en el Gobierno central para lograr la aprobación de la reglamentación de la ley de autonomía. Esto permitirá que se pueda ir adecuando y organizando la salud a la realidad y necesidad de la población costeña y convirtiendo el modelo de salud aprobado en la región, en una realidad.

13. BIBLIOGRAFIA

- Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial 1999, Banco Mundial Washington D.C. 1999
- Banco Mundial, Indigenous People and poverty in Latin America. Washington D.C. 1994
- Beaglehole R. Bonita.R. Kjellström, T. Epidemiología básica Washington D.C. OPS. 1996. 186 p.
- Censos Nacionales 1995. Cifras oficiales preliminares. República de Nicaragua. INEC. 1995
- Cunningham, M. Rupilius, P. Hooker, A. Propuesta del Modelo de Salud para la RAAN, Bilwi. 1995
- Davini, M.C. Educación permanente en salud. Serie Paltex . Washington. OPS. 1995
- Espinoza, J. Moraga, M y Cunningham, M. Perfil de salud en comunidades seleccionadas del Río Coco. RAAN. 1995. CIES, Managua 1995
- Espinoza, J. El gasto nacional en salud-resumen y proyecciones. 1993
- Fagoth, A. et al. Wan kaina kulkai/ Armonizando con nuestro entorno. Imprimatur. Bilwi. 1998
- Gobierno Regional Autónomo RAAN. Políticas para la creación de un fondo especial de desarrollo y promoción social. Bilwi, RAAN. 1995
- Gómez, M. Derechos Indígenas. Instituto Nacional Indigenista. México. 1991
- Gonzalez, M. et al. Usos y aplicaciones de epidemiología. Managua, CIES, 1995
- Hernández, R. et al. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill. Interamericana de España. Madrid. España. 1996
- Hooker, A. Conferencia sobre el proceso de descentralización de la administración de la salud. Bilwi, RAAN 1996
- Kroeger, A. Luna, R. Atención primaria en salud / Principios y métodos. Organización Panamericana de la Salud. PAX. México. 1992
- Kottak, P. Antropología. una exploración de la diversidad humana. 6 ta. edición. McGraw-Hill, Interamericana de España. Madrid, España. 1994
- Law, M.A. Programa de desarrollo del sector salud en la RAAN, Premisas, marco y estrategia. Gobierno de la RAAN. Puerto Cabezas, Nicaragua, 1995
- Martinez, Manuel. Cultura y Salud, Módulo Practicas Sanitarias , Managua 1996. sp.
- Montufar, C. Salud, cultura y antropología. Texto resumido de la conferencia realizada en el contexto del módulo interculturalidad en salud. Maestría en Salud Pública Intercultural. URACCAN/CIES. Bilwi, RAAN. 1999

Moraga, F. Amador, S. González, M. Factores condicionantes de la autogestión comunitaria, una perspectiva a partir de la comunidad. Acción Médica Cristiana Managua, 1995

Ministerio de Salud, La Reforma del sector Salud. MINSA Nicaragua 1994

Ministerio de Salud. Cuaderno de seguimiento del niño y la niña vacunada. Programa ampliado de inmunización. Managua. 1999

Ministerio de Salud. Manual para la organización de la Jornada Nacional de Salud. Programa Ampliado de Inmunización. Managua. 2000

Ministerio de Salud. Seminario Taller Prevención de diarrea y Cólera, nuevos horizontes en inmunización. PAI. Managua. 1999

Organización Panamericana de la Salud. Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de recursos Humanos. Serie Salud de los Pueblos Indígenas. OPS. Washington. 1999

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

Piura, J. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Managua, CIES El Amanecer. 1995

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

Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense / URACCAN. Dossier 1 er módulo complementario Interculturalidad y Salud. Bilwi, RAAN. 1999

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

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

14. ANEXOS

VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS JORNADAS NACIONALES DE SALUD EN BILWI, UN ENFOQUE INTERCULTURAL

GUIA DE ENTREVISTA A GRUPO FOCAL DE POBLACIÓN BENEFICIADOS

I. Datos Generales:

Fecha: _____

Lugar donde nació: _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Edad: menor de 20 años _____ 21-25 _____ 26-30 _____
31-35 _____ 36-40 _____ 41-45 _____ 46-50 _____ 50 ó más _____

Dónde vive actualmente? _____ Barrio _____

Si no nació en Bilwi, cuanto tiempo tiene de vivir en Bilwi?
1-5 años _____ 6-10 años _____ 11 a más _____

Religión a la que pertenece _____

Idiomas que habla _____

Lugar de trabajo _____

II. PERCEPCIÓN DEL USUARIO:

1. Qué entiende usted por salud?
2. Qué opinan ustedes sobre la Jornada Nacional de Salud que se realiza cada año?
3. Quién realiza las Jornadas Nacionales de Salud?

4. Quiénes participan en las J.N.S.?
5. Quién es el responsable de salud de la población?
6. Porqué?
7. Qué se hace en las Jornadas Nacionales de Salud?
8. Qué mas se debería de hacer en las J.N.S?
9. Donde vacuna la gente de los barrios a sus hijos?
En el Centro de Salud: _____
En el Hospital _____
En las Jornadas de Salud _____
En el Centro Clínico Bilwi: _____
La enfermera de barrio: _____
10. Adonde lleva la gente primero a sus hijos en caso de enfermedad; enumere por orden:
Curandero _____
Sukia _____
Enfermera de barrio _____
Centro de Salud _____
Hospital: _____
11. Qué enfermedades cura mejor el sukia o el curandero?
12. Qué enfermedades se curan mejor en el hospital?
13. Está satisfecho con la atención que recibe del MINSA?
Mucho _____ más o menos: _____ poco: _____ nada: _____

14. Cuál es el principal problema de la atención del MINSA, enumere por orden:

- Falta de medicamentos _____
- No respeta las creencias _____
- Mucha suciedad _____
- No hay médicos de la Región _____
- No hay presupuesto _____
- El personal no es amable _____
- No hay equipo _____
- Las filas son muy largas _____
- Ninguno: _____
- Otros _____

15. Contra qué vacunaron a los niños?

16. Les dieron Vitamina A a los niños? Si: _____ No: _____

17. Les dieron antiparasitarios? Si _____ No _____

18. Les dieron charlas a las madres o embarazadas? Sí _____ No _____

19. Cuándo deben vacunar a los niños nuevamente?

20. Debería participar la comunidad ó barrio en las Jornadas Nacionales de Salud?

21. Cómo prefiere que sean vacunados sus hijos?

Jornada _____ Centro de Salud _____
Enfermera de barrio _____

22. Conocen los resultados de las J.N.V.?

23. Tiene sugerencias de cómo mejorar las J.N.S.?

24. Cuál es para usted el mejor día para vacunar?

Para contestar las preguntas se hacen grupos de tres personas. Luego de contestar cinco preguntas, se socializan las contestaciones en plenario, para volver nuevamente a los mismos grupos.

VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS JORNADAS NACIONALES DE SALUD EN BILWI, UN ENFOQUE INTERCULTURAL

GUIA DE ENTREVISTA A GRUPO FOCAL DE AGENTES TRADICIONALES DE SALUD

I. Datos Generales:

Fecha: _____

Lugar donde nació: _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Edad: menor de 20 años _____ 21-25 _____ 26-30 _____
31-35 _____ 36-40 _____ 41-45 _____ 46-50 _____ 50 ó más _____

Dónde vive actualmente? _____ Barrio _____

Si no nació en Bilwi, cuanto tiempo tiene de vivir en Bilwi?

1-5 años _____ 6-10 años _____ 11 a más _____

Religión a la que pertenece _____

Idiomas que habla _____

Lugar de trabajo _____

II. PERCEPCIÓN DEL USUARIO:

1. Qué entiende usted por salud?
2. Qué opinan ustedes sobre la Jornada Nacional de Salud que se realiza cada año?
3. Quién realiza las Jornadas Nacionales de Salud?

4. Quiénes participan en las J.N.S.?
Participan los A.T.S.?
5. Quién es el responsable de salud de la población?
6. Porqué?
7. Qué se hace en las Jornadas Nacionales de Salud?
8. Qué mas se debería de hacer en las J.N.S?
9. Qué es lo más importante en las J.N.S.?
10. Quién lleva al niño al Puesto para ser vacunado?
11. Donde vacuna la gente de los barrios a sus hijos?
En el Centro de Salud: _____
En el Hospital _____
En las Jornadas de Salud _____
En el Centro Clínico Bilwi: _____
La enfermera de barrio: _____
12. Adonde lleva la gente primero a sus hijos en caso de enfermedad; enumere por orden:
Curandero _____
Sukia _____
Enfermera de barrio _____
Centro de Salud _____
Hospital: _____
13. Qué enfermedades cura mejor el sukia o el curandero?
14. Qué enfermedad cura mejor la partera?
15. Qué enfermedades cura mejor el Médico?

4. Cree que se puede mejorar las Jornadas de Salud en el barrio y la comunidad?
5. Cómo quisieran ustedes participar en las Jornadas de Salud?
6. Cuándo cree usted que es el mejor momento para realizar las actividades en torno a la salud en la comunidad? Porqué?
7. Qué cosas se deberían hacer en el barrio o comunidad para mejorar la situación de salud?

Para contestar las preguntas se hacen grupos de tres personas. Luego de contestar cinco preguntas, se socializan las contestaciones en plenario, para volver nuevamente a los mismos grupos.

VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS JORNADAS NACIONALES DE SALUD EN BILWI, UN ENFOQUE INTERCULTURAL

CUESTIONARIO DEL PERSONAL DE SALUD MÉDICOS Y ENFERMERAS DE BILWI

I. Datos Generales:

1. Lugar donde nació: _____ Región ó Departamento _____
Municipio: _____ Comunidad: _____
2. Sexo: Masculino _____ Femenino _____
3. Edad: menor de 20 años _____ 20-25 _____ 26-30 _____ 31-35 _____
4. Dónde vive actualmente? _____
5. Si no nació en Bilwi, cuánto tiempo tiene de vivir en Bilwi?
1-3 años _____ 3-5 a _____ 5-10 a _____ más de 10 años _____
6. Religión: _____ Etnia: _____
7. Idiomas que habla _____
8. Lugar de trabajo:
Hospital: _____ Centro de Salud: _____ Clínica Privada
Oficina Regional: _____
9. Cargo que ejerce: _____
10. Especialidad: _____

II. EFICACIA DE LOS DIFERENTES COMPONENTES DE LAS JORNADAS

11. Quienes planifican las Jornadas Nacionales de Salud?
12. Conoce usted los objetivos de las Jornadas Nacionales de Salud?
13. Qué se hace en las Jornadas Nacionales de Salud?
14. Cuántos Jornadas Nacionales de Salud hay por año?
- 15.Cuál es la ventaja o logro de las Jornadas Nacionales de Salud?
16. Qué es lo más importante de las J.N.S. mencione en orden :
Inmunización, Vitamina, charlas, desparasitación, entrega de cloro
17. Cuáles son los principales problemas de las Jornadas Nacionales de Salud?
18. Conoce las estrategias de las Jornadas Nacionales de Salud?
Si _____ No _____ Poco _____
19. Cuáles son?
20. Cree usted que se cumpla con las metas planificadas en la Jornada?
21. Conoce las normas para la aplicación de las vacunas? _____
_____ de la Vit A _____ de los antiparasitarios _____
22. Están disponibles las normas para la vacunación? _____

23. Para desparasitar? _____
24. Para la Vit. A? _____
25. Se cuenta con la cantidad necesaria de vacunas, antiparasitarios y Vit.A, para realizar las Jornadas?

26. Se les informa a los acompañantes de los niños y niñas, sobre las vacunas que se les de y para qué sirven?
27. Se realiza las Jornadas de limpieza al mismo tiempo (fecha) que las Jornadas de vacunación?
Porqué si o porqué no?

III. COMPATIBILIDAD NEGATIVA

28. Participan los curanderos (as), consejeros voluntarios (as), y parteras en las J.N.S?
29. Cómo participan?
30. Participan la estructura Comunitaria en las Jornadas de Vacunación?
Quiénes participan?
31. Cómo participan?
32. Quién decide cuando se vacuna en la comunidad o barrio?
Fecha y lugar:
33. Además de vacunar? Qué más se hace en las Jornadas Nacionales de Vacunación?
34. Apoyan los comunitarios las Jornadas? _____ Cómo apoyan? _____
35. Cree que los comunitarios deberían aportar en las Jornadas?
36. Cómo se escoge al personal que va a la Jornada que se realiza en la Comunidad?
Cuáles son los criterios?
37. Saben los comunitarios (as) para qué sirven las J.N.V?
38. Cree usted que los agentes tradicionales de salud, conocen y saben tratar a las enfermedades prevenibles por vacuna?

IV. FOMENTO DE TRADICIONES Y CULTURA

39. Conoce usted el concepto de Salud Indígena?Cuál es?
40. Cree usted que debería participar el A.T.S. en las J.N.S?
41. Ha recibido usted algún curso sobre cosmovisión indígena o negra? Con quién y donde?
42. Cree usted que hay enfermedades que saben curar el A.T.S. _____
Si su respuesta es sí, Cúales?
43. Cree usted que el A.T.S. debería participar en la planificación de la J.N.V.? _____
Cómo?

