



**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA
COSTA CARIBE NICARAGÜENSE**



URACCAN

**INSTITUTO DE MEDICINA TRADICIONAL Y
DESARROLLO COMUNITARIO**

IMTRADEC

*- Este informe ha sido encargado por la IOB. Sin embargo, el contenido del
informe reside bajo la responsabilidad del autor.-*

**Estudio evaluativo
Calidad de Atención en los Sistemas Locales de
Atención Integral en Salud: casos de la Región
Autónoma Atlántico Norte y el Departamento de
Matagalpa, período 2005-2008**

Bilwi - RAAN

Abril 2010

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

Coordinación

MSp. Alta Hooker: Asesora.

MSc. Serafina Espinoza: Coordinadora general del estudio.

Investigadoras

Ing. Loyda Stamp: Coordinadora operativa/Investigadora.

MSc. Serafina Espinoza: Investigadora.

Análisis del informe

Dr. Oswaldo Silva

MSc. Serafina Espinoza

MSc. Francisco Perera

Msc. Mercedes Tinoco

Ing. Loyda Stamp

MSc. Marcia Watler

Equipo técnico de apoyo

Ma. Yuri Zapata.

MSc. Mercedes Tinoco

MSc. Marcia Watler

Lic. Teresa Moreno

Lic. Silvania Zamora

Lic. Rita Brown

Encuestadores

Estudiantes finalistas del tercero y cuarto año de la Licenciatura en Sociología de los recintos URACCAN Bilwi y URACCAN Nueva Guinea

Base de Datos

MSC. Marcia Watler

Edición al cuidado

Fredy Leonel Valiente Contreras

Esta investigación fue efectuada por la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN), por contrato de servicios del Estado de los Países Bajos, con Sede en la Haya.

ÍNDICE

I.- Introducción	3
II. Marco Referencial	6
III. Objetivos	17
IV. Metodología	18
V. Resultados y Discusión	26
VI. Valoraciones Finales	63
VII. Bibliografía consultada	65
VIII. Abreviaturas	67
IX. Anexos	68

I. INTRODUCCIÓN

El presente estudio, *Valoración del impacto de la calidad de atención en los servicios de salud del ministerio de salud (MINSa) en los Sistemas Locales de Atención Integral a la Salud (SILAIS) de la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) y el departamento de Matagalpa durante el período 2005 al 2008*, fue realizada por la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN), por medio del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario (IMTRADEC), a solicitud del Estado de los Países Bajos, con sede en la Haya, representado para los efectos de esta investigación, por el Ministro Para la Cooperación al Desarrollo.

Este estudio evaluativo es cualitativo y retrospectivo de los años 2005 al 2008 y se realizó en dos Sistemas Locales de Atención Integral en Salud del Ministerio de Salud en los meses comprendido entre enero a abril del año 2010. En el caso de la RAAN, para la parte urbana, se desarrolló en el Centro de Salud “Oswaldo Padilla” del Municipio de Waspam Río Coco, y en la zona rural en los puestos de salud, ubicados en las comunidades de Bismuna y Francia Sirpi del mismo municipio. Para el caso del Departamento de Matagalpa, en la parte urbana, se desarrolló en el Centro de Salud del Municipio de San Dionisio, y en la zona rural en los puestos de salud ubicados en las comunidades de Susulí y Carrizal.

El estudio se enmarca dentro de la valoración de la calidad de los servicios de salud que brinda el MINSa en la RAAN y en el Departamento de Matagalpa. Se reflexiona sobre la atención que se brinda a la población y recomienda líneas de acción de cara a los procesos y resultados de calidad de la provisión de los servicios de salud que ofertó el MINSa durante período 2005-2008 en el SILAIS de la RAAN y en el departamento de Matagalpa.

Los modelos de salud que en los últimos años se están implementando en Nicaragua a nivel de país y de la RAAN tiene relación con en el informe sobre la salud en el mundo 2008, de la Organización Mundial de la Salud, que le ha asignado a la Atención Primaria de Salud un papel decisivo para tales transformaciones al redefinirlas como un conjunto de reformas de los sistemas de salud para enfrentar los actuales desafíos de la salud, guiándose por los valores de equidad, solidaridad y justicia social, teniendo en cuenta las expectativas de la población.

De acuerdo al *Informe de Desarrollo Humano del PNUD (2006)*, los indicadores de pobreza de 102 países, Nicaragua ocupa el lugar 40 que equivale al 18 por ciento, los principales indicadores medidos fueron educación y salud en adición a los ingresos. La incidencia y la intensidad de la pobreza, de cinco millones y

medio de nicaragüenses, cuatro millones de ellos son pobres, dos millones y medio están en la pobreza extrema y un millón en una pobreza extrema con signos de desnutrición crónica, la desnutrición es severa en más de trescientos sesenta mil casos.

La situación de salud en Nicaragua sigue constituyendo un problema no resuelto, pues los problemas de salud continúan su curso y el deterioro del estado de salud de la población sigue evidenciándose en el aumento de las diferentes patologías: ITS, el VIH-SIDA, la tuberculosis, los problemas crónicos como; diabetes, artritis, cáncer, la hipertensión arterial y los problemas cardiovasculares, además de estas patologías también están las enfermedades que tienen su origen en los aspectos socioculturales y creencias de los pueblos, donde el proceso de salud – enfermedad, es vista de forma diferenciada. Otro de los problemas más sentido es el embarazo en adolescentes que día a día va en aumento, esto contribuye a que la muerte materna continúe siendo un problema de salud.

Para el caso de la RAAN, se le suma la marginación, el abandono y la discriminación que por décadas han venido sufriendo las costeñas y los costeños por parte de las autoridades políticas y estatales del nivel central en comparación con el resto del país. Como resultado hay un incremento en los índices de pobreza que se viven en la región reflejado en el mapa de pobreza según estudio realizado en el año 2004. En donde los municipios en extrema pobreza son Prinzapolka y Waspam Río Coco.

La heterogeneidad en la composición étnica y cultural hace difícil, la aplicación de programas únicos o modelos de atención universales. Es precisamente esta diversidad, en la que se acentúan las diferencias étnicas y culturales, la que obliga a considerar a cada pueblo indígena y afrodescendiente en su dimensión particular y en consecuencia el énfasis se desplaza necesariamente hacia el desarrollo de estrategias de atención desde una perspectiva local. Dado que el perfil de morbilidad de la población indígena y afro, es diferente a la de otros grupos étnicos, las propuestas de atención diferenciada y de "acciones diferenciales" cobra mayor validez.

Desde esta perspectiva de la salud, los procesos salud-enfermedad y los propios sistemas de salud, deben ser vistos como sistemas culturales. Las acciones puramente médicas en la prestación de servicios de salud, además de insuficientes, resultan inadecuadas para enfrentar un perfil epidemiológico tan complejo y de tan difícil resolución. Por su parte, las prácticas médicas tradicionales, si bien se reconocen como eficientes en el manejo de varias dolencias y síndromes de base cultural, también muestran limitaciones en articular una respuesta efectiva tanto para el control del "nuevo" perfil de problemas y dolencias originadas por el nuevo contexto (por ejemplo, SIDA, enfermedades

degenerativas, y otras), a las que los pueblos indígenas si bien están expuestos, carecen de respuestas para algunos de estos casos.

Los principales resultados de este estudio, dan validez a lo antes descrito y se argumentan con lo establecido en la política nacional de salud, pues muestran las principales dificultades que tiene el Ministerio de Salud en poder brindar una atención en salud con calidad y calidez, por otro lado los factores estructurales existentes inciden significativamente para la implementación de los modelos de salud por ende se convierten en retos y desafíos a superar para poder brindar un servicio de salud según lo establecido en los principios y lineamientos del Modelo de Salud Familiar y Comunitario y el Modelo de Atención en Salud Intercultural.

II. MARCO REFERENCIAL

2.1 Situación de Salud en Nicaragua

La República de Nicaragua tiene aproximadamente una población de 5,142, 098 millones de habitantes, con una extensión de 130,373.47 Km² (Instituto Nacional de Información de Desarrollo (2007), de los cuales 66,542 Km² (50.4%) corresponden a las regiones Autónomas. La tasa de crecimiento demográfico del país reportada es de 2,6 por ciento, considerada como una de las más altas de América Latina.

Para su administración política, Nicaragua se divide en 15 Departamentos, Matagalpa es uno de ellos, y dos Regiones Autónomas: La Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) y la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS), establecidas por reforma a la Constitución Política del país en el año 1987.

Pese al relativo mejoramiento de los indicadores macroeconómicos, incluyendo la reducción de la deuda externa y el incremento de la inversión, una gran parte de la población aún vive en condiciones de pobreza (45.8% equivalente a 2.3 millones gasto en salud proviene de hogares) y una importante brecha financiera estimada en \$5.3 billones para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)⁵, estos últimos asumidos como compromisos internacionales por el gobierno anterior. La exclusión social en salud se ha estimado que afecta al 58% de la población, siendo la pobreza y la inequitativa distribución de los recursos los principales factores que determinan la exclusión.

La pobreza extrema es mayor en las poblaciones indígenas y en municipios del Atlántico y fronterizos. La falta de acceso a los servicios de salud afecta entre el 35 y 40% de la población. Las necesidades insatisfechas en salud son mayores en la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS), Río San Juan, Jinotega y Matagalpa, esto coincide con el perfil de los más excluidos: las y los jóvenes, los campesinos, los miembros de hogares de los quintiles más pobres, los que residen en la región central y atlántica y las etnias de esta última región.

El análisis de la situación actual de salud y sus tendencias demuestra la persistencia de altas tasas de mortalidad materna e infantil y de morbilidad específica por enfermedades transmisibles (diarreicas, respiratorias, de

transmisión sexual, VIH/ SIDA, y de transmisión vectorial). Por otro lado, tiende a incrementarse la morbimortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas, así como las provocadas por causas externas como los accidentes de tránsito y la violencia.

La inversión en salud en la última década ha sido muy limitada, al compararla con la inversión que hacen el resto de países centroamericanos, cuyo promedio de gastos per cápita por año es de U\$ 66.00 tanto en el ámbito público como en el privado (aportado por el gasto de bolsillo de los hogares); la tendencia de la inversión pública ha sido a reducirse en comparación la inversión privada (actualmente representa el 24% de la inversión total), lo que se ha acompañado de una reducción del aporte internacional al sector salud.

En general los servicios se ofertan sin un enfoque de calidad y seguridad del paciente que tome en consideración las necesidades y expectativas de la población usuaria, lo que se expresa en la poca información que se le brinda a los usuarios sobre la cartera de oferta de servicios; asimismo, existen problemas en el trato que se le brinda a la ciudadanía y el diseño de los procesos y flujo con que funcionan los servicios en general, los que no son los más adecuados.

Las reformas del sistema de salud en Nicaragua están enfocadas en función de dar respuesta a las demandas sociales y económicas de la población con el propósito de lograr la equidad, eficiencia y calidad de los servicios de salud. Sin embargo, en el 2001, la *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud* (ENDESA) evidenció que aún existen barreras para que las poblaciones más pobres puedan acceder a los servicios que brindan las instituciones del sector público, los que están siendo utilizados por los estratos con mayores recursos económicos; los pobres están recurriendo para atenderse en salud a otras opciones que conllevan a mayores riesgos financieros, lo que descapitaliza sus posibilidades de desarrollo y reproduce su condición de pobreza, incrementando de esa forma las desigualdades en el país.

2.2 Contexto Departamental y Regional del Estudio

2.2.1 Departamento de Matagalpa

El departamento de Matagalpa está ubicado en la zona centro Norte de Nicaragua, limitando al Norte con Jinotega, al Sur con Boaco y Managua, al Este con la Región Autónoma del Atlántico Norte y Región Autónoma del Atlántico Sur y al Oeste con Estelí y León (MINSa, 2009).

Aproximadamente tiene una población de 383,776 habitantes y su extensión territorial es de 8,523 km². Está conformado por 13 municipios, siendo San Dionisio, uno de ellos. El municipio de Matagalpa es uno de los más productivos del país, se cultivan hortalizas y granos básicos además de dedicarse a la actividad ganadera. En esta diversidad, el principal producto es el café, uno de los más importantes que se exportan en la economía nicaragüense (MINSa, 2009).

El municipio de San Dionisio tiene una extensión de 152 Km² con una densidad de 141 hab/km² y se encuentra ubicado a 37 kms de su cabecera departamental, cuenta con una población de 21,455 habitantes. Su población urbana es de 3,017 habitantes y la rural de 18,438. La principal actividad económica de la localidad es la agricultura. El cultivo en su mayor parte es de forma tradicional y prevalece la pequeña producción. La ganadería constituye un rubro importante en la economía del municipio, del que se destina una parte a la crianza, la producción de leche, al engorde y para el destace local. Existe cierta proporción de la población dedicada a la industria y al comercio. (MINSa, 2009).

En el municipio de San Dionisio existe un centro de salud de cobertura municipal, ubicado en el casco urbano, hay tres médicos y nueve paramédicos. También cuentan con el apoyo de nueve parteras y veintiséis brigadistas de salud.

El centro de salud ofrecen los servicios de: consulta externa, farmacia, laboratorio y odontología, así como los diferentes programas de Atención Primaria de Salud. En el área rural existen cinco puestos de salud; uno que se encuentra ubicado en la comunidad de Susulí central que cuenta con un médico general en servicio social y una enfermera, otro ubicado en la comarca de los Limones que funciona con un médico, uno ubicado en el Ocote Arriba que cuenta con una licenciada en enfermería y un médico en Servicio Social, el puesto de Carrizal con un Auxiliar de Salud y Junquillo con un médico en Servicio Social.

Las principales causas de consulta más comunes en el centro y puesto de salud del municipio son: enfermedades respiratorias, enfermedades diarreicas, parasitosis, enfermedades de la piel, control de embarazo, crecimiento y desarrollo y con mayor frecuencia las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA (MINSa, 2009).

Para el período 2000-2008 de las 154 muertes maternas registradas por el Ministerio de Salud en el departamento de Matagalpa, el municipio de San Dionisio reporta uno en el 2005 equivalente al 0.63%. En cuanto a la mortalidad infantil ¹el Censo 2005, estima que la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) en el municipio es de 41.3x1000, la que es inferior a la TMI del departamento Matagalpa con un 44.3x1000 (MINSa, 2009).

2.2.2 Región Autónoma Atlántico Norte

La Región Autónoma Atlántico Norte, se encuentra ubicada en el Noreste de la República de Nicaragua. Limita al Norte con Honduras, al Sur con la Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS), al Este con el mar Caribe y al Oeste con los departamentos de Jinotega y Matagalpa. La superficie es de 33,105.98 km² lo que representa el 28 por ciento del territorio nacional (Instituto Nacional de Información de Desarrollo 2007).

La RAAN se encuentra dividida en 8 municipios, siendo Waspam, uno de ellos. El municipio de Waspam, se ubica el 83 por ciento de la población pobre y en situación de pobreza extrema se encuentran un 64 por ciento, esta situación es alarmante por cuanto representa altos grados de abandono y de falta de garantías para el acceso a los servicios básicos entre ellos el acceso a la salud.

La cabecera regional es la ciudad de Bilwi, municipio de Puerto Cabezas, ubicada a 560 Km. de la ciudad de Managua por vía terrestre y 1.5 horas por vía aérea, siendo la sede del Gobierno Regional Autónomo. El 29% de su población vive en el área urbana y el 71 por ciento en el área rural, estos últimos dispersos en 470 comunidades (MASI RAAN 09).

Para su administración política, se fundamenta en la Ley No. 28, *Estatuto de Autonomía* de las dos Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua y su reglamentación. Esta ley fue aprobada por la Asamblea Nacional en el año 1987 y en su parte sustancial, delimita los territorios autónomos y reconoce los derechos históricos, ancestrales y deberes de sus habitantes. Establece como principios: la unidad, la fraternidad y la solidaridad entre los pueblos de la Costa Caribe y toda la nación.

En la RAAN, viven y se relacionan poblaciones mestizas, pueblos indígenas (Miskitus, Mayangnas y Ramas) y pueblos afrodescendientes (creoles y garífunas). Estos pueblos Indígenas y Afrodescendientes mantienen sus formas de organización territorial, vida comunitaria, idioma, autoridades comunitarias, cosmovisión, espiritualidad, modos de producción para la subsistencia, medicina

¹ INIDE, Caracterización Socio demográfica del Departamento de Matagalpa, Pág. 89.

tradicional con sus médicos y terapeutas y la educación endógena como parte fundamental de su desarrollo con identidad.

Estas características culturales hacen que los pueblos indígenas y afrodescendientes tengan conceptos diferentes sobre el proceso salud/enfermedad y que busquen sus propias formas de solucionar sus problemas de salud con sus propios terapeutas.

Un estudio realizado por el IMTRADEC 2006, reflejan las principales barreras que se encuentran a la hora de la atención en salud a la población indígena, sobresalen: barreras lingüísticas y de comunicación: médicos y pacientes hablan idiomas diferentes y generalmente el lenguaje utilizado por el personal de salud, dificulta la relación e imposibilita la empatía y confianza con el paciente. Se suma a esto la escasa información que se da a la persona indígena y afro descendiente ante la necesidad de alguna intervención, o procedimiento tales como vacunación, extracción de sangre.

Desconfianza hacia la medicina occidental, de los pueblos indígenas y afrodescendientes producto de las nociones distintas del proceso salud enfermedad, causando resistencia al uso de los servicios, para cierto tipo de padecimientos o síndromes de filiación cultural, especialmente los causados por malos espíritus.

En las zonas más lejanas y rezagadas la atención gineco-obstétrica presenta barreras específicas como el pudor y la preferencia de la población femenina de atender sus partos en la casa, ayudada por otras mujeres.

2.2.3 Modelo Regional de Salud

Es en este marco que el Consejo Regional Autónomo, consciente de la necesidad de dispone de un modelo de salud pertinente y de calidad para la población multicultural, con el acompañamiento de la universidad URACCAN y un grupo de voluntarios y voluntarias, diseña, consulta y aprueba en su seno por unanimidad, el Modelo Regional de Salud en el año 1997. En el año 2003 se logra insertar el Modelo Regional de Salud en la Ley General de Salud y su Reglamento, aprobado por la Asamblea Nacional.

Se logra también, incidir en el Plan Nacional de salud 2004–2015 del MINSA Integrando como uno de sus principios, la interculturalidad y como ejes transversales, la equidad de género, relaciones interculturales y participación social. Entre los objetivos del plan, el No. 5 plantea: Implementar estrategias innovadoras en salud en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense. Este objetivo responde al plan Regional de Salud, elaborado por el grupo de trabajo voluntario en marzo del año 2006.

Con el gobierno actual, el MINSA Central ha profundizado los procesos de desconcentración hacia los SILAIS dándose los primeros pasos para la descentralización particularmente la Regionalización de la Salud en la RAAN y RAAS de acuerdo a lo establecido en el Estatuto de Autonomía y la Ley General de Salud. Se espera que proceso se profundice hasta llegar la regionalización de la salud y la implementación total del modelo de atención intercultural en salud.

El 19 de Noviembre del año 2008, se firma el convenio marco para la descentralización de la salud a las regiones autónomas, entre el Gobierno Central y los Gobiernos Regionales Autónomos. Este convenio traslada la responsabilidad de la administración de la salud a los Gobiernos Regionales Autónomos.

El Modelo Regional de Salud se fundamenta en los principios de interculturalidad, equidad en la atención, participación social, solidaridad, responsabilidad compartida, relaciones de igualdad, accesibilidad, revitalización cultural y la reciprocidad entre la medicina tradicional y la oficial.

2.2.3.1 Principales problemas del sector salud

Se enuncian a continuación de manera resumida los principales problemas de de salud, a que se ve sometida la población de la RAAN:

- Elevadas tasas de mortalidad materna, fundamentalmente como consecuencia de limitantes en el acceso cultural y geográfico a los servicios de salud preventiva, aunado a los bajos niveles de escolaridad y conciencia sanitaria generalizada, así como una cobertura y sistema de referencia y contrarreferencia insuficiente.
- Elevadas tasas de mortalidad infantil, a causa de diarrea, enfermedades infecciosas respiratorias y problemas neonatales, como producto de una deficiente prevención y atención a las enfermedades y condiciones generales deficientes de la población (pobreza, falta de agua potable, desconocimiento).
- Embarazo en adolescentes: Mas del 30 por ciento de los primeros embarazos son registrados en adolescentes, lo que condiciona altas tasas de complicaciones durante el embarazo y parto, y disminuye las oportunidades del recién nacido.
- Alta prevalencia de Infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA).
- Desnutrición crónica infantil en más de un 30 por ciento de los menores de seis años.
- Alta prevaencia de Malaria, Dengue y Tuberculosis.

- Tendencia al aumento del VIH/SIDA, que en breve tiempo puede afectar a más del 1% de la población.
 - Alta incidencia de accidentes laborales, sobre todo en el ámbito del buceo de langostas, como producto de una reglamentación insuficiente y desprotección en general de los trabajadores.
 - Alta prevalencia de Problemas de salud mental.
 - Alta prevalencia de problemas de discapacidad, como secuela de la guerra y de accidentes laborales.
 - Mortalidad y lesiones por violencia.
 - Alta prevalencia de problemas relacionados a la utilización de alcohol y drogas.
 - Mortalidad por cáncer.
 - Morbilidad y mortalidad por afecciones crónicas.
 - Elevada prevalencia de “enfermedades de filiación cultural” como Grisi Siknis, Patas, Yumuh, Hechizo, entre otros.
- Según refleja el MASIRAAN, en la RAAN, las principales 10 causas de morbi-mortalidad son:
 1. Mortalidad materna y perinatal.
 2. Mortalidad infantil.
 3. Enfermedades diarreicas agudas.
 4. Infecciones respiratorias agudas.
 5. Persistencia de desnutrición proteica calórica.
 6. Enfermedades crónicas degenerativas.
 7. Tuberculosis.
 8. Causas violentas y accidentes.
 9. Enfermedades de transmisión sexual /VIH.
 10. Enfermedades socio culturales.

2.2.4 El Modelo de Salud Familiar y Comunitario

De acuerdo a lo planteado por el mismo Modelo de Salud Familiar y Comunitario constituye una ruta para lograr la Equidad en el sector, un reto que obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención a los grupos más excluidos socialmente. Este Modelo debe responder a las necesidades y expectativas de la población a fin de que obtengan una atención de salud integral con calidad, calidez y respeto, donde se garantiza el derecho a la salud, pilar fundamental de las Políticas del Gobierno

Así mismo, orienta la organización de los establecimientos de salud en redes articuladas para brindar los servicios integralmente. El modelo de gestión esta dirigido

a descentralizar la atención de Salud. El Modelo de Salud Familiar y Comunitario tiene un enfoque holístico que trasciende la Atención a la familia hasta la comunidad cuya base de actuaciones es el sector.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario está basado en la estrategia de atención primaria en salud, entendida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentado y socialmente aceptada, puesta al alcance de todos las personas y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario como se establece en la Ley 423, es el instrumento sanitario que recoge la visión política y económica del Estado dentro del campo del sector salud, constituyéndose en la forma de organización de las acciones intra e intersectorial, así como su implementación equitativa y eficiente en un espacio geográfico-poblacional determinado, variable de acuerdo a los elementos que lo caracterizan.

Dicho Modelo, es el conjunto de normas, procedimientos, instrumentos, manuales y disposiciones que dan las líneas de acción para su implementación. Enfoca la atención a las familias, personas y comunidad como un proceso continuo, con momentos interrelacionados de promoción y protección de su salud, recuperación y rehabilitación cuando la población o la persona enferman o sufren discapacidades, todo ello con un enfoque preventivo amplio y con acciones dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y al medio ambiente que le rodea.

Los principios del modelo se basan en: Accesibilidad a los servicios de salud, Integralidad de las acciones en los servicios de salud, Longitudinalidad (continuidad) en el proceso de la atención en salud, Coordinación entre los niveles de atención en salud. Sus componentes se enmarcan en: provisión, gestión y financiamiento.

2.2.4.1 Sistema de Garantía de la Calidad

El modelo plantea que el Sistema de Garantía de Calidad, se orienta a brindar un alto grado de satisfacción a los usuarios y usuarias de servicios de salud, cumpliendo con estándares técnicos de excelencia con prontitud, calidez, equidad, efectividad, competencia técnica, seguridad y eficacia. Una condición esencial del sistema de garantía de la calidad es que los servicios de salud sean accesibles a las personas, familia y comunidad, a través de la red de servicios públicos, privados y comunitarios con amplia participación ciudadana.

El Sistema de Garantía de Calidad tiene entre sus componentes; la habilitación, la acreditación, la regulación de profesionales, la auditoría de la calidad de la atención y los tribunales bioéticos. Asimismo, la Garantía de Calidad se asocia con la participación de la sociedad para lograr una articulación dirigida a evaluar los procesos de atención que brindan los prestadores de servicios público y privado, denominándose esta actuación como Control social ó auditoría social.

2.2.4.2 Procesos evaluativos

Los procesos evaluativos se componen básicamente de tres componentes: la monitorización, la supervisión y la evaluación. Todos ellos buscan valorar el desempeño de la organización como un todo en los diferentes niveles de la gestión del sector salud y red de servicios públicos, privados y comunitarios. La monitorización es un ejercicio sistemático y periódico de medir la cobertura del programa de intervención (el grado en el cual está llegando a la población objetivo), de realizar un seguimiento de los procesos que se desarrollan a su interior (si es o no consistente con las especificaciones de los instrumentos y guías metodológicas, de las intervenciones del plan) y de identificar el empleo de los recursos (qué recursos financieros, materiales, físicos, humanos y organizacionales se están utilizando en la conducción y la ejecución).

2.2.4.3 Componente de financiamiento

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario debe garantizar la cobertura de servicios a toda la población estableciendo las normativas para lograr equidad en la entrega de servicios a la población. El financiamiento está dado en tres regímenes²⁶ los que definen las modalidades de asignación y formas de pago, los programas de beneficios a los que puede acceder siempre que se cumpla con las condiciones de cada uno de ellos.

2.2.5 Prácticas Tradicionales, Espiritualidad y Cosmovisión

Estudios realizados por el IMTRADEC, han demostrado que personas que viven en las comunidades, incluyendo indígenas y afro descendientes urbanos, acuden primero a los médicos tradicionales o guías espirituales antes de acudir al sistema de salud, aduciendo que ciertas enfermedades deben ser atendidas solo por los

médicos tradicionales, siendo estas, las enfermedades causadas por malos espíritus.