V. TRABAJO SISTEMÁTICO EN SALUD

44. El Ministerio de Salud aplica vacunas, dan vitamina A y desparasitan, fuera de las J.N.V.? _____ si su respuesta es sí, favor decir cómo?
Y cuando?
45. Quiénes son los que aplican las vacunas en las Jornadas?
46. Quién escoge al personal que vacuna en la comunidad?
47. Fuera de las Jornadas, quiénes? Y dónde?
48. Conoce la población los resultados de la Jornada? Si su respuesta es sí , cómo se informan de los resultados?
49. Participa el personal de salud en un taller de Vacunación antes de la Jornada?
50. Se capacita a los voluntarios? _____ como? _____
Cuándo? _____ por cuanto tiempo? _____

51. Apoyan las instituciones del Estado en las Jornadas? _____
Cómo? _____ con qué? _____

52. Cómo se vacuna la mayoría de los niños(as) en el área rural:
Sistemático _____ Jornadas _____ No se _____

53. Cómo se vacuna la mayoría de los niños (as) en el área urbana:
sistemático _____ Jornadas _____ No se _____

VI. CALIDAD DE LA EJECUCIÓN

54. Cuenta la Jornada con todos los materiales necesarios? _____

55. De dónde se abastecen? _____

56. Les parece que vacunar a los niños es bueno? _____
Porqué? _____

57. Sabe usted qué enfermedad cura el curandero?

58. Sabe qué es el Yumuh? _____ favor explique

59. Sabe que es el Patas? _____ favor explique

60. Conoce alguna enfermedad causado por malos espíritus? Cuales son?

61. Cree usted que el curandero y el médico occidental, deben coordinar acciones?

_____ Porqué? _____
Qué clase de acciones?

62. A donde cree usted que van los pacientes primero cuando se enferman:

Curandero _____

Enfermera del barrio _____

Médico Privado _____

Hospital _____

Centro de Salud _____

Puesto de Salud _____

Porqué? _____

63. Tiene alguna recomendación para mejorar las Jornadas de Vacunación?

**VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS JORNADAS
NACIONALES DE SALUD EN BILWI
UN ENFOQUE INTERCULTURAL**

**VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS JORNADAS NACIONALES DE
SALUD EN BILWI, UN ENFOQUE, INTERCULTURAL.**

CONSOLIDADO DE LAS ENTREVISTAS HECHO A 4 GRUPOS

DATOS GENERALES

	A.T.S	M. Miskitas	M. Mestizas	C. Creole
Edad Promedio	45 años	29 años	33 años	
Procedencia	2 Pto. Cabezas 3 Río Coco	5 Pto. Cabezas 2 Waspam	2 Puerto Cabezas 1 Juigalpa 1 Honduras 1 Waspam	4 Bluefiledas 3 Pto. Cabezas 2 Las minas
Barrio Donde vive	3 El Cocal 1 El Muelle 1 P. Ferrera	5 El Cocal 1 Revolución 1 Santa Inés	2 El Cocal 4 Santa Inés	3 Spanish Town 5 Arlen Siu 1 Peter Ferrera
Tiempo promedio de vivir en Bilwi	12 años	14 años	10 años	14 años
Lugar de Trabajo	5 en casa 1 en O.N.G	5 Casa 2 Instituciones	6 Casas 1 Institución 1 Pulpería	3 Casa e Instituciones 2 no trabaja
Idiomas que hablan	3 Bilingues 2 trilingues	3 trilingues 2 bilingues	Español	Creole e Inglés
Religión	4 Moravos 1 Católico	6 Moravos 1 Igl. De Dios	2 Moravos 1 Testigo de Jehová	7 Moravo 2 Anglicanos
Sexo	3 Mujeres 2 Hombres	7 Mujeres 0 Hombres	8 Mujeres	7 Mujeres 2 Hombres
Etnia	5 Miskitos	7 Miskitos	8 Mestizos	Creole

VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS JORNADAS NACIONALES DE SALUD EN BILWI, UN ENFOQUE, INTERCULTURAL.

Consolidado de las entrevistas hecho a 4 grupos focales como beneficiarios (as) de las Jornadas Nacionales de Salud.

- Agentes tradicionales de salud (A.TS.)
- Madres Miskitas (M.M.)
- Madres mestizas (M.Mest.)
- Madres y padres creoles (C.C.)

I. Percepción del usuario:

1. Qué entiende usted por salud?

Agentes Tradicionales :

Es cuando la persona está feliz, alegre, canta, se levanta temprano para trabajar con ánimo. Camina rápido y come bastante. La persona enferma se ve pálida y desnutrida. Se ve lágrima y tristeza.

Madres Miskita :

Es cuando la persona se siente bien sin preocupación. Es poder ir a trabajar con Animo. Es también cuando el barrio está limpio.

Madres Mestizas:

La persona se siente bien física y mental y sin problemas económicos.

C. Cróeles:

Es cuando la persona está libre de enfermedad. Puede trabajar y resolver sus propio problemas y el de su familia con la ayuda de Dios.

2. Qué opina sobre las Jornadas Nacionales de Salud?

ATS:

Que son buenas. Participan las enfermeras vacunando a los niños. A algunas personas no les gustan que les vacunen a sus hijos porque les da calentura.

Madres Miskitas:

Son buenas. Ayudan a evitar las enfermedades. Es importante porque dan pastillas para los parásitos y vitaminas. También se limpia el barrio y se fumiga contra los zancudos. Se quema y bota la basura.

Madres Mestizas :

Es importante porque se hace varias cosas, vacunar, limpieza del barrio y se dan pastillas .

C. Creoles:

Ayuda a evitar que se enfermen los niños.

3. Quién realiza las Jornadas Nacionales de Salud?

A.T.S.

El personal de la clínica Bilwi en conjunto con el MINSA y los comités de barrios.
Otras personas también deberían participar, pero depende.

Madres Miskitas:

El MINSA Regional

Madres Mestizas:

El MINSA en coordinación con otras instituciones.

C. Creole:

3, no saben, 6 dijeron que el MINSA.

4. Quiénes participan en las Jornadas Nacionales de Salud?

A.T.S.:

Depende, deberían de ser todos. La comunidad (todos deberían participar) y deberían estar en dependencia de lo que hace cada uno.

Madres miskitas:

Trabajadores de la salud, enfermeras, trabajadores del A.C.E.M. y trabajadores en general.

Madres mestizas:

Las enfermeras, los médicos, líderes del barrio, Alcaldía, el Ejército, instituciones.

C. Creoles:

Las enfermeras del MINSA, a veces los estudiantes de los Colegios, y algunas Instituciones del estado .

5. Quién es el responsable de la salud de la población?

A.T.S.