Avelino Cox poeta y escritor miskitu, relata que dentro de la relación con la naturaleza, están nuestros dioses, como base de nuestra cosmovisión. El Wan Aisa es el que nos engendró, es el principio de la vida. Es el Dios principal. Alwani: es el Dios del trueno, y cuando alguien logra verlo, se enferma; Ubahka: es el lugar donde los espíritus poderosos se reúnen en el espacio, para controlar el destino de los hombres; Aubia o Unta Dukia: es el señor de las montañas y los árboles; Liwa: el espíritu y cuidador de los mares y ríos; Prahaku: es el espíritu del tiempo y del viento.

En la revitalización cultural del pueblo garifuna, Kensy Zambola, escribe sobre el Walagallo o Dugu. Explica que es una práctica curativa muy importante para el pueblo garifuna, para su utilización en la curación es necesario que toda la comunidad este de acuerdo y acompañe al enfermo en el proceso de curación (URACCAN, 1999).

Para muchas culturas indígenas y afrodescendientes, salud no es simplemente la ausencia de enfermedades sino, es el resultado de relaciones armónicas del individuo consigo mismo, con la comunidad y con la naturaleza, que apuntan al bienestar, la plenitud y la tranquilidad espiritual. Las relaciones se caracterizan por los conceptos de equilibrio y reciprocidad. Ven las enfermedades como el resultado de un desequilibrio en una o varias de estas relaciones. Muchos de los sistemas de salud tradicionales son muy elaborados y muchas veces las prácticas y creencias tradicionales están en conflicto con el sistema de salud moderno.

Ante esto, Ana Fagoth *et al.* (1998), escritora miskitu, en su libro *Armonizando con Nuestro Entorno*, (recopilación 95-99), escribe que según los Sukias, las enfermedades son provocados por los (malos espíritus) cuando las personas no cumplen con las leyes de la naturaleza o abusan del entorno a naturaleza cazando demasiados animales, haciendo demasiado cortes o quemas de árboles, el Swinta, le roba su Lilka (retrato o figura) y se enferman.

El Programa Regional de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas de la OPS tiene como meta: Contribuir al logro de la equidad en las Américas en un contexto de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural. Y su propósito es: fortalecer la capacidad local, nacional, subregional y regional para impulsar el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas de la Región de una manera integrada, coordinada y con calidad en el marco de la interculturalidad y el desarrollo humano.

La medicina indígena y negra, al igual que la medicina occidental, tienen sus propios terapeutas y médicos tradicionales que brindan la atención de salud. En

el caso de los terapeutas indígenas, son conocidos como: Sukias, Prafits, guías espirituales, chamanes, curanderos y parteras, entre otros.

Para la comunidad afro descendiente garífuna, son conocidos como Buyés, para la comunidad afrodescendiente creole, son Medicine Man, Obeah Man Bush Man, spiritual leaders. Estos expertos de la medicina tradicional se encuentran en las comunidades brindando la atención de salud a la población. La fama y capacidad de muchos de ellos, rebasa los límites comunales y trasciende las fronteras.

III. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Valorar de manera objetiva la calidad de la provisión de los servicios de salud que oferta el MINSA a las y los nicaragüenses en los SILAIS de la RAAN y Matagalpa durante los años 2005-2008.

3.2. Objetivos Específicos

1. Valorar la calidad de la atención en la aplicación de los modelos de salud en las dos regiones en estudio: MASI RAAN y MOSAFC.
2. Analizar los principales factores estructurales que inciden en la calidad de atención de los servicios de salud en la RAAN y Matagalpa.
3. Valorar las limitaciones y desafíos que enfrenta el MINSA para garantizar la calidad de atención en los servicios de salud.
4. Identificar líneas de acción para mejorar la calidad de la atención de salud en los SILAIS de la RAAN y Matagalpa.

IV. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Tipo de estudio

La investigación se diseñó como un estudio cualitativo, retrospectivo (2005-2008), a realizarse en los SILAIS de la RAAN y Matagalpa con una duración de cinco meses.

4.2 Universo

El estudio se realizó en dos SILAIS del país que se localizan; uno en la RAAN y el otro en el Departamento de Matagalpa.

4.3 La muestra

La muestra estuvo conformada por dos centros de salud y cuatro puestos de salud. Estos son:

- En la RAAN, en el municipio de Waspam río Coco fue en el Centro de Salud "Oswaldo Padilla", y los puestos de salud ubicados en las comunidades de Francia Sirpi y Bismona.
- En el departamento de Matagalpa el Centro de Salud se ubica en el Municipio de San Dionisio y los puestos de salud comprenden los establecidos en las comunidades Susulí y Carrizal.

4.4 Sujetos de investigación

- Autoridades institucionales: directores y directoras de centros de Salud.
- Autoridades regionales: presidente de la Comisión de Salud del CRAAN y directora de la Secretaría de Salud del GRAAN.
- Autoridades municipales: alcaldes, alcaldesas, comisión de salud y comisión social.
- Personal de salud: médicos, enfermeras y enfermeros, jefes de programas, auxiliares de enfermería, responsables de los puestos de salud, farmacéuticos/as, laboratoristas y estadística.
- Red de salud comunitaria: médicos tradicionales, parteras, brigadistas, promotores de salud y miembros de comisiones de salud comunitarias.
- Usuaris y usuarios que hicieron uso de los servicios de salud durante el momento en que se estaba aplicando la encuesta, en total fueron 6 días.

4.5 Unidades de análisis y fuentes de información

Cuadro No. 1. Unidades de análisis y fuentes de información y representantes contemplados en la investigación.

Fuente Primaria	Unidad de Análisis		Representación
	RAAN	Matagalpa	
Autoridades institucionales.	1	1	Directores de Centros de Salud
	1	1	Directores centros de salud.
Autoridades regionales.	1		Presidente Comisión de Salud.
	1		Directora Secretaria de Salud.
Autoridades municipales.	1	1	Alcaldes municipales
	1	1	Comisión de Salud Municipal.
	1	1	Comisión Social.
Expresiones organizadas.		1	Consejos del Poder Ciudadano.
Personal de salud.	11	11	Jefes de programas (Centros de salud)..
	2	2	Jefes de puestos de salud
	3	3	Médicos
	4	4	Médicos prestando Servicio social
	3	3	Enfermeras.
	3	3	Auxiliares de enfermería
	1	1	Farmacéutico/a.
	1	1	Laboratoristas.
	1	1	Estadística.
Red de salud comunitaria.	2	2	Líderes comunitarios/junta directiva.
	2	2	Parteras..
	2	2	Brigadistas
	2	2	Promotores de salud.
	2	2	Miembros de comisión de salud comunitaria (CSC).
	2	2	Médicos tradicionales.
Usuarios y usuarias.	371	386	Centros de salud.
	318	372	Puesto de salud 1 (FS)..
	214	200	Puesto de salud 2 (Bis)
Familias que habitan en las cercanías de las unidades de salud en estudio.	30	30	Casas.

4.6 Criterios de selección de la muestra

Para la definición de la muestra se utilizaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

4.6.1 Criterios de inclusión

1. SILAIS priorizados del MINSA.
2. Centros de salud ubicados a no más de 300 kilómetros de la cabecera municipal seleccionada.
3. Dos puestos de salud que corresponden a la cabecera municipal seleccionada.
4. Usuarías y usuarios de los centros y puestos de salud seleccionados y que aceptaron participar en el estudio.
5. Población ubicada en las cercanías de las unidades de salud. Máximo 10 viviendas.

4.6.2 Criterios de exclusión

- Usuarios y usuarias que rehúsan participar en el estudio.

- Los SILAIS, centros y puestos de salud no priorizados por el MINSA.
- Población que no pertenecen a las municipalidades seleccionadas.

4.7 Fuentes y formas de obtención de información

Primarias: se obtuvieron a través de funcionarios de los SILAIS, centros de salud y puestos de salud seleccionados, además de los usuarios y personas que viven en las cercanías de los servicios de salud. Datos que se lograron por medio de entrevistas abiertas, encuestas y grupos focales.

Secundarias: Revisión bibliográfica relacionada al tema de investigación, informes y las evaluaciones trimestrales de las unidades de salud en estudio, revistas y boletines.

4.8 Análisis documental de

- Ley general de salud.
- Ley de farmacia.
- Modelo de Salud Regional Intercultural.
- Política Nacional de Salud.
- Plan Nacional de Salud.
- Plan Regional de Salud.
- Modelo de atención en salud Intercultural (MASI-RAAN).
- Modelo de Salud Familiar y comunitario (MOSAFC).
- Normas de APS.
- Sistema de referencia y contrarreferencia.
- Estatuto de Autonomía de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica de Nicaragua y su reglamento. Ley No. 28.
- Ley de participación ciudadana.
- Ley de lenguas.
- Ley de municipios.
- Ley de Modernización del Estado.
- Política Nacional de Descentralización.
- Plan Nacional de Desarrollo Humano.
- Plan de Desarrollo Humano de la Costa Caribe nicaragüense: una ruta hacia el desarrollo humano.
- Estrategia de Desarrollo Humano de las Regiones Autónomas.
- Plan Quinquenal de Salud.
- Informes de Evaluación del Plan Estratégico de Salud (2005-2008).
- Revisión de documentos, estadística del comportamiento epidemiológico en la RAAN y Matagalpa (2005-2008), recursos humanos, recursos financieros, medicamentos, recursos materiales y de reposición que existe.
- Boletines Epidemiológicos del MINSA (2005-2008).
- Mapeo de recursos humanos (2005-2008).
- Anteproyecto de ley de medicina tradicional (2009).
- Estrategia de Medicina Tradicional 2002-2005 (OMS/OPS).
- Evaluación de la Estrategia del decenio de los Pueblos Indígenas (OMS/OPS).

4.9 Técnicas e instrumentos

- Análisis documental.
- Entrevistas abiertas.
- Encuesta a usuarios (por conveniencia).
- Grupos focales.

Las entrevistas abiertas fueron aplicadas al personal de salud que labora en los puestos de salud, también a pobladores que habitan en las cercanías de los puestos y centros de salud. Los grupos focales estuvieron dirigidos a funcionarias y funcionarios de los centros de salud y a informantes claves. Por su parte, las encuestas dirigidas a las y los usuarios.

4.10 Mecanismo de procesamiento y análisis

Se creó una base de datos y se procesaron con el programa SPSS. Para la información cualitativa se estructuraron matrices por objetivos.

El estudio se realizó acorde a las políticas de investigación de la Universidad URACCAN que prevé los procedimientos de aprobación ética, incluida la propiedad intelectual.

4.11 Descriptores generales del estudio

1. Modelos de atención de la salud: MASI RAAN y MOSAFC.
2. Factores estructurales.
3. Limitaciones y desafíos.
4. Líneas de acción.

4.12 Descriptores e indicadores de calidad en la atención de los Modelos de salud MASI RAAN y MOSAF

4.12.1 Calidad en la Atención Integral

- Funcionamiento de programas en la Atención Primaria de Salud (Existencia de normas pertinentes, recursos humanos especializados en los programas, priorización de programas de acuerdo al perfil epidemiológico y cultural).
- Satisfacción de los servicios (Flujo de atención).
- Monitoreo y evaluación (frecuencia, existencia de guías, seguimiento de acuerdos).
- Morbimortalidad: (comportamiento y vigilancia epidemiológica).
- Lengua en que se comunican con los pacientes.
- Gratuidad de los servicios.
- Percepción de la atención: Usuarios y población cercana a la unidad de salud: eficacia en la solución de sus problemas, accesibilidad, disponibilidad de los servicios, trato, flujo de atención, lenguaje utilizado, condiciones higiénicas, servicios sanitarios, agua potable, comodidades, gratuidad, laboratorio y farmacia.

4.12.2 Percepción del personal de salud

Manejo y aplicación de normas y protocolos establecidos, técnicas de atención, capacitaciones, existencia de recursos materiales y equipos, eficiencia, eficacia, bioseguridad, ética, dominio del idioma del usuario, manejo de la cultura e idiosincrasia, priorización, coordinación con médicos tradicionales y la red de salud comunitaria, condiciones de trabajo, referencia y contra referencias.

4.12.3 Infraestructura y equipamiento

- Unidades de salud existentes (C/S, P/S, casas bases, sub-sedes, condiciones físicas y abastecimiento, control de calidad: vencimiento de Medicamentos, manejo de material de desechos).
- Laboratorios.
- Farmacias.
- Estadística (registro de enfermedades convencionales y tradicionales por etnia, sexo, edades, territorio, referencia y contra referencia, y agente de salud que lo atiende).
- Bodegas.

4.12.4 Acceso

Ubicación geográfica de las unidades de salud (distancia, horas de movilización, medios de movilización, costos).

4.12.5 Recursos humanos

a) Formación: Recursos humanos (nivel de formación básica, enfoque intercultural y de género, interculturalidad, ciudadanía intercultural, ley de autonomía, modelo regional de salud, MASI RAAN, medicina tradicional, salud comunitaria, historia de la Costa Caribe de Nicaragua.

b) Capacitaciones: Especialidades por área, frecuencia de capacitaciones, quien los capacita, definición de temas, quien los financia, pertinencia de la capacitación.

c) Personal: Suficiente personal para la atención (enfermeras/os, médicos generales y especialistas, médicos en servicio social, auxiliares de enfermería, personal de apoyo: personal de limpieza, farmacia, estadística, recepcionista, CPF, experiencia laboral y estabilidad laboral.