Todos somos responsables de la salud. Las personas actualmente no participan Porque los dirigentes de la salud, no los toman en cuenta. Uno de los problemas es la falta de comunicación. Hace poco hubo vacunación canina y nadie se dio cuenta. Antes las Jornadas se hacían en las casas y participaban más gentes, pero ahora ya no se hace de esa manera.

Madres miskitas :

El MINSA

Madres mestizas :

El MINSA, clínicas privadas, hospital.

C. Creole:

2 Personas dijeron que el MINSA y 7 dijeron que: todos somos responsables de la salud.

Sienten que el MINSA debe informar a la población lo que se hace en las Jornadas porque generalmente no se hace.

6. Qué se hace en las Jornadas Nacionales de Salud?

A.T.S.

Se vacunan a veces, se hacen jornadas de limpieza y se clora el agua.

Madres miskitas :

Vacunan a los niños y adultos. Vacunan a mujeres embarazadas, dan vitaminas y pastillas para sacar los parásitos. Visitan los barrios y hacen Jornadas de limpieza. Ponen abate en el agua y los charcos.

Madres mestizas :

Vacunan, jornadas de limpieza, desparasitan, dan vitaminas a niños y embarazadas, Abate en los pozos, charcos, fumigan y cloran el agua.

C. Creole

Vacunan, dan pastillas para los parásitos, aveces ponen tratamiento en los pozos.

7. Qué más se debería de hacer en las Jornadas?

A.T.S.

La limpieza del barrio. Hay que evitar que haya mucha suciedad. Limpieza del agua de beber, hay que ayudar a la gente a tomar agua limpia.

Madres miskitas:

Lo más importante es vacunar y hacer limpieza.

Madres mestizas:

Limpian los patios, quemar las basuras, chapear los predios, limpiar las calles. La alcaldía debe multar a los que no cumplen con la orientación de las Jornadas de limpieza, aunque sea con la policía.

Clorificación del agua. Hablar con el Alcalde y los Concejales, para hacer Jornadas de limpieza.

8. Donde vacuna la gente a sus hijos?

A.T.S.

En las jornadas, a veces en la clínica Bilwi, o en el Centro de Salud.

Madres miskitas :

A veces en las Jornadas, a veces en la clínica Bilwi, o en Centro de Salud

Madres mestizas:

Clínica Bilwi, centro de Salud, enfermeras de terreno, visitas casa por casa.

C. Creole :

La enfermera del barrio llega a la casa. Vacuna antes en el Puesto de Salud que tenía en el barrio, en el Centro de Salud o en las Jornadas.

9. A donde lleva primero a su hijo en caso de enfermedad?

A.T.S.:

Depende de la enfermedad. Si la enfermedad es causada por malos espíritus, lo llevan al curandero. Si es por otra causa, lo llevan al médico. Se lo llevan al primero al curandero , el hace un diagnóstico y les dice a donde deben de llevar al niño.

Madres miskitas :

Depende de qué se enfermó el niño. Si es por Liwa Mairin, hay que llevarlo al curandero.

10. Quién lleva al niño al Puesto de Vacunación?

A.T.S.

La mamá, la hermana ó el hermano.

Madres Miskitas:

La mamá, a veces la hermana ó el hermano.

Madres mestizas:

La mamá, la abuela o la tía. Si no hay nadie, la hermana ó hermano mayor.

Madres Mestizas:

Primero a la clínica Bilwi, después al hospital, curandero, enfermera del barrio, a veces se va directamente a la farmacia a comprar medicamentos.

C. Creoles:

Todos coincidieron en lo siguiente:

La familias creole atienden a sus enfermos en la casa con yerbas, usan medicinas caseras. Si no lo pueden curar, van donde una vecina cróele para ver si ella sabe. Si no los puede curar, buscan a la curandera que generalmente también es partera. Ya sea a Mrs. Dorothy ó a la Anti (atendió sus propios partos) . A la Sra. Lampson, le atiende Kerry. Hay muchas curanderas y parteras creoles de renombre que ya murieron tales como Mrs. Lulú, Mrs. Daysi Brooks, Mrs. Da Casanova, Mrs Rose, Mrs. Hunter .

Si no lo pueden curar, van al médico privado, aunque tengan que prestar el dinero y Por último van al hospital. Al hospital sólo se va si uno está grave. Muchas de las enfermedades se curan con la limpieza. Por eso es que Cuthbert para todo da enema. Aunque no se debería utilizar para cada enfermedad. Eso puede poner grave al paciente.

11. Qué enfermedad cura mejor el curandero?**A.T.S**

Ashma, grisi siknis, yumuh, kukra , karate, úlceras en el cuerpo, enfermedad de la piel. Enfermedades causadas por malos espíritus, diarrea y migraña.

Madres Miskitas:

Yumuh, enfermedades causadas por hechizo.

Madres Mestizas:

Empachos, malos espíritus, yumuh

- Fiebre, tos, catarro, ashma
 - Diarrea, partos
 - Colesterol elevado
 - Diabetes
 - Hipertensión
 - Las cusadas por witch-craff ó obeah
1. Mutruse: cuando la persona se inflama y se desinflama como sube y baja la marea.
 2. Hay gente que se corren de la casa y no vuelven a entrar nunca más.
 3. La persona se pone débil, sin ánimo, siempre está enfermo y no se le encuentra la causa.
 4. Las personas que saben mucho pueden poner hierbas en la panza o sapo. Cualquier animal puede ser puesto en la barriga de las personas a la que se quiere hacer el mal.

5. Las personas se ven desgastadas sin razón y se van secando. Para la curación se debe usar, mery gold, guini hen, John Charles, coco tierno, limón criollo, fever grass tea. Todas estas hierbas son muy importantes y hay que asegurar que esté creciendo en el patio. No hay que tener miedo, pero hay que estar claros que los malos espíritus existen. Eso lo dice la biblia. Esta realidad hacen que acepten. También hay gente que dicen que saben, y no saben nada.
12. Qué enfermedad curan mejor en el Hospital?
A.T.S:
Los médicos occidentales curan mejor infecciones, enfermedades donde tiene que operar.
- Madres miskitas:**
Pueden curar todas las enfermedades, menos las que son de largo y que ve que la gente se está muriendo, y las causadas por hechizos.
- Madres Mestizas:**
Anemia, operaciones, fracturas, problemas de vesícula, diarrea.

C. Creole:

Los que se pueden diagnosticar por medio de máquinas (3 personas),
Ultrasonidos, laboratorio, rayos X etc.

La Sra. Malone, llevó su nuera con la partera Mrs. Dorothy Velásquez, ella la revisó, la chequeó, y le recomendó llevarla al hospital. En el hospital se le reventó la fuente. Pasó 6 días con dolor de parto. Al sexto día ella les rogó que hicieran algo y que sacaran un ultrasonido, al hacerlo se vió que el niño tenía el cordón alrededor del cuello, tuvieron que cesarear a la muchacha de urgencia.

13. Qué debe mejorar el MINSA en su atención general a la población?

A.T.S

Mejorar el respeto a la población y a los A.T.S coordinar acciones.

Nosotros podríamos ayudar en muchas cosas. Deben saber escuchar lo que dice la gente y no sólo escribir.

Madres Miskitas:

Mejorar el trato al paciente. Explicar al paciente qué es la enfermedad que tiene y como lo piensa curar. Qué tiene que hacer el paciente, y cuanto le va a costar.

Madres mestizas:

Mejorar el trato al paciente. Escucharlos, hablarles bien.

El Centro de Salud debe mejorar la atención, en especial en admisión, porque maltratan mucho a la gente diciéndoles que si no tienen número de tarjeta lo dejan de último.

C. Creole:

Todo, desde la manera de dar información y de brindar la atención a los pacientes. Uno de los participantes llevó a su hija de emergencia al hospital. Nadie le preguntó que quería, a la hora y media salió un médico que cruzó a la clínica de enfrente. Esperó media hora más y como nadie le dijo nada, buscó una enfermera y le preguntó por el médico. La enfermera le informó que el médico estaba también atendiendo en la clínica del Dr. Regalado y que si lo necesitaba, tendría que ir personalmente a buscarlo, lo que terminó haciendo.

Todos los presentes hicieron referencias a experiencias anteriores.

Mrs. Julia Lampson, no se opera porque su hija no tiene vacaciones y ya le han dicho que aunque vayan al privado, tienen que tener alguien que la cuide. Lo único que quieren es dinero.

14. Cuál es el principal problema de la atención que brinda el MINSA. Enumere por orden :

A.T.S.:

- Falta de respeto a los A.T.S. y a las creencias
- Falta de presupuesto
- No coordinan actividades con la gente de los barrios, solo con algunas instituciones
- Falta de medicamentos

Mujeres Miskitas:

- Falta de medicamentos
- Falta de presupuesto
- Mucha suciedad
- Mal trato al personal

Mujeres Mestizas:

- Falta de medicamentos
- Maltrato de algunas enfermeras y el personal de admisión
- Falta de médicos
- Las filas son muy largas
- Falta de equipos

C. Creole:

- Hay falta de medicamentos, pero también hay irrespeto a la gente
- Los médicos, la mayoría no nos tocan, no nos miran, ni siquiera escriben y te dan la receta después no hay medicamentos y te mandan a la clínica de Regalado a comprarlos. Tal vez tienen miedo de contaminarse.
Creo que cuando a la región y ven cómo el personal de aquí trata a su misma gente, ellos lo repiten, hasta los mismos médicos de aquí tratan bien al que quiere. No tratan bien a todos.
- Tampoco el personal tiene disciplina, los médicos no están cuando los necesitas, las enfermeras se duermen.
- Tratan bien a la gente que conocen y que tienen dinero
- Los médicos prefieren dar consulta privada para sacar dinero extra.

15. En las Jornadas Nacionales de Salud, dónde vacunan a los niños?

M. Miskitas

En la Clínica Bilwi, en las Jornadas casa por casa

M. Mestizas

En casa por la enfermera de terreno y en las Jornadas

C. Creole

En el Centro de Salud o en las Jornadas casa por casa

16. Contra qué se vacuna a los niños en las Jornadas Nacionales de Salud?

M. Miskitas

Tétano, chifladora, sarampión, D.P.T polio, varicela.

M. Mestizas

Rubéola, tétano, sarampión, tuberculosis, neumonía, paperas, polio, meningitis

C. Creole:

Contra polio y sarampión

17. Les dieron vitamina A a los niños y niñas? _____ Antiparasitarios? _____

M. Miskitas Sí Sí

M. Mestizas Sí Sí

C. Creole Sí Sí

18. Les dieron charlas a las madres y embarazadas?

M. Miskitas Sí

M. Mestizas Sí

C. Creole No. Se les dice que les van a dar las vacunas y pastillas y les dicen
Contra qué enfermedad son?

19. Debería participar los pobladores de las comunidades ó barrios en las Jornadas Nacionales de Salud? Cómo deberían aportar? Y los A.T.S.?

A.T.S:

Sí deberían participar, pero se tiene que coordinar bien primero para ver que se va a hacer. Hay algunas cosas que debilitan a los curanderos como, la menstruación o la mujer que acaba de parir y otras cosas. Así que se tendría que ver muy bien, pero creemos que es importante.

M. miskitas:

Sí. Participando en las limpiezas del barrio donde vive cada uno.

M. mestizas:

Sí. Participando como brigadistas y participando en las jornadas de limpieza.

C. Creole:

Sí. Todos deberían de participar, prestando las casas como Puestos de Vacunación, avisando a la gente que deben ir a vacunar a sus hijos.

20. Cómo prefieren que sea vacunado sus hijos?

M. Miskitas

En sistemático Sí ó en Jornadas Sí

M. Mestizas

Por la enfermera del barrio y en la clínica

C. Creole

Por la enfermera del barrio y casa por casa

21. Conocen los resultados de las Jornadas Nacionales de Salud?

A.T. S. No

M. Miskitas No

M. Mestizas No

C.Creole No

22.Cuál es para usted el mejor día para vacunar?

A.T.S.

El sábado, preferiblemente el viernes. No, porque es cuando tienen bastante trabajo

M. miskita:

El fin de semana, porque es cuando generalmente encuentran a las mamás en casa

M. mestiza:

El fin de semana

C. Creole :

Sábado y domingo porque son los días donde generalmente se encuentran en casa los padres de familia.

23. Quién es el responsable de Salud de la población? Porqué?

A.T.S

M. Miskitas:

Porque a ellos les corresponde ver que la gente esté sana y para eso, dar las pastillas y pesar a los que ameriten.

M. Mestiza:

Porque estos lugares es donde se debe encontrar alivio a los males y eso es el trabajo del MINSA.

Es por eso que nos atienden mal en el hospital. Porque no decimos nada y permitimos que nos maltraten. Si reclamáramos, y si los denunciáramos las cosas serían diferentes. Por las noches las enfermeras se duermen y en vez de despertarlas para que trabajen tratamos de no despertarlas, igual el médico.

Sienten además que no se debe dar todo gratis, porque entonces nadie cuida las cosas. El Dr. Bach, ha traído muchas cosas buenas y se lo han robado. Esto no es correcto. Hay que cobrar como el 50% del costo de la atención y el tratamiento para que puedan mejorar la atención. Si todo es gratis, entonces siempre va a haber un sector que va a estar enfermo siempre.

24. Tiene sugerencias de cómo mejorar las Jornadas Nacionales de Salud?

A.T.S.

Debe haber mayor coordinación del MINSA con los A.T.S.