4.12.6 Abastecimiento

- Medicamentos (sistema de administración).
- Existencia de lista básica de medicamentos (periodicidad de abastecimiento, traslado).
- Existencia de medicamentos y materiales de reposición y vacunas.

4.12.7 Revitalización cultural

Referencia y contra referencia, reconocimiento y registro de las enfermedades de origen sociocultural, capacitaciones al personal de salud sobre el sistema tradicional de salud, cosmovisión, intercambio con médicos tradicionales, discusión de las enfermedades tradicionales, apertura de las unidades de salud para la asistencia a pacientes por médicos tradicionales, reorganización de las unidades de salud, uso de las lenguas regionales en la atención a los pacientes, adecuación de las normas, estructura comunitaria.

4.12.8 Equidad

Programas de acuerdo a normativas y protocolos del Ministerio de Salud y MASI-RAAN, financiamiento, equipamiento, recursos humanos, especialidades, distancia, infraestructura vial, comunicación, cumplimiento de la lista básica de medicamento, manejo de nomina y aplicación de la política.

4.12.9 Divulgación

Existencia de programas culturalmente adecuados, número de programas que se cubren y medios utilizados para la divulgación.

4.13 Análisis de los principales factores estructurales que inciden en la calidad de atención de los servicios de salud en la RAAN y Matagalpa

4.13.1 Factores estructurales

- Marco jurídico.
- MASI RAAN y MOSAFC.
- Aplicación de políticas y normativas pertinentes.
- Planificación estratégica, evaluación y monitoreo de planes de trabajo.
- Recursos financieros (techo presupuestario cubre la realidad regional local, techo presupuestario, cooperación externa).
- Administradores de la salud (MINSAs central, SILAIS, CRAAN, GRAAN, Alcaldía municipal, Organigrama y Responsabilidades).
- Dispersión geográfica y accesibilidad.
- Desarrollo de recursos humanos.

4.13.2 Gestión y gerencia

- Referencia y contra referencia. (Entre unidades de salud y entre médicos tradicionales y unidades de salud).
- Proyectos gestionados y ejecutados (según priorización).
- Recursos materiales y de reposición (adquisición, inventario y distribución).
- Medios de transporte (acuáticos y terrestres).
- Medicamentos (sistema de administración).
- Recursos humanos (gestión, distribución y ubicación).

4.13.3 Articulación y Coordinación

- Autoridades regionales y municipales.
- Autoridades regionales y municipales de salud.
- Sistema Tradicional de Salud (Médicos tradicionales, curanderos, parteras, líderes de salud, colaboradores voluntarios, brigadistas de salud, líderes comunitarios).
- ONG's que trabajan en salud, sociedad civil.
- Instituciones gubernamentales (ENACAL, MINED, MARENA, Ejército, Policía, INE).

4.13.4 Participación social y responsabilidad compartida

- Consejo regional de salud (funcionamiento, miembros y representatividad, acceso al sistema de monitoreo y evaluación, productos obtenidos).
- Comisiones de salud municipales.
- Comisiones de salud comunitarias.
- Consejos del poder ciudadano.

4.14 Valorar las limitaciones y desafíos que enfrenta el MINSA para garantizar la calidad de atención en los servicios de salud

4.14.1 Limitaciones y desafíos

- Espacios de negociación y concertación (reuniones con el MINSA central, sociedad civil).
- Apropiación (compromiso, capacidad, corresponsabilidad, innovación, creatividad y confianza).
- Participación ciudadana.
- Divulgación oportuna.
- Estructura organizacional pertinente.
- Fortalecimiento del GRAAN y de la Secretaria de Salud.
- Financiamiento (gestión y manejo).

4.15 Identificar líneas de acción para mejorar la calidad de la atención de salud en los SILAIS de la RAAN y Matagalpa

4.15.1 Líneas de acción

- Regionalización del sistema de salud.
- Calidad en la atención integral.
- Percepción del personal de salud.
- Infraestructura y equipamiento.
- Accesibilidad.
- Gestión y gerencia: sistema de planificación, monitoreo y evaluación.
- Recursos humanos.
- Articulación y coordinación.
- Participación social y responsabilidad compartida.
- Financiamiento.

- Abastecimiento.
- Revitalización cultural.
- Equidad.
- Divulgación.

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1 CALIDAD EN LA ATENCIÓN DE LOS MODELOS DE SALUD MASI RAAN Y MOSAFC

5.1.1 Calidad en la atención integral

Funcionamiento de Programas de Atención Primaria de Salud (APS)

Según las versiones del personal de salud entrevistado en los centros de salud se están implementando todos los programas de atención primaria de salud que a continuación se describen: Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia (AINMA) que comprenden; el programa Atención Prenatal (APN), Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), Vigilancia Periódica de Crecimiento y Desarrollo (VPCD). Los programas bajo vigilancia epidemiológica son: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH y Sida, Tuberculosis (TB), Leishmaniasis. También se da la atención a pacientes con enfermedades crónicas degenerativas como: Diabetes, Hipertensión Arterial, Artritis, Cardiopatías y los programas relacionados a control de vectores como: Malaria y Dengue.

En el caso de los puestos de salud, tanto de la RAAN como de Matagalpa las enfermeras responsables son auxiliares de enfermería y les toca que llevar a cabo los programas que se llevan en los centros de salud localizados en la parte urbana de las cabeceras municipales. Es importante señalar que esto es un punto que incide directamente en la calidad de atención, ya que a diferencia de lo que ocurre en los centros de salud en donde hay una persona encargada para cada programa, en los puestos de salud es la misma persona que lleva todos los programas. Es importante señalar que este personal no tiene ningún nivel de especialización como: materno infantil, salud mental, y epidemiología.

Se pudo constatar también que las normas de bioseguridad no se están aplicando por parte del personal de salud, en los centros de salud y puestos de salud, esto se debe principalmente a la falta de materiales como desinfectantes, guantes, mascarillas entre otros.

Con relación a la utilización de las diferentes normas y protocolos de atención en morbilidad y programas, las unidades de salud cuentan con todas estas, solo en los puestos de salud tienen un poco de dificultad, han dicho también que en años pasados esta situación era peor. Resultado de esto, es que hoy se están aplicando las normas y se puede decir que brindan una atención basada en procedimientos científicos-técnicos. Sin embargo algunas enfermeras han tenido limitaciones a la comprensión del manejo de las normas, este problema se resuelve consultando a la jefa de enfermeras. Esta situación podría estar relacionada a limitaciones de la lengua en el caso de las enfermeras miskitas en el Municipio de Waspam. Dijeron además que por lo general, cuando hay cambios de normas, siempre han recibido capacitaciones para su manejo. El Centro de Salud de San Dionisio se destaca por la continuidad con la que se capacita al personal relacionado a actualizaciones referentes a las normas y protocolos.

5.1.2 Monitoreo y Evaluación

Para el seguimiento a las metas definidas para cada unidad de salud, en concordancia a las metas asignadas desde el nivel central del ministerio de salud, se diseñan planes y estrategias que son monitoreados y evaluados desde el nivel de los SILAIS hacia los centros de salud y de los centros de salud hacia los puestos de salud. Sin embargo existe debilidad en el municipio de Waspam, ya que la mayoría de las y los enfermeros/as de los puestos de salud refirió que no tienen supervisión y acompañamiento sistemático por parte de las jefas de enfermería. De manera general la falta de cumplimiento de las metas se reprograman dándole seguimiento. Estas se realizan de forma trimestral, semestral, nonestral y anual enviando los resultados a los SILAIS.

No se evidenció el grado de cumplimiento de los acuerdos adquiridos en estas supervisiones, pero de manera general se refirieron a que no se cumplen el cien por ciento las metas debido a factores ajenos a ellos (falta de transporte, falta de recursos financieros, falta de medicamentos). Las metas que no se cumplen al cierre del año no se reprograman.

5.1.3 Morbi-mortalidad

Municipio San Dionisio

Descripción del perfil epidemiológico en los últimos 5 años del territorio demuestran brotes epidémicos en la zona como: enfermedades diarreicas agudas y varicela.

Debido a sobre estimación de población las coberturas de inmunizaciones oscilan entre el 60, 70 y hasta 80%. Las coberturas de control de vectores es de un 100%.

Principales 10 problemas de salud

1. Enfermedades respiratorias agudas
2. Enfermedad diarreica aguda
3. Mal nutrición
4. Desabastecimiento del agua
5. El manejo de los desechos líquidos y sólidos
6. Alta natalidad
7. Lejanía y el difícil accesibilidad a zonas rurales
8. Poco abastecimiento de insumos médicos
9. Intoxicaciones por plaguicidas
10. Violencia intrafamiliar

Principales causas de mortalidad

11. Mortalidad perinatal
12. Mortalidad infantil por IRA Y/O EDA
13. Suicidio con sustancias tóxicas
14. Mortalidad por enfermedad crónica no transmisible

Municipio de Waspam Río Coco

Principales 10 problemas de salud

1. Enfermedades respiratorias agudas
2. Infecciones de Vías Urinarias
3. Enfermedad diarreica aguda
4. Parasitosis
5. Piodermitis
6. Artritis
7. Hipertensión Arterial
8. Anemia
9. Cefalea
10. Artralgias

Principales 10 causas de mortalidad

1. Neumonía
2. Enfermedades diarreicas aguda
3. Problemas relacionados a la hipertensión arterial
4. Tuberculosis pulmonar
5. Insuficiencia cardiaca congestiva
6. Cardiopatía hipertensión
7. Cáncer cérvico uterino
8. Síndrome de membrana hialina
9. Asfixia por ahogamiento
10. Desnutrición crónica

Los indicadores de salud de manera general muestran una evolución gradual, demostrándose avances en cuanto a la mejora de las instalaciones sanitarias, así como otros indicadores sectoriales de desempeño; esperanza de vida, mortalidad de niños menores de 5 años y mayores de 5 años, tasas de inmunización, nutrición infantil, entre otros. A pesar de estos logros, todavía hay importantes desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios de salud entre los diversos grupos socioeconómicos y las regiones. Las personas pobres que viven en las áreas rurales (especialmente en las regiones del Atlántico y Central), la población indígena, y las personas que viven en hogares dedicados a la agricultura, tienen menos acceso a los servicios de salud y prevención que el promedio general de la población.

5.1.4 Lengua en que se comunican con los pacientes

En caso de las unidades del SILAIS Matagalpa, la comunicación es en español, ya que el 100% de la población se identifica como mestiza. En las unidades del SILAIS RAAN, municipio de Waspam la comunicación es principalmente en miskito, pero es importante señalar que el personal médico que atiende en el Centro de Salud de la cabecera municipal, no domina la lengua miskita, ya que en

su mayoría son provenientes del sector del pacífico de Nicaragua, requiriendo de traductores al momento de estar brindando la atención a la población, lo que es considerado como una barrera cultural que influye negativamente en la calidad de la atención. En cambio en los Puestos de Salud de las comunidades al laborar únicamente personal de enfermería que es originario del municipio, la lengua en que se comunica con la población es miskito habiendo mayor entendimiento y confianza.

5.1.5 Gratuidad de los servicios

El 95.3% de los entrevistados del Municipio de San Dionisio aseveraron que la atención brindada en las unidades de salud del Ministerio de Salud es gratuita, pero en ocasiones tienen que comprar los medicamentos que le son recetados, ya que la unidad de salud en ese momento no cuenta con ellos. En cambio en el Municipio de Waspam un 8% refirió que en ocasiones ha tenido que pagar por la atención recibida y también en ocasiones tienen que comprar los medicamentos que le son recetados, ya que la unidad de salud en ese momento no cuenta con ellos. A esto se le contraponen la percepción contraria que tuvieron la totalidad de los entrevistados quienes respondieron que el servicio de salud que se brinda en el Ministerio de Salud, hoy en día es totalmente gratuita.

No se puede obviar que esta situación si es realmente verídica, podría representar un obstáculo para que la gente más pobre no pueda acceder a las unidades de salud aún necesitando de los servicios. Sin embargo es importante mencionar que esta información podría estar relacionada a años anteriores que sí en el ministerio el salud cobraba por algunos servicios, también podría relacionarse a la compra de medicamentos que el paciente hace cuando no hay en existencia en las farmacias del MINSA, teniendo que recurrir a farmacias privadas para la adquisición de sus medicamentos, por el pago que hacen en ocasiones por algunos exámenes como: ultrasonido, rayos "X" y exámenes de laboratorios complejos que incluso se envían a los laboratorios de Managua.

5.1.6 Satisfacción de los servicios

Principales hallazgos de la Encuesta de Satisfacción de Usuarios por cada municipio

5.1.6.1 Datos generales de la población encuestada

Municipio de San Dionisio, Matagalpa

Cuadro 1. Número de usuarios por sexo encuestado en el centro y puestos de salud del municipio de San Dionisio

Sexo	Centro de Salud		Puesto de Salud Susulí		Puesto de salud Carrizal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	300	78	315	85	164	82
Masculino	86	22	57	15	36	18
Total	386	100	372	100	200	100

En las tres unidades de salud, las mujeres son las que más acuden en la búsqueda de sus problemas de salud, ya sea propio como el de sus hijos o de

algún familiar. Esta situación se da en un 78%(300), en el centro de salud, 82%(315) en Susulí y 82% (164) en el Carrizal.

Las edades predominantes de los usuarios fue del grupo atareo representado por 15-29 años y en segundo lugar los de 30 a 44 años. Siendo estas edades en las que las personas sean estas hombre o mujer son más activas social y de manera productiva.

En su mayoría el tiempo que duraron los usuarios externos para llegar al Centro de Salud de San Dionisio fue de 15 minutos o menos, seguido de los que tardaron entre 30 minutos a una hora de camino. Esto se da principalmente porque en San Dionisio no existe transporte público interno y la unidad de salud está ubicado a las afueras de la ciudad, los que tardan más de una hora son usuarios que vienen de comunidades aledañas al área urbana. En cuanto a los Puestos de Salud, Susulí tiene un considerable número de personas que refieren tardar menos de 15 minutos. Sin embargo también atiende diferente comunidades, por lo que éstos son los que tardan entre media hora a más de una hora para llegar al puesto. De igual manera sucede con el Carrizal. Lo que significa que a pesar de que se ha tratado de hacer más accesible la atención en salud a la población, todavía existe un importante número de población que no cuenta con estos servicios de manera inmediata y es aquí en donde el Ministerio de salud trata de solventar esta problemática por medio de las brigadas médicas móviles desafortunadamente esta actividad no se puede hacer de forma más continua debido a los altos costos que ello implica.

Waspam

Cuadro 1. Número de usuarios por sexo encuestado en el centro y puestos de salud de la RAAN correspondientes a Waspam, Francia Sirpi y Bismuna.

SEXO	Centro de Salud Waspam		Puesto de salud Francia Sirpi		Puesto de Salud Bismuna	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	281	76	208	65	169	79
Masculino	90	24	110	35	45	21
Total	371	100	318	100	214	100

Con respecto al sexo que más acude a las unidades de salud resultaron ser las mujeres con una diferencia bien marcada 76% (281) en el centro de salud, 65% (208) en el puesto de Francia Sirpi y un 79% (169) en Bismuna. En las comunidades del Caribe nicaragüense, en este particular, las del municipio de Waspam; las mujeres son las que buscan los servicios de salud para ellas e hijos/as.

El grupo atareo predominante de los usuarios encuestados es el de 15-19 años, tanto en el centro de salud con un 66% (246) y el puesto de salud de Francia Sirpi 39% (125); en cambio para el puesto de salud Bismuna fue el de 30 a 44 años.

El mayor porcentaje de la población del municipio de Waspam es Miskita por lo que eso explica el porqué del alto porcentaje de población perteneciente a este grupo étnico reportado. El Para el caso del Centro de Salud, el hecho que haya

usuarios Mestizos se debe a que a que está ubicado en el área urbana del municipio en donde confluyen diferentes grupos étnicos.

Los resultados del estudio nos permite afirmar categóricamente que las mujeres, son las que más acuden en búsqueda de los servicios de salud y en menor proporción lo hacen los varones, coincidiendo el hecho de que la mujer es quien más velan por sus hijos / as cuando estos se enferman y visitan las unidades de salud.

5.1.6.2 Tiempo de espera para la atención

Municipio de San Dionisio, Matagalpa

Cuadro 2. Tiempo de espera para la atención en el centro y puestos de salud del municipio de San Dionisio.

¿Cuánto tiempo espero para recibir el servicio que buscaba?	Centro de Salud		Puesto de Salud Susulí		Puesto de salud Carrizal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 15 minutos	183	47	87	23	42	21
15 a 30 minutos	74	19	92	25	59	30
31 a 60 minutos	62	16	66	18	33	17
Más de 60 minutos	61	16	123	33	66	33
No Contesto	6	2	4	1	-	-
Total	386	100	372	100	200	100

Con referencia al tiempo que tuvieron que esperar para ser atendidos se observa que en el centro de salud para la mayoría duró poco (47% (187)) si se compara con los casos de los puestos de salud 33% (66) para Carrizal y 33% (123) para Susulí. Sin embargo también hay que destacar que un buen porcentaje de la población encuestada dilató entre 15 minutos y una hora para ser atendidos, esto en las tres unidades de salud. Tanto en el centro de salud como en el puesto de Susulí los usuarios consideraron que el tiempo de espera es aceptable en primer lugar y mucha en segundo lugar..

En este aspecto se debe relacionar la falta de personal en las unidades, principalmente en los puestos de salud en donde generalmente hay uno o dos personas atendiendo a toda la población y en la cual deben cumplir con diversos roles desde admisión, consulta y farmacia entre otros.

Municipio de Waspam

Cuadro 2. Tiempo de espera para la atención en el centro y puestos de salud de la RAAN correspondientes a Waspam, Francia Sirpi y Bismuna.

Cuanto tiempo espero para recibir el servicio que buscaba	Centro de Salud Waspam		Puesto de salud Francia Sirpi		Puesto de Salud Bismuna	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 15 minutos	78	21	166	52	105	49
15 a 30 minutos	139	37	48	15	87	41
31 a 60 minutos	55	15	8	3	17	8
Más de 60 minutos	86	23	70	22	-	-
No contesto	13	4	26	8	5	2

Total	371	100	318	100	214	100
--------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

El mayor porcentaje de la población encuestada en el centro de salud reporta que el tiempo para ser atendidos fue de 15 a 30 minutos 37% (139), y un importante grupo menciona que más de 30 minutos. Sobre esto influye el hecho de que la población que atiende es mayor en comparación con los que llegan a los puestos de salud. En ambos Puestos de Salud los usuarios tardaron menos de 15 minutos para ser atendidos 52% (166) en Francia Sirpi y 49% (105) en Bismuna.

Debido a la gran demanda de los Centros de Salud de las cabeceras municipales y al poco número de recursos disponibles para la atención, el tiempo de espera de la población que acude a dichas unidades es mucho mayor en comparación al tiempo de espera en los Puestos de Salud de las comunidades, esto nos refleja también el porqué en ocasiones se priorizan en cuanto al número de médicos que laboran en las cabeceras municipales y se dejan descubiertos las unidades de las comunidades.

5.1.6.3 Motivo de la consulta

Municipio de San Dionisio, Matagalpa

Cuadro 3. Motivo de visita de los usuarios al centro y puestos de salud del municipio de San Dionisio.

¿Cuál fue el motivo de su visita hoy?	Centro de Salud		Puesto de Salud Susulí		Puesto de salud Carrizal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
VPCD	36	9	72	17	33	17
Vacuna	10	3	14	4	6	3
CPN	22	6	17	4	12	6
Planificación familiar	22	6	19	5	11	6
Consulta Morbilidad	295	76	212	59	136	68
Otros	1	0	4	1	2	1
Parto	-	-	1	0	-	-
VPCD y Planificación Familiar	-	-	4	1	-	-
VPCD, CPN, Planificación Familiar y Consulta medica	-	-	2	1	-	-
VPCD y Consulta Morbilidad	-	-	3	1	-	-
Vacuna y Consulta Morbilidad	-	-	2	1	-	-
VPCD y Vacuna	-	-	4	1	-	-
CPN, Planificación Familiar y Consulta Morbilidad	-	-	1	0	-	-
No Contesto	-	-	17	5	-	-
Total	386	100	372	100	200	100

De manera general se observa que la población acude más a las tres unidades de salud por consulta de morbilidad general (enfermedades comunes), representado esto con el 74%(285) en el centro de salud, 58% (115) en el puesto de salud del Carrizal y 44% (165) en el caso de Susulí. Sin embargo un importante grupo acude por la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo de sus hijos, atención prenatal, planificación familiar y para vacunación de los niños, esta situación se da en las tres unidades de salud.

Municipio de Waspam

Cuadro 3. Motivo de consulta para la atención en el centro y puestos de salud de la RAAN correspondientes a Waspam, Francia Sirpi y Bismuna.

¿Cual fue el motivo de su visita hoy?	Centro de Salud Waspam		Puesto de salud Francia Sirpi		Puesto de Salud Bismuna	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
VPCD	26	7	66	21	13	6
Vacuna	19	5	47	15	11	5
CPN	20	5	4	1	6	3
Planificación familiar	71	19	35	11	35	16
Consulta Morbilidad	163	44	134	42	136	64
Otros	49	13	18	6	9	4
Control de Embarazo	1	0	-	-	-	-
Certificado de Salud	1	0	-	-	-	-
Accidente parto	4	1	-	-	-	-
parto	1	0	-	-	-	-
Ginecología	1	0	-	-	-	-
Dolor de riñón	1	0	-	-	-	-
Infección de muela	1	0	-	-	-	-
No contesto	13	4	14	4	4	2
Total	371	100	318	100	214	100

El motivo principal por el cual los pacientes fueron a la consulta, tanto en el centro de salud, como en ambos puestos de salud, fue por causas de morbilidad general (enfermedades comunes), siendo en el centro de salud de un 44% (63), en el puesto de salud de Francia Sirpi con un 42% (134) y Bismuna 64%(136). La planificación familiar representó el segundo motivo tanto en el centro de salud como en el puesto de Bismuna con un 19% y 16% respectivamente, en el caso del puesto de salud de Francia Sirpi fue la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo con un 15%. La atención prenatal y las vacunas fueron los siguientes motivos de consulta en los tres centros asistenciales, a pesar de estar en cuarto y quinto lugar son representativos considerando la cantidad de personas que buscaron la unidad de salud por estas causas en comparación con las otras que se mencionaron. Es importante mencionar que en su mayoría los que buscaron los servicios de salud independientemente del por qué; fueron las mujeres, ya sea para *ellas o por sus hijos*.

Lo anterior nos demuestra que aún existe la percepción por parte de la población del componente “curativo” de la atención en salud, se acude a una unidad de salud únicamente cuando se está enfermo. El componente de la prevención y promoción en salud, aún no está inserto en la mentalidad de las personas, ni desde el punto de vista individual, como comunitario, sumado a esto se evidencia la falta de prioridad del MINSA a los temas de la prevención y promoción. A esta problemática se le agrega lo que dijeron mayoría de personas entrevistadas que la salud es responsabilidad solo del MINSA.

5.1.6.4 Personal que brindó la atención

Municipio de San Dionisio, Matagalpa

Cuadro 4. Personal que atendió la consulta a los usuarios al centro y puestos de salud del municipio de San Dionisio.

¿Quien le atendió hoy en su consulta?	Centro de Salud		Puesto de Salud Susulí		Puesto de salud Carrizal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Médico	146	38	144	39	97	49
Enfermera	186	48	215	58	99	50
Auxiliar de Enfermería	53	14	5	1	-	-
Médico y enfermera	-	-	4	1	1	1
Otros	1	0	2	1	-	-
No contestó	-	-	2	1	-	-
Total	386	100	372	100	200	100

Tanto en el centro de salud como en los puestos de salud las enfermeras atienden las consultas igual que los médicos, observándose que los mayores porcentajes hacen referencia a las enfermeras, (ver cuadros) esto podría deberse principalmente a la carencia de personal médico en las unidades. Tanto Carrizal como Susulí tiene médicos asignados, sin embargo las que permanecen tiempo completo son las enfermeras, las que cuentan con un perfil de auxiliar de enfermería la de Carrizal y con licenciatura en Salud Pública, la del Puesto de Salud de Susulí

Municipio de Waspam

Cuadro 4. Persona que brindó el servicio buscado por los usuarios en el centro y puestos de salud de la RAAN correspondientes a Waspam, Francia Sirpi y Bismuna.

Persona que brindó el servicio	Centro de Salud Waspam		Puesto de salud Francia Sirpi		Puesto de Salud Bismuna	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Médico	263	71	16	5	-	-
Enfermera	87	23	302	95	211	99
Auxiliar de Enfermería	2	1	-	-	-	-
Médico y enfermera	8	2	-	-	-	-
No contestó	11	3	-	-	3	1
Total	371	100	318	100	214	100

Generalmente el personal que brinda la consulta es el médico, esto coincidió con las respuestas que dieron los usuarios al representar el 71% (263) en el centro de salud. Contrario a lo que sucede aquí, en los puesto de salud únicamente atienden las enfermeras, a menos que se encuentre alguna brigada o visita, ella es la que asume toda la responsabilidad en la atención de por lo que tanto en el puesto de Francia Sirpi y Bismuna el porcentaje de la atención brindado por enfermería fue el más alto siendo este el de 95% (302) y 99% (211) respectivamente.

5.1.6.5 Trato del personal que brindó la atención

Municipio de San Dionisio, Matagalpa

Cuadro 5. Trato que recibiera el usuario por parte del médico en el centro y puestos de salud del municipio de San Dionisio.

¿Cómo fue el trato del médico?	Centro de Salud		Puesto de Salud Susulí		Puesto de Salud Carrizal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	30	8	34	9	52	26
Bueno	87	23	118	32	11	6
Regular	28	7	25	7	2	1
Malo	-	-	6	2	-	-
No Contesto	241	62	189	51	117	59
Total	386	100	372	100	200	100

Cuadro 6. Trato que recibiera el usuario por parte de enfermería en el centro y puestos de salud del municipio de San Dionisio.

¿Cómo fue el trato de la enfermera?	Centro de Salud		Puesto de Salud Susulí		Puesto de salud Carrizal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	17	4	55	15	23	11,5
Bueno	178	46	178	48	67	33,5
Regular	37	10	61	16	25	12,5
Malo	4	1	7	2	6	3
No Contesto	150	39	71	19	79	40
Total	386	100	372	100	200	100

De manera general los usuarios perciben el trato del personal de salud tanto de enfermeras y médicos como *bueno* equivalente al 23% (87) para médicos y 46% (178) de las enfermeras en el centro de salud. En el puesto de salud de Susulí el 32% (118) de los médicos y enfermeras 48% (178). En Carrizal un 33.5% (67) para la enfermera. Esta característica también se observa en las siguientes rutas a seguir desde el proceso de admisión hasta el momento en que el paciente sale de la unidad de salud.