- Que haya mayor participación de todos
- Que avisen a la gente con tiempo sobre las jornadas, por la radio y en las Iglesias, para que se puedan preparar
- Programar intercambio de experiencia con los médicos y los A.T.S.

M. Miskitas :

- Que se le avise con tiempo a la población, para que puedan estar listos

M. Mestizas:

Se debería a la par, hacer las jornadas de limpieza, que haya suficiente propaganda por la T.V., la Radio y las Iglesias, que haya refrigerio para las personas que participen y también transporte.

C. Creole :

- Que se les explique a los demás lo que es la jornada y qué se está haciendo
- Se debería con la clorificación del agua, porque esto ya no se hace
- Se debería hablar con los Concejales y Alcalde. Este es un pueblo sucio y eso causa enfermedades.

VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS JORNADAS NACIONALES DE SALUD EN Bilwi UN ENFOQUE INTERCULTURAL

GUÍA DE ENTREVISTA A GRUPO FOCAL DE POBLACIÓN BENEFICIADA

Fecha: 9 de Marzo 2,001

Lugar de Nacimiento:

Sexo: 2 masculinos
7 Femeninos

Barrio: 5 Arlen Siu
3 Spanish Town
1 Peter Ferrera

Idiomas que hablan : Todos son bilingues creole y español

Lugar de trabajo: 4 Instituciones, 3 por sí solos, 2 no trabajan

Religión: 7 Moravos, 2 Anglicanos

1. Salud es cuando la persona está libre de enfermedad.
Es cuando está sana, puede trabajar y resolver sus propios problemas, tiene bastante energía.
2. Que es muy importante. Ayuda a evitar que se enfermen los niños y niñas. Si no se vacunan es más fácil que se enfermen.
3. Quién realiza las Jornadas Nacionales de Salud?
3- No saben – 6 El MINSA.
4. Quiénes participan en las Jornadas Nacionales de Salud?
 - Las enfermeras del Ministerio de Salud
 - A veces con estudiantes de los Colegios
 - A veces algunas instituciones con vehículos
5. Quién es el responsable de la Salud de la población?
2 personas dijeron que el MINSA
6. Sienten que el personal de salud debe informar qué es lo que se está haciendo en las Jornadas, pero generalmente no lo hacen.
7 personas: todos somos responsables de la salud.
Es por eso que nos atienden mal en el hospital. Porque no decimos nada y permitimos que nos maltraten. Si reclamáramos y si los denunciáramos, las cosas serían diferentes . En las noches las enfermeras se duermen y en vez de despertarlas para que trabajen tratamos de no despertarlas, igual que al médico.

7. Qué se hace en las Jornadas Nacionales de Salud?
5 personas: Vacunan, dan pastillas para los parásitos. A veces ponen tratamiento a los pozos.
8. Qué más se debería hacer en las Jornadas Nacionales de Salud?
se deberá continuar con la clorificación del agua. Esto ya no se hace.
se debería hablar con los Concejales y el Alcalde, este es un pueblo sucio y eso causa más enfermedades.
sienten además que no se debe dar todo gratis porque entonces nadie cuida las cosas. El Dr. Bach ha traído muchas cosas buenas y se los han robado. Eso no es correcto.
hay que cobrar como el 50% del costo de la atención y el tratamiento para que puedan mejorar la atención. Si todo es gratis entonces va a haber un sector que va a estar enfermo siempre.
9. Donde vacuna la gente de los barrios a sus hijos?
 - 1 persona. La enfermera del barrio va a mi casa y vacuna a los niños. Si se enferma alguien, va y también los atiende.
 - 3 personas, antes había un puesto en el barrio, donde había siempre una enfermera. Ya se cerró el puesto, pero deberíamos recoger para volverlo a abrir.
 - 1 persona, yo no he visto ninguna enfermera en mi barrio (Spanish Town) ni en el barrio donde trabajo (El muelle) .
 - Para las Jornadas se vacunan casa por casa donde hay niños.
10. A donde lleva primero la gente a sus hijos en caso de enfermedad, enumere por orden:
Todos coincidieron que dependía :
Las familias creole, atienden a sus enfermos en la casa con yerbas, si no lo pueden curar, buscan a la curandera ó vecina, si empeora la persona, entonces van al médico privado. Si no tienen dinero, lo buscan, y sólo si no lo pueden conseguir van al hospital o al Centro de Salud.
1 de las señoras atendió su propio parto.
Hay parteras y curanderas muy buenas a donde van primero.
11. Qué enfermedades cura mejor el curandero?
 - Fiebre, tos, catarro, asma
 - Diarrea, partos
 - Colesterol elevado
 - Diabetes
 - Hipertensión
 - Los causados por Witch-Craff ó el Obeah

Estas enfermedades se presentan como:

1. Mutruse: cuando la persona se inflama y se desinflama a como sube y baja la marea.
2. Hay gente que se salen corriendo de sus casas y no vuelven a entrar nunca más.
3. Persona se pone débil, sin ánimo, siempre está enfermo y no se le encuentra la causa.
4. Personas, se ven desgastadas sin razón, personas que se secan. Para la curación se debe usar Mary Gold, guine hen, John Charles, coco tierno, limón criollo; fever grass tea.

12. Qué enfermedad curan mejor en el hospital .
Los que se pueden diagnosticar por medio de máquinas. (3 personas), ultrasonido, laboratorio, rayos X etc.

La señora Malone, llevó su nuera con la partera Dorothy Velásquez, ella la revisó, la chequeó y le recomendó llevarla al hospital. En el hospital se le reventó la fuente pasó 6 días con dolor de parto. Al sexto día ella les rogó que por favor hicieran algo y que sacaran un ultrasonido, al hacerlo se vio que el niño tenía el cordón alrededor del cuello, tuvieron que cesarear a la muchacha de urgencia.

13. Está satisfecho con la atención que recibe del MINSA?

Los 9 respondieron que no .

1 persona llevó a su hija de emergencia al hospital con vómito. Nadie le preguntó qué quería, a la hora y media salió un médico que cruzó a la clínica de enfrente. Esperó ½ hora más y como nadie le dijo nada, buscó una enfermera y le preguntó por el médico. La enfermera le informó que el médico estaba también atendiendo en la clínica del Dr. Regalado, y que si lo necesitaba, tendría que ir personalmente a buscarlo, lo que terminó haciendo.

Todos los presentes hicieron referencias a experiencia anteriores.

Mrs. Julia Lampson, no se opera porque su hija no tiene vacaciones y ya le han dicho que si uno va al privado, se tiene que tener a alguien que te cuide. Lo único que quieren es dinero.