Estos resultados implican que probablemente el personal de salud del Ministerio de Salud está siendo más conscientes del trabajo humanitario que desempeñan en pro de la salud de la población que busca su ayuda la que debe garantizarse como un derecho humano.

Municipio de Waspam

Cuadro 5. Percepción sobre la calidad del trato recibido por los usuarios en el centro y puestos de salud de la RAAN correspondientes a Waspam, Francia Sirpi y Bismuna.

Como fue el trato del médico	Centro de Salud Waspam		Puesto de salud Francia Sirpi		Puesto de Salud Bismuna	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	65	18	5	2	-	-
Bueno	143	39	7	2	-	-
Regular	61	16	2	1	-	-
Malo	17	5	-	-	-	-
N/A	10	3	-	-	-	-
No contesto	75	20	304	96	-	-
Total	371	100	318	100	-	-
Como fue el trato de enfermería						
Excelente	35	9	102	32	29	14
Bueno	129	35	198	62	146	68
Regular	65	18	13	4	25	12
Malo	10	3	-	-	6	3
N/A	28	8	-	-	-	-
No contesto	104	28	5	2	8	4
Total	371	100	318	100	214	100

Nota: El reporte sobre el trato del médico en el puesto de salud de Francia Sirpi, se refiere a la entrada de brigadas médicas.

En cuanto a la opinión del trato recibido por el personal de salud en estas unidades, la opción *Bueno* representó el primer lugar, tanto para la atención que recibieron de los médicos como de las enfermeras. Lo que podría significar que a pesar de las dificultades que tienen el personal se esfuerza y se está haciendo más consciente de la necesidad de brindar un trato más humanizado a la población que acude a las unidades con la esperanza de solucionar su problema de salud.

Esto refleja los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud en cuanto a mejorar el trato de los usuarios a través de las capacitaciones brindadas al personal sobre autoestima, valores, misión y visión de la institución, liderazgo y relaciones humanas. Sin embargo el Ministerio de Salud necesita esfuerzos más focalizados en aquellos lugares que se presentaron problemas de maltrato, falta de privacidad en la atención recibida y aquellos lugares donde se sintieron rechazados cuando solicitaron el servicio.

En este aspecto se verifica la dimensión personal del servicio. La población debe sentirse bien tratada durante su permanencia en el servicio de salud, por todas las personas que interactúen con él. En el estudio si bien se refleja que el personal muestra una actitud de atención, interés por servir, respeto y amabilidad para que el usuario se sienta a gusto y con deseos de regresar, pero es importante señalar que esto es referido de manera personal, es decir no la totalidad del personal de salud es amable.

Es por esto que se afirma que para lograr la calidad en la comunicación interpersonal se debe tomar en cuenta los siguientes pasos:

1. Establecer una relación cordial
2. Identificar las necesidades del usuario
3. Responder las necesidades del usuario
4. Verificar el entendimiento del usuario
5. Mantener la cordialidad de la relación
6. Conocimiento y respeto a la cosmovisión

Por lo que se considera que la práctica de una buena relación interpersonal incrementará el nivel de satisfacción y atraerá a un número mayor de usuarios, lo que revertirá en el desarrollo de la cultura sanitaria en la comunidad.

5.1.6.6 Acceso a laboratorio, rayos x, ultrasonido y obtención de medicamentos

Municipio de San Dionisio, Matagalpa

Cuadro 7. Trato que recibiera el usuario por parte del médico en el centro y puestos de salud del municipio de San Dionisio.

¿Cómo fue el trato del médico?	Centro de Salud		Puesto de Salud Susulí		Puesto de Salud Carrizal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje

Excelente	30	8	34	9	52	26
Bueno	87	23	118	32	11	6
Regular	28	7	25	7	2	1
Malo	-	-	6	2	-	-
No Contesto	241	62	189	51	117	59
Total	386	100	372	100	200	100

Cuadro 8. Trato que recibiera el usuario por parte de enfermería en el centro y puestos de salud del municipio de San Dionisio.

¿Cómo fue el trato de la enfermera?	Centro de Salud		Puesto de Salud Susulí		Puesto de salud Carrizal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	17	4	55	15	23	11,5
Bueno	178	46	178	48	67	33,5
Regular	37	10	61	16	25	12,5
Malo	4	1	7	2	6	3
No Contesto	150	39	71	19	79	40
Total	386	100	372	100	200	100

Únicamente en el Centro de Salud de San Dionisio se cuenta con un laboratorio, el cual en el momento de la investigación tenía aproximadamente 3 meses sin funcionar, por lo que el usuario tenía que resolver este inconveniente por su propia cuenta, de acuerdo al personal de salud los casos de emergencia se resolvían con el apoyo y coordinación del gobierno municipal, sin embargo este tipo de relaciones se ha consolidado con el concejo municipal actual. En el caso de los puestos de salud estos no cuentan con laboratorio, mucho menos con unidad de rayos X o ultrasonido, por lo que los pacientes en caso de ser necesario siempre se han referido al centro de salud en donde se realizan sus exámenes.

Municipio de Waspam

Cuadro 7. Medicamentos recibidos por los usuarios en el centro y puestos de salud de la RAAN correspondientes a Waspam, Francia Sirpi y Bismuna.

¿Cuántos medicamentos le recetaron?	Centro de Salud Waspam		Puesto de salud Francia Sirpi		Puesto de Salud Bismuna	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Uno	57	15	11	3	52	24
Dos	95	26	87	27	120	56
Tres	118	32	204	64	33	15
más de tres	47	13	12	4	8	4
No contesto	54	15	4	1	1	0
Total	371	100	318	100	214	100
¿Pudo obtener todas las medicinas recetadas?						
Si	228	61	216	68	110	51
No	82	22	91	29	96	45
No contesto	61	16	11	3	8	4
Total	371	100	318	100	214	100

Los Puestos de Salud del municipio de Waspam no cuentan con laboratorios, unidad de rayos X, ni ultrasonidos. Estas facilidades únicamente las tiene el centro de salud, servicios que actualmente se han complementado con la brigada médica Cubana que llegó a ese municipio en septiembre del año 2007.

Con respecto a los medicamentos. Esto es un problema que de una u otra forma el Ministerio de Salud trata de solucionar. Ya que a pesar de que el personal de salud entrevistado reporta la carencia de medicamentos, la población encuestada en su mayoría menciona haber adquirido los medicamentos prescritos durante la consulta, 61% (228) en el centro de salud, 68% (216) en el puesto de salud de Francia Sirpi y 51% (110) en el de Bismuna.

En cuanto al acceso a los medicamentos, en su mayoría se les recetó de dos a más de un medicamento, los que no necesariamente fueron otorgados por completo al paciente. A pesar de esto, un alto porcentaje de la población encuestada logró conseguir los medicamentos que les fue recetado, ya sea por el médico o la enfermera, además fueron instruidos de cómo utilizarlos.

Al respecto se visualiza que a pesar de las limitaciones y dificultades con las que cuenta el Ministerio de Salud en garantizar realmente la totalidad del medicamento que el/la enfermo/a necesita, la población esta no lo valora negativamente. Esto podría estar relacionado a la compra de medicamentos en farmacias privadas o tiendas a que recurren algunos enfermos. Y obviamente que en el caso del centro y puestos de salud de Waspam, los enfermos o los familiares utilizan las plantas medicinales como otra alternativa en la solución a sus padecimiento de su salud. Cabe destacar que Waspam es uno de los municipios que mantiene viva su cultura, sus costumbres, creencias como una de la sabiduría ancestral valorando en muchas ocasiones a la medicina tradicional como la principal fuente de sanación.

También es importante señalar que en ambas unidades de salud, la población es de origen campesino, indígena que viven en un ambiente precario, pasando muchas limitaciones para poder comprar sus medicamentos, en algunas ocasiones no pueden conseguirlo, esto manifestaron la mayoría de los entrevistados.

5.1.6.7 Evaluación de la atención en la unidad de salud

Municipio de San Dionisio, Matagalpa

Cuadro 8. Evaluación de los usuarios de la atención recibida en el centro y puestos de salud del municipio de San Dionisio.

¿Cómo calificaría la atención recibida en esta unidad de salud?	Centro de Salud		Puesto de Salud Susulí		Puesto de salud Carrizal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	38	10	38	10	27	14
Bueno	252	65	193	52	92	46
Regular	74	19	110	30	64	32
Malo	2	1	15	4	12	6
N/A	8	2	-	-	-	-
No Contesto	12	3	16	4	5	3
Total	386	100	372	100	200	100

Cuadro 9. Problemática en la atención brindada a los usuarios en el centro y puestos de salud del municipio de San Dionisio.

¿En general ¿cuál cree UD es el mayor problema de la atención que recibes hoy?	Centro de Salud		Puesto de Salud Susulí		Puesto de salud Carrizal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
El tiempo de espera	24	6	21	6	22	11
El trato del personal	25	6	50	13	20	10
Falta de medicamento	262	68	166	45	117	59
Falta de equipo en la unidad	43	11	34	9	14	7
Falta de medicamento y falta de equipo	-	-	18	5	-	-
Tiempo de espera y Falta de equipo	6	2	3	1	1	1
Trato personal y Falta de medicamentos	-	-	18	5	-	-
Tiempo de espera y falta de medicamentos	-	-	14	4	-	-
Tiempo de espera, falta de medicamentos, falta de equipo y trato personal	-	-	4	1	-	-
Tiempo de espera, falta de medicamento y falta de equipo	-	-	3	1	-	-
Falta de Medicamentos y Falta de equipo de unidad	3	1	12	3	-	-
Tiempo de espera y el trato personal	-	-	3	1	-	-
Tiempo de espera, Trato Personal y Falta de medicamentos	-	-	1	0	-	-
Ninguno	1	0	-	-	-	-
No Contesto	22	6	25	7	26	13
Total	386	100	372	100	200	100

En cuanto a la valoración general de la calidad en la atención recibida, la definen como buena, representándose esto en un 65% (252) para el centro de salud, un 46% (92) el puesto de salud de el Carrizal y un 52% (193) el de Susulí. En un segundo lugar, las tres unidades de salud, refieren que califican la atención como regular. Lo que significa que a pesar de los esfuerzos del ministerio de salud en brindar una atención de calidad y con calidez humana la percepción que tiene el usuario de el desarrollo de sus funciones es bastante bajo, esto implica que se debe trabajar más en el desarrollo e implementación de un Plan de Garantía de Calidad que se enfoque en los principales problemas referidos por la población.

De manera general las tres unidades de salud del municipio de San Dionisio reflejan que el mayor problema que han sentido es con relación a la falta de medicamentos en un 68% (262) en el centro de salud, 59% (117) en el puesto de salud de el Carrizal y 45% (166) en el puesto de salud de Susulí.

El segundo lugar lo ocupan la falta de equipos, tiempo de espera para ser atendidos y el trato del personal respectivamente. Las aseveraciones de los usuarios coinciden con el mismo personal de salud quienes manifiestan que uno de sus principales problemas que enfrentan para dar solución a las necesidades de los pacientes la escasas de medicamentos con la que cuenta el municipio. La

cantidad asignada es menor en comparación con la población que corresponde atender.

Municipio de Waspam

Cuadro 8. Calificación de la atención recibida por los usuarios en el centro y puestos de salud de la RAAN correspondientes a Waspam, Francia Sirpi y Bismuna.

Cómo calificaría la atención recibida en esta unidad de salud?	Centro de Salud Waspam		Puesto de salud Francia Sirpi		Puesto de Salud Bismuna	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	30	8	181	57	26	12
Bueno	173	47	107	34	134	63
Regular	127	34	23	7	43	20
Malo	14	4	1	0	6	3
N/A	3	1	-	-	-	-
No contesto	24	6	6	2	5	2
Total	371	100	318	100	214	100

Cuadro 9. Percepción sobre principales problemas en la atención recibida por los usuarios en el centro y puestos de salud de la RAAN correspondientes a Waspam, Francia Sirpi y Bismuna.

En general ¿cuál cree UD es el mayor problema de la atención que recibes hoy?	Centro de Salud Waspam		Puesto de salud Francia Sirpi		Puesto de Salud Bismuna	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
El tiempo de espera	159	43	70	22	4	2
El trato del personal	35	9	4	1	1	0
Falta de medicamento	48	13	66	21	63	29
Falta de equipo en la unidad	19	5	167	53	144	67
Falta de medicamento y falta de equipo	3	1	-	-	-	-
Tiempo de espera y Falta de equipo	1	0	-	-	-	-
No contesto	106	29	11	3	2	1
Total	371	100	318	100	214	100

Es bastante sorprendente que a pesar de las limitaciones que tienen las unidades de salud del municipio de Waspam, la opinión de los usuarios sobre atención recibida ocupe un primer lugar de Buena con un 47% (173) en el centro de salud, en el puesto de Bismuna 63% (134) y Excelente en el de Francia Sirpi 57% (181). Para estas tres unidades la categoría de Regular está en la tercera opción.