14. Cuál es el principal problema de la atención del MINSA, enumere por orden:

- Hay falta de medicamento, pero también hay irrespeto a la gente.
- Los médicos, la mayoría no nos tocan, no nos miran, ni siquiera escuchan, sólo escriben y te dan la receta después no hay medicamentos y te mandan a la clínica de Regalado a comprarlos, talvez tienen miedo de contaminarse.
- Creo que cuando vienen a la región y ven como el personal de aquí a su misma gente, ellos lo respeten. Hasta los mismos médicos de aquí, tratan bien al que quiere, no tratan bien a todos.
- El Dr. Irvin trata bien a la gente y te visita a la casa para ver cómo sigue. El salvó a doña Blanca, porque un médico le dejó una gasa adentro y ni la volvió a ver cuando se quejaba, así la mandó a su casa, pero el Dr. Irvin la fue a visitar y cuando la revisó, le encontró la gasa y la curó.
- Tampoco el personal tiene disciplina, los médicos no están cuando los necesitan, las enfermeras se duermen.
- Tratan bien a la gente que conocen y que tienen dinero.
- Los médicos prefieren dar consulta privada para sacar dinero extra.

15. Saben contra qué se vacunan a los niños?

Sí, contra polio con las gotitas . Les dan pastillas y los inyectan. Es para que no les de Sarampión.

16. Les dieron vitaminas A a los niños? Sí

17. Les dieron antiparasitarios? Sí

18. Les dieron charlas a las madres o embarazada, no sólo les dicen que les van a vacunar y les dicen contra qué enfermedad.

19. Cuándo deben vacunar a los niños nuevamente?

En la próxima Jornada. Avisan por la radio.

Alda Simons, avisa cuando van a vacunar, pero no vacunan a todos los niños . Sólo a algunos . Ellas tienen las tarjetas de vacunación y lo enseñan.

20. Debería participar la comunidad ó barrio en la Jornada Nacional de Salud? Cómo?

Sí deberían participar . Deben prestar sus casas. Ayudar a avisar a la gente que deben ir a vacunar a sus hijos.

21. Cómo prefiere que sean vacunados sus hijos?

4 personas, por la enfermera de barrio.

22. Conocen los resultados de las Jornadas Nacionales de Salud?

No

23. Tiene sugerencias de cómo mejorar las Jornadas Nacional de Salud?

Que le hablen a la gente y que les explique lo que están haciendo.

24.Cuál es para usted el mejor día para vacunar?

El fin de semana, sábado y domingo porque son los días que descansamos.

VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS JORNADAS NACIONALES DE SALUD EN Bilwi UN ENFOQUE INTERCULTURAL

CUESTIONARIO DEL PERSONAL DE SALUD MEDICOS Y ENFERMERAS DEL BILWI

Miriam García

FECHA: 15 de Diciembre del 2000

I. DATOS GENERALES:

1. Puerto Cabezas, Puerto Cabezas, Awastara
2. Femenino
3. 39 años
- 4.
5. Más de 10 años
6. Morava
7. Miskita
8. 3(Español, miskito, Inglés.)
9. Directora municipal de Salud – Puerto Cabezas
10. Lic. En Administración de enfermería.

1. Sí, es para llevar a la población el paquete de: vacunación , vitamina A y antiparasitario , a los grupos priorizados . Se logra dar 1 dosis a todas las comunidades . En la jornada se da refuerzo con antipolio . En el sistemático no se da.
2. Se da antiparasitario , vitamina A, charlas, se vacuna a niños de 0 a 5 años, a mujeres en edad fértil, al 5% de hombres y a veces se da cloro.
3. 2 jornadas al año.
4. Se cubre a cada una de las comunidades .Se asigna presupuesto para la actividad.
La desventaja es: no poder dar seguimiento a lo que se hace en la jornada por falta de presupuesto , transporte y viático.
5. Charlas, inmunización ,entrega de cloro, vitaminas , desparasitación.
6.
 - Falta de apoyo de parte de los delegados municipales de las instituciones.
 - Poca participación de la sociedad civil.
 - Poco interés de las autoridades regionales.
 - Problema de transporte y presupuesto insuficiente.
7. Sí.
8. Casa por casa, en algunas comunidades van del puesto de salud. Depende de la auxiliar de enfermería de esa comunidad.
9. En antipolio se cumple con el 100%. En B.C.G con el 90%, con las M.E.F. el 95% , con el nuevo se cubre el 100%.
A veces no se cumple con el 100%, pero entonces se recurre a la mini jornada. A veces hay problemas con los padres de familia que no quieren vacunar a sus hijos por orientación de las iglesias (creencias religiosas).
10. Sí, se realizan cuatro capacitaciones sobre normas, manejos de vacuna, esquemas de vacunación, se bajan los objetivos, el manejo de termos .
Se da el esquema de las dosis por edad y se recuerda como dar el anti -
Parasitario y la vitamina A.
11. Sí, se le asegura a cada brigada que sale a vacunar una hoja con sus esquemas a utilizar y las dosis correspondientes para su uso en caso de necesidad.
12. Sí, se cuenta con lo que se necesita pero no llega en tiempo y forma ; y eso atrasa el trabajo.
13. Sí, se da charlas sobre tratamiento del agua de tomar, importancia del paquete de la Jornada, tratamiento del pozo y su cuidado, utilización de las letrinas.

14. No se realiza jornada de limpieza ,sólo se da charlas sobre su importancia.
Se debería hacer junto con la jornada de limpieza, pero no hay presupuesto y muy poca participación social.
- VI. 1. Participan parteras y 3 líderes de salud al 100% . Participan en las capacitaciones . Van acompañando al personal de salud para dar confianza. Lo curanderos no participan.
- II. 2. Acompañando al personal de salud.
3. Para la primera reunión, participa el que está. Generalmente es el Pastor.
- II.4. Hace el llamado a la población sobre la importancia de la jornada
Cualquier problema, ellos buscan como resolver no dejan solo al personal. Buscan los medios para resolver .Ya no apoyan con la comida. Dicen que no tienen dinero. Si llega una autoridad se les da algo .
- II.5. El área de salud con su comité de dirección.
- II.9 El comité de la Jornada asigna el personal.
Los recursos pueden acompañar, pero no vacunan. Solo vacunan los que tienen experiencia .
Los médicos van como supervisores en las Jornadas en los días centrales.
Los criterios de escogencia del personal de enfermería es preferiblemente :
- Ser de la comunidad.
 - Tener disposición.
 - Capacidad técnica.
- II.10 Si
- II.11 Sí, conocen y saben como tratar las enfermedades prevenibles por vacunas.

VALORACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LAS JORNADAS NACIONALES DE SALUD EN Bilwi UN ENFOQUE INTERCULTURAL

CUESTIONARIO DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERÍA

Ivonne Ballesteros
Responsable regional de Inmunizaciones

FECHA: 15 de Diciembre del 2000

1. Siuna
2. Femenino
3. 31 a 35 años
4. Puerto Cabezas, Germán Pomares
5. Más de 10 años
6. Anglicana
7. Criolla
8. Español e inglés
9. Oficina Regional
10. Responsable de Programa ampliado de inmunización
11. Lic. En Enfermería con perfil en Epidemiología

1.2 Efectividad de los diferentes componentes de las Jornadas

1. Sí. Todas. Es llevar el paquete de la jornada a la población, de acuerdo a su edad y prioridad .
2. Se dan charlas, aplicación de vacunas, y tratamiento antiparasitarios, desparasitan de 2 – 5 años con albendazole, de 6 meses a 4 años con Vit. A.
 1. 2. Cada 6 meses se hace una.
 2. Cumplir con la Jornada con porcentajes altas. Vit A, se cumple al 100% Desparasitación al 100%, vacunación de niños de 0 – 5 años el 95%
 3. Inmunización 1, para la protección del niño, vitamina 4, charlas 2, desparasitación 3, entrega de cloro, ya no se dá.
6.
 - Muy poca participación de instituciones
 - Hay compromisos y no cumplen
 - Problema del clima
 - Poco combustible y problema de transporte
 - Poco presupuesto
 - Iglesias, un sector no quiere que se les vacune. Dicen que es el anticristo, especialmente en el sector de las minas (Siuna)
7. Sí
8. Casa por casa y brigadas de penetración
9. Se sobre cumple. Después de cada jornada si no se cumple, se hace mini Jornadas, pero entonces hay problema de presupuesto.
10. De la vit. A . Sí. De los antiparasitarios, Sí
Se conoce las normas y las metas. Al inicio de la Jornada se hace 4 capacitaciones. Se hace mini-jornadas. Cuando no se cumplen las metas en municipios de riesgo. Hay fondos de capacitación para hacer 4 talleres.
11. Para vacunación: Sí, para desparasitar Sí, para la Vit. A Sí.
12. Sí. Se abastece de acuerdo a la solicitud.
13. Sí. Normalmente, aunque muchas veces no, porque las enfermeras se cansan y a duras penas sólo terminan diciendo a las mamás, sobre qué se va a vacunar.

14. No.

Se hizo sólo en una oportunidad, por la emergencia del dengue el año pasado . No se hace porque es muy costoso, se utiliza bastante papelería y se necesita mucha gente, por eso ya no se hace.

15. Debería de haber una participación real de la población. Se les debería involucrar desde un inicio en la planificación e identificación de los problemas. Tal vez porque estudié salud pública y participación social, miro este aspecto como importante.

En Siuna la modalidad es diferente, se trae a los líderes de salud y se les involucra en todo el proceso y se les da estímulo. No es lo mismo que en Bilwi.

El líder lleva la palabra a las comunidades y trae a la gente al Puesto o a la casa base.

La fuerza del trabajo lo realiza el líder de salud, se siente parte del sistema.

El trae su censo, informa sobre las comunidades existentes. El MINSA no entra a las comunidades sin avisarles. Ellos definen qué día y tiempo se va a vacunar.

El vehículo los lleva a un punto.

En Bilwi dicen que no tienen personal en todas las comunidades, así que no pueden incidir en todas las comunidades.

- Que participan desde la planificación
- Revisión de meta y cumplimiento
- Evaluamos juntos
- Planificamos la estrategia
- No se le informa a la gente de los resultados, ni para qué se utilizó lo que se recibió
- Depende de la iniciativa de cada municipio

II. Compatibilidad:

1. No. Sólo participa el personal enfermería y el personal de salud.

2. No participan

3. El líder comunitario, especialmente en el sector minero.
En Bilwi participan mucho menos

4. Llamando a la población a llegar a los puntos de vacunación y acompañando al personal de salud .

5. En el sector minero el MINSA con los líderes de salud.
Fecha y Lugar: En Bitwi el personal de salud. Como ejemplo, hubo un caso de Tétano en Siuna y no pudieron entrar antes del 15 a la comunidad porque es la fecha que se había acordado con ellos.
8. Claro que sí
9. Lo decide el área de salud.
10. Se capacita al personal para mantenerlos informados.
11. Sí, algunas no todas.

2.2

1. Significa muchas cosas, si no tengo dinero, estoy enferma. No tanto la ausencia de enfermedades, sino la ausencia de problemas, creo que siente que si no tienen enfermedad están sanos, porque no saben el concepto real.
2. Sí. Sin vacunas, organizando la comunidad aunque trabajan con hierbas, creo que deberían participar.
3. No.
4. Sí. Se hizo un trabajo investigativo sobre el tema, fue tratado por curandero. Leishmaniasis, hemorragia, T.B., cáncer, ashma.
5. Sí. En todo el proceso

III. Trabajo sistemático en Salud:

1. Sólo la vacunación que se da en sistemático, y sólo si no lo recibieron en la Jornada. El sistemático se hace cada 4 semanas en los puestos de salud, y en los barrios, y en algunas comunidades accesibles. Se hace diario en las unidades cabecaras.
2. El personal de enfermería, un médico previamente capacitado.
3. Si está el personal de planta en la comunidad, ó se les envía gente a ayudar.
4. El personal de salud. En el puesto o en las casas.
5. No. No lo conocen.
8. No.

9. Sí. Se capacita en el manejo de la papelería, generalmente son estudiantes de quinto año.
10. Muy poco. Con apoyo en combustible y vehículo. Es muy difícil que participen, a veces se comprometen y no cumplen.

11. Jornadas

12. Jornadas

IV. Calidad de Ejecución

1. Sí. Del MINSA Central

2. Se previene de las enfermedades que puede ser prevenidas por vacuna.

3. Sí. Sí

4. Sí. Es una pelota como tumor que duele, para el médico puede ser cáncer. Es algo que el curandero puede curar.

5. No.

6. Sí. Pero no conoce los nombres. Su hijo ya lo tenía.
El médico le dio permiso para llevar al niño, aunque no creía. (Benito Salvatierra). Era un mal espíritu. Cada río tiene su dueño. Los 4 niños fueron afectados. Hay que protegerlos, ponerles calcetines rojos, biblia en la cabecera de la cama.

7. Sí. Porque la fe es fuerte. Hay cosas que saben hacer mejor cada uno entonces hay que coordinar y buscar como complementar, pero generalmente el médico no quiere tocar un paciente que ha ido al curandero.
Todo el sistema de salud deberá de coordinar con ellos. Debemos aceptarlos.

8. Curandero, medicina casera. Hospital, después depende de qué tienen van al curandero o al hospital.

9. Siente que el personal de salud se resiste a la participación de los A.T.S. deben trabajar juntos. Lo deberá impulsar la atención primaria de salud. En Rosita visitaban los programas, pero no se sabe ahora como funciona. El personal de salud no acepta que la gente humilde tiene conocimiento.