En relación al mayor problema que los usuarios consideraron relacionado a la atención en el centro de salud, fue el tiempo que tuvieron que esperar para ser atendidos, esto se reflejó en un 43%(159). En el caso del puesto de salud de Francia Sirpi la falta de equipos 53%(167). Para los usuarios del puesto de salud de Bismuna en un 29%(63) consideran que la falta de medicamentos es el mayor problema, relacionado a esto tanto el centro de salud como el puesto de Francia Sirpi lo reporta como una problemática que ocupa el tercer lugar con un 13%(48) y 21%(66) respectivamente. Sin embargo los entrevistados dicen lo contrario que hay un problema grave con relación a la falta de medicamentos, ya que estos son muy pocos en relación a la demanda y población total, esto también es algo que el personal de salud manifestó.

Lo antes expuesto demuestra que para el paciente, aspectos tales como: la amabilidad y disponibilidad de tiempo del personal de salud, las características físicas del sitio en donde reciben la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, entre otras; son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad. Por el contrario, la capacidad técnico-científica del personal de salud y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante la atención, son aspectos que no se pueden evaluar fácilmente, por lo tanto no se refleja.

5.1.6.8 Costumbres y creencias

Municipio de San Dionisio Matagalpa

Para el caso de los usuarios del departamento de Matagalpa, todos se identificaron como mestizos, por lo que la comunicación personal de salud-paciente no tuvo problemas en cuanto a lenguaje respecta.

Municipio de Waspam

Cuadro 10. Percepción sobre el efecto de costumbres, creencias culturales y uso de la lengua en la atención recibida por los usuarios en el centro y puestos de salud de la RAAN correspondientes a Waspam, Francia Sirpi y Bismuna.

¿El personal de salud ha tomado en cuenta sus costumbres y creencias culturales?	Centro de Salud Waspam		Puesto de salud Francia Sirpi		Puesto de Salud Bismuna	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	229	62	301	95	166	78
No	88	24	6	2	7	3
No contestó	54	15	11	3	41	19
Total	371	100	318	100	214	100
Le atendieron en su lengua?						
Sí	172	46	314	99	212	99
No	136	37	3	1	-	-
No contestó	63	17	1	0	2	1
Total	371	100	318	100	214	100
Es la lengua una barrera de entendimiento?						
Sí	208	56	81	25	4	2
No	115	31	234	74	207	97
No contestó	48	13	3	1	3	1
Total	371	100	318	100	214	100

En relación a la percepción sobre el efecto de costumbres, creencias culturales y uso de la lengua en la atención recibida por los usuarios, el estudio refleja lo siguiente:

- En relación a tomar en cuenta sus costumbres y creencias culturales, la mayoría coincide en que si se toma en cuenta (de un 62 a 95%), siento la frecuencia más alta en los puestos de salud comunales. El mayor problema se presenta en el centro de salud de Waspam, en donde un 24% se expresa en forma negativa.

- b) En relación al uso de la lengua, el 99% de los usuarios que acudieron a los puestos de salud comunal, expresaron que fueron atendidos en su lengua materna, mientras que los que acudieron al centro de salud ubicado en la zona urbana, apenas un 46% lo logró.
- c) En relación al efecto del uso de la lengua como barrera de entendimiento en la atención a pacientes, un 56% de los usuarios del centro de salud de Waspam y un 25% de los usuarios del puesto de salud de la comunidad de Francia Sirpi, lo consideran como una barrera; es Bismona apenas un 2% lo identifica como problema.

En muchos casos los médicos utilizan como interpretes a las enfermeras y podría ser que no todo lo que el médico le dice al paciente es transmitido en su totalidad al usuario, por otro lado al tener un traductor el paciente pierde confianza para hablar de su enfermedad. Esto es una desventaja para la relación paciente-medico.

En el caso de los puestos de salud este problema es relativamente poco pues el personal de enfermería que atiende es de la misma cultura que el paciente, por lo que también es el mismo idioma que utilizan para comunicarse, por lo tanto no hay necesidad de traducir; lo que implica que considerar la lengua como una barrera de entendimiento es bastante poco probable.

Una de las desventajas existentes en la Región atlántica de Nicaragua es el hecho de que la mayoría del personal médico que trabaja en el territorio no es autóctono del mismo, por lo que no entienden a profundidad la idiosincrasia de la población particularmente la indígena, lo que significa que mucho menos el idioma, aunque algunos ha hecho un importante esfuerzo de aprender lo básico, esto no es suficiente para la comprensión del lenguaje y confianza de los usuarios hacia los médicos principalmente.

5.1.6. 9 Medios de comunicación en que se informan

Municipio de San Dionisio Matagalpa

Cuadro 11. Medios de comunicación en que los usuarios el centro y puestos de salud del municipio de San Dionisio.

¿En qué medios de comunicación se informan?	Centro de Salud		Puesto de Salud Susulí		Puesto de salud Carrizal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Radio	111	29	83	22	63	32
Televisión	7	2	19	5	5	3
Radio y Televisión	10	3	7	2	-	-
Perifoneo	19	5	91	24	24	12
Ambulancia	18	5	56	15	3	2
Reuniones	21	5	6	2	3	2
Brigadista	6	2	18	5	2	1
Ambulancia y Brigadista	83	22	33	9	37	19
Ambulancia y Perifoneo	5	1	3	1	3	2
Radio, Ambulancia y	4	1	3	1	8	4

Perifoneo						
Perifoneo y Brigadista	-	-	5	1	1	1
Radio y Ambulancia	44	11	2	1	35	18
Radio y Perifoneo	14	4	3	1	2	1
Perifoneo y Televisión	-	-	3	1	-	-
No Contesto	44	11	40	11	14	7
Total	386	100	372	100	200	100

La radio y el perifoneo son los medios más comunes en los que la población se mantiene informada sobre la situación de salud del municipio. Este perifoneo se realiza con la ambulancia que tiene el centro de salud, el cual recorre las comunidades informando a la población. Algo muy destacado en este municipio es la alta participación de la red de salud comunitaria quienes participan activamente apoyando al personal de salud informando a la comunidad de todas las eventualidades a desarrollarse.

Municipio de Waspam

Cuadro 11. Medios de comunicación en que los usuarios del centro y puestos de salud de la RAAN correspondientes a Waspam, Francia Sirpi y Bismuna se informan.

Medios de comunicación en que se informan los usuarios	Centro de Salud Waspam		Puesto de salud Francia Sirpi		Puesto de Salud Bismuna	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Radio	338	94	316	99	213	100
No contesta	23	6	2	1	1	0
Total	371	100	318	100	214	100

En general, el único medio de comunicación en que se informan los usuarios de los puestos de salud comunales es la radio; para el centro de salud ubicado en la zona urbana, el número de usuarios que se informan por la radio se reduce al 94%.

5.1.7 Percepción del personal de salud

Al entrevistar al personal de salud entre ellos médicos en servicio social, médicos generales que ya están fuera de servicio social pero que laboran de forma permanente en morbilidad y encamados, a enfermeras responsables de los programas de atención primaria, farmacéuticos, laboratoristas y estadística. Se pudo constatar que los modelos de salud participativos se iniciaron a implementar a partir del año 2006, iniciando con la implementación del Modelo de Atención Integral de salud (MAIS). Este modelo se implementó hasta el 2007, ya que para este año el MAIS fue adaptado y mejorado resultando entonces el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).

Para el personal de salud, la atención de calidad implica la libertad de hacer todo lo que sea apropiado para mejorar la condición de salud del paciente y de la comunidad de acuerdo a normas establecidas, aplicando técnicas actuales y los recursos con los que se cuenta. El compromiso y la motivación del personal dependen de la capacidad para llevar a cabo su vocación de una manera ideal u óptima. Los miembros del grupo de salud tienden a concentrarse en la competencia profesional para garantizar la eficacia y la seguridad.

Durante el estudio se comprobó que no existen deficiencias mayores en la calidad en cuanto a la competencia de los profesionales, ya que la mayoría de las esferas del conocimiento de las normas y protocolos existentes, ellos las conocen y manejan. Pero se puede afirmar que la calidad se juzga según la percibe el paciente y no según la ve el proveedor, por lo que el sistema de salud requiere que todos los responsables en la atención de la población se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad de las prestaciones sociales.

En este sentido se ha iniciado la utilización de estándares de calidad a partir del año 2007, que serán medidos por un conjunto de indicadores, a través de metodologías y herramientas que permitirán identificar el nivel de progreso hacia los niveles deseados de calidad.

Los estándares forman parte del componente de Garantía de la Calidad constituyendo la base normativa del proceso de autoevaluación, que a su vez alimenta a los procesos planificación y de mejoramiento continuo de la calidad.

Los estándares son requerimientos indispensables que debe cumplir un establecimiento de salud, para garantizar una adecuada calidad en la prestación de salud, y serán sometidos a revisiones periódicas para su actualización en base a los logros obtenidos y a los avances científicos y tecnológicos en salud.

5.1.8 Referencia y Contra Referencia

El sistema de referencia se da principalmente desde el nivel rural hacia la cabecera municipal y de ahí hacia el segundo nivel de atención, en el caso del centro de salud de Waspam los traslados se realizan hacia el hospital regional que se localiza en Bilwi cabecera regional de la RAAN. En el caso del centro de salud de San Dionisio se da hacia la cabecera departamental de Matagalpa.

En realidad también debería de aplicarse la contrareferencia cuando ya el paciente viene de regreso hacia su comunidad, para que exista seguimiento y acompañamiento durante el período de rehabilitación del paciente, pero esto no funciona de esta manera. La realidad es que se debe considerar que este recorrido es de vital importancia, pues de esto depende la curación total de una patología, ya que además es una fase donde la mayor parte de pacientes están desorientados con el tratamiento a seguir. Esta situación se presentó en ambos lugares en estudio. En San Dionisio es la enfermera que acude una vez al mes al hospital de Matagalpa a solicitar la contrareferencia del paciente que trasladan desde del hospital.

5.1.9 Infraestructura y equipamiento

Ambos centros de salud no están diseñados para ser utilizados como centros de atención para la salud. Entre las dificultades; esta en primer lugar el problema en lo que se refiere a ventilación, no existe circulación de aire, lo que se empeora en época de verano, donde los/as enfermos/as se desesperan por el calor, salas de espera con espacios reducidos de acuerdo a la población que se atiende diariamente, la disponibilidad de servicios higiénicos es limitada si se compara

con la población a la que se atiende, hay poca iluminación, carencia permanente de agua potable, los consultorios son pequeños lo que dificulta la privacidad, ya que se atienden a dos pacientes en un mismo consultorio resultando en aspectos negativos para el paciente, pues este no tiene libertad de explicar todo su problema de salud, ya que esta consiente que hay otra persona escuchando.

Las comodidades actuales (relacionadas con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad), aunque han mejorado notablemente con relación a años anteriores, no han acrecentado la satisfacción de la población y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro.

Las comodidades son también importantes, porque pueden influir en las expectativas que tienen los pacientes y la confianza que sienten con relación a otros aspectos del servicio. Si bien algunas comodidades se consideran lujos en los establecimientos de salud de muchos países en desarrollo, antes bien, son importantes para atraer a la población así como para asegurar la continuidad y cobertura de los servicios.

Con relación al problema energético el centro de salud de Waspam tiene serias limitaciones, ya que carecen de este fluido eléctrico las 24 horas del día y aunque cuentan con una planta eléctrica para solventar esta problemática, solo la utilizan en casos de emergencia, pues el combustible es demasiado caro y no cuentan con presupuesto para cubrir altos costos.

En ambos centros de salud no se cuentan con servicios tecnológicos necesarios para la comunicación como es internet, servicio telefónico. En el caso de los puestos de salud cuentan con radios de comunicación excepto el de Carrisal. Hay destacar que en ambos centros de salud el personal tiene celulares en su mayoría a título personal, pero que se ocupa para asuntos de trabajo, muchas veces esta es la única opción y es el que tiene un alto costo.

5.1.10 Manejo de basura

En ambas unidades de salud se constato que la disposición y el manejo de la basura no se da de manera adecuada, pues estas no cuentan con basureros que cumplan con las normas sanitarias, por lo general la basura se ubica en los predios de los centros de salud (detrás del edificio), que es donde diariamente se acumula buena cantidad de basura. La basura es quemada diariamente, los desechos que no se pueden quemar se entierran.

En este aspecto hay buena participación de los gobiernos municipales ya que eventualmente el tren de aseo recorre las unidades de salud para garantizar se vote la basura en lugares destinados por la alcaldía. En muchas ocasiones en coordinación con el MINSA realizan jornadas de limpieza a nivel barrial y en toda la comunidad.

5.1.11 Equipos y Materiales

Existen limitaciones en los centros y puestos de salud relacionado a equipamientos y materiales de reposición, esto incide en la calidad de atención en salud que se brinda en los centros y puestos de salud. Dentro de las principales limitantes destacan: papelería de uso diario, ya sea a nivel de oficinas administrativas, como en las consultas de morbilidad y en los diferentes programas, igualmente sucede con los formatos diseñados para los registros de la consulta, elaborar expedientes entre estos: historia clínica perinatal, historia clínica de captación, historia clínica de seguimiento a la embarazada, partograma, recetas. Para poder solventar esta necesidad utilizan papel reciclado que solicitan a otras instituciones.

La mayoría de los equipos utilizados para la atención en morbilidad y los programas tienen ya varios años de uso y no se han repuesto por nuevos equipos. En el caso de los laboratorios en varias ocasiones se quedan sin reactivos, esto repercute de forma negativa principalmente para el paciente ya que son de escasos recursos económicos, y no les queda otra opción que realizarse sus exámenes en laboratorios privados, o no hacerse los exámenes. Con relación a esto en el municipio de San Dionisio, el personal de salud de los puestos de salud cuentan con los equipos básicos aunque algunos ya están muy usados (viejos o en mal estado), les entregan muy poco desinfectante (1galon), tienen limitaciones con tallímetro y cintas métricas. El puesto de Susuli no cuenta con estetoscopio, dopler, guantes, lentes. De acuerdo a la responsable de el Puesto de salud del Carrizal cuenta con los equipos y materiales necesarios para funcionar de de forma normal.

En San Dionisio hace 3 meses que el laboratorio no funciona, por subsidio del personal de laboratorio, en el momento de la fase de campo de este estudio estaba gestionando con el SILAIS la asignación de otro recurso. Cuentan con una ambulancia para trasladar a los pacientes, por medio de la alcaldía se complementa este problema.

5.1.12 Medicamentos

En el caso de medicamentos es donde se encontró mayores limitaciones, tanto en los centros de salud, como en los puestos de salud. En el caso del centro de salud de Waspám río Coco, es el más afectado pues este se clasifica como un centro de salud con camas, pero hace dos años que llegó una brigada médica cubana que tiene varias especialidades como cirugía, ortopedia, ginecología, pediatría, medicina interna y radiología, sin embargo se le continúa abasteciendo como un centro de salud sin cama. La brigada médica cubana está apoyando en todo lo que puede y se han resuelto varios casos localmente, sin necesidad de hacer referencia al hospital regional de Bilwi ahorrándose gastos que podrían incrementarse en combustible para trasladar pacientes al hospital regional.

Otra de las situaciones es que también se presentan dificultades con relación al período de abastecimiento, pues en algunas ocasiones incluso llegan a quedar en cero con algunos medicamentos especialmente para pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. El personal de salud considera que la demanda poblacional es mayor a la cantidad de medicamentos asignados. Esto repercute en la salud de los pacientes, ya que no quedan satisfechos de la atención En este

caso es importante señalar que la mayoría de las veces el usuario tiene la expectativa de que siempre que recibe la consulta necesariamente se le tendrá que recetar un medicamento y se maximiza aun más cuando a nivel de la opinión pública se presenta el problema de desabastecimiento de algunos insumos médicos. Sumado a la poca promoción de los servicios que se brindan en la Unidad de Salud, ya que la mayoría de las atenciones se enfocan en el aspecto curativo. Esto se agudiza aun más cuando los programas priorizados son los que no obtuvieron el medicamento como los que asistieron por control prenatal, vacunación, vigilancia crecimiento y desarrollo del niño, planificación familiar y pacientes con enfermedades crónicas que se les brinda en estos centros de salud y puestos de salud.

5.1.13 Acceso y cobertura

En el caso del centro de salud de Waspam existen serias dificultades, para poder cubrir todas las comunidades siendo el principal factor la falta de fondos. A esto se le suma la ubicación geográfica como otro factor determinante, ya que la mayoría de las comunidades se ubican en la ribera del Río Coco y los medios de transportes son acuáticos. Esto incrementa los costos, por que el combustible tiene un alto precio en el país y en la región. La tendencia del mismo es de ir cada vez más en aumento.

También se da el caso de comunidades localizadas en los sectores de los llanos, donde en las comunidades no hay transporte público fluido, por lo que la población tiene que caminar largas distancias para poder llegar a la carretera principal y posteriormente movilizarse hacia las unidades de salud de mayor resolución ubicadas principalmente en las cabeceras municipales.

Para que el medicamento pueda llegar a las comunidades son las enfermeras y los enfermeros los que encargan de transportar sus medicamentos hacia los puestos de salud donde se encuentran ubicados en muchas ocasiones costeando ellos mismos por el traslado. Las y los enfermeros de los puestos que son muy alejados (a dos días de camino) por lo general llegan a la sede municipal cada tres meses, de lo contrario no les quedaría nada de su salario.

El traslado de pacientes hacia Bilwi que se localiza a 140 km de distancia y donde se ubica el hospital regional, tiene un alto costo pero no se les asigna suficiente presupuesto para cubrir estas necesidades, por lo que en ocasiones tienen que pedir apoyo a las alcaldías y resolver los problemas.

En el centro de salud de Waspam Río Coco, se constato que la cobertura anda más o menos por el 60% pues es el municipio que tiene mayores limitaciones para poder brindar una cobertura total, ya que tiene cubrir un total de 108 comunidades y su ubicación geográfica es de difícil acceso. En este municipio la población mayoritaria es indígena Miskita y la mayoría vive en extrema pobreza. Se asocian también a esto, los factores culturales

Para poder llevar la salud hacia las comunidades más alejadas y que por lo general no cuentan con puestos de salud, se hace por medio de las brigadas médicas móviles (BMM). Estas están equipadas con recursos humanos que

tienen la misión de brindar atención tanto de morbilidad como de los programas, principalmente los priorizados.

A pesar que las brigadas médicas móviles han sido y son las únicas alternativas de poder cubrir varios programas de atención primaria en salud y llevar la salud hasta las comunidades, en el caso del centro de salud de Waspam esta no puede funcionar regularmente si no cuenta con fondos de cooperación externa, de lo contrario no salen en todo el año, pues el presupuesto que le asignan no les ajusta para poder estar movilizándolo a la BMM de manera sistemática.

Con relación al centro de salud de San Dionisio, existe un poco más de ventaja, ya que tiene asignado cubrir un total de 28 comunidades, todas localizadas en los alrededores o cercanías una de la otra. Aquí la Brigada Médica Móvil (BMM) llega a las comunidades mensualmente. Las comunidades tienen mejores vías de comunicación y hay medios de transporte más fluido.

Los centros y puestos de salud de ambos SILAIS funcionan ocho horas diarias durante la semana. En el caso de los puestos de salud, estos tienen un horario más flexible, pues deben atender también en horas no laborales, esto significa en cualquier momento que la población lo solicite.

También las enfermeras deben programar salida hacia las comunidades que no cuentan con puestos de salud, para cubrir las necesidades que se presenten. No tienen autorización de sus jefes de rechazar un solo paciente.

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de la calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística. El acceso geográfico incluye los medios de transporte, las distancias, el tiempo de viaje y cualquier otra barrera física que impida al cliente recibir atención, barrera que está claramente demostrada en este estudio, principalmente para el sector de Waspam.

Otra barrera importante y que igualmente está identificada en este estudio es la económica, ya que los resultados demuestran dificultades para tener acceso a los servicios de salud y a la adquisición de medicamentos, en el caso que estos no sean provistos por el MINSA.

La barrera cultural, la cual se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta los valores culturales y las actitudes locales, no tiene expresión en el sector de San Dionisio, pero por el municipio de Waspam si la hay, ya que la totalidad del personal médico no es originario de ese sector y por ende no comparte los valores culturales de esa población, al igual que el acceso lingüístico que implica que los servicios se presentan en un idioma que permita a los clientes expresarse con facilidad y entender al trabajador de salud, ya que los médicos no dominan la lengua materna miskita.

El acceso organizacional que se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para la población; las horas de atención de las unidades de salud y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios han creado barreras para el uso de los mismos.

Recursos financieros municipio Waspam Rio Coco. En córdobas

AÑO	FONDOS FISCALES	COOPERACION EXTERNA	TOTAL
2005	8,590,440.27	1,529,197.86	10,119,638.13
2006	8,964,507.55	3,518,954.14	12,483,461.69
2007	9,919,856.97	2,889,994.92	12,809,851.89
2008	8,908,741.88	2,944,393.75	11,853,135.63

Se observa que los recursos financieros se han mantenido prácticamente invariables (pero han disminuido en relación a su equivalente en U\$ dólares), igualmente podemos notar que la asignación anual se ha realizado acorde a valores históricos y no acorde a la realidad de cada municipio, es decir no se toman en cuenta ningún tipo de parámetro técnico para realizar esta distribución, simplemente se le determina según lo que les fue dado el año anterior. Se debe tomar en cuenta que la recesión económica de años recientes que afecta a nivel mundial también tiene su impacto negativo en la salud de los países más pobres y por ende a poblaciones más vulnerables que viven en extrema pobreza resultando en inequidad en comparación a la población económicamente estable.

Otro punto importante a señalar es que un 70% de los fondos fiscales están destinados al pago de salarios del personal de salud, un 15% al pago de servicios básicos (energía eléctrica, agua, teléfono) y solo queda un 15% para las actividades programas en los planes de salud; a pesar de esto los indicadores generales de salud se han mantenido e inclusive en algunos casos se ha logrado una ligera mejoría, pero de manera general la percepción de la población es que la calidad no ha mejorado sustancialmente.

5.1.14 Recursos humanos

Recursos humanos del Centro de Salud del Municipio de San Dionisio

En el municipio existe un centro de salud de cobertura municipal, ubicado en el casco urbano, cuenta con 35 recursos humanos. De estos 15 son personal de enfermería (1 con licenciatura en materno infantil y 2 en salud pública, 1 enfermera profesional y las demás son auxiliares de enfermería), 7 personal médico (3 son médicos generales, 1 odontóloga y 3 en servicio social), el resto es personal administrativo, equipo de apoyo de insumos médicos, higiene, farmacia, laboratorista, guardias de seguridad y afanadoras.

El Centro de salud también cuenta con el apoyo de 9 parteras y 26 brigadistas de salud.

Recursos humanos del Centro de Salud del Municipio de Waspam

En el centro de salud de Waspám se cuenta con 170 recursos: 4 Médicos Generales, 1 Odontólogo, 3 Médicos en Servicio Social, 3 Enfermeras en Servicio Social, 70 Auxiliares de Enfermería, 21 Enfermeras Generales y 2 Enfermeras Especialistas, 2 técnicos quirúrgicos y 6 técnicos de laboratorio. El resto es personal administrativo y de apoyo.

Con referencia a los centros de salud, estos son gerenciados por una enfermera con licenciatura en materno infantil y con maestría en salud Intercultural y en San Dionisio por un Médico General quién en el momento de estudio se estaba haciendo la pesquisa para asumir el cargo de director. El saliente también era médico general con Maestría en Salud Pública.

De manera general se plantea la carencia del personal de salud en estas unidades para poder atender a la población asignada, principalmente en lo que se refiere a médicos especialistas con relación a esto el municipio de San Dionisio es quien lleva desventaja pues solo tienen médicos generales y en servicio social.

En el caso de Waspan, el gobierno actual tiene convenio con la República de Cuba quienes apoyan con una brigada médica la cual cuenta con diferentes especialidades, esto ha contribuido a mejorar la situación de salud de este municipio, principalmente en el aspecto económico, pues producto de este apoyo han disminuido los traslados de pacientes hacia el hospital regional ubicado en Bilwi.

Existe una alta rotación del personal de enfermería, tanto para los que están en los programas, como también a los ubicados en los puestos de salud, ya que en ambos casos se hace anualmente. Siendo esto una desventaja pues hay una desvinculación total entre pacientes-personal de salud, ya que se corta prácticamente la relación y la confianza que se está comenzando a consolidarse entre ambos, el impacto negativo podría ser hacia el seguimiento de las estrategias y los programas que se llevan a cabo. Otra de la visualización de la investigación, es que la mayoría del personal de enfermería oscila entre 40-50 años de edad, muchas con problemas de salud crónicos degenerativos.

5.1.15 Capacitaciones

Son pocas las capacitaciones dirigidas al personal del centro de salud de Waspan. Los costos son asumidos con fondos de ONGs que trabajan en salud. La red comunitaria de salud también es capacitada con fondos de ONGs.

En el caso del municipio de San Dionisio las capacitaciones que se dan son mensualmente. Aunque hay esfuerzos al respecto, se considera que el tiempo asignado para las replicas de capacitaciones es muy poco.

Las áreas de docencia que funcionan en los centros de salud son las encargadas de la educación continua, capacitaciones, charlas y consejería su enfoque principal es la disminución de la morbimortalidad. Estas tienen estrecha coordinación con las jefas de enfermería, los principales temas son: manejo correcto de las diferentes normas, embarazos de alto riesgo, parto normal y de alto riesgo, puerperio, lactancia materna, VIH y Sida, vacunación, emergencias obstétricas, saneamiento ambiental.

La capacitación dirigida a estos recursos es bastante limitada en los diferentes temas vinculados a la atención primaria de la salud. Para el caso de San Dionisio esto se hace cada tres meses, además de la educación continua que brinda el

área de docencia cada viernes. En Waspam esto se hace al menos tres veces a la semana.

5.1.16 Ética del Personal de Salud

Este es un tema donde en cada una de las unidades de salud en estudio expresaron que se ha convertido en un problema bastante polémico, y de difícil cumplimiento. Las autoridades correspondientes dentro de los centros de salud no aplican sanciones, por lo que en muchas ocasiones los pacientes consideran que no se le toma en cuenta su demanda de respeto, comprensión y entendimiento donde se hace necesario la puesta en práctica de la empatía.

La población también considera que no todo el personal médico y de enfermería tiene vocación para ejercer sus funciones con amor y esmero. En este sentido, hay que reconocer que el personal de enfermería es el más afectado. La población manifestó que el personal de salud comenta y/o divulga los problemas de salud que tienen los pacientes con otras personas, esto constituye una barrera para la utilización de los servicios de salud, ya que a nadie le gusta que otras personas conozcan sobre sus enfermedades. Este tema debe ser de estricto control por parte de los jefes y de manejo altamente confidencial

5.1.17 Revitalización cultural

Se dan varios casos de pacientes que estando recibiendo tratamiento occidental, quieren consultar a su médico tradicional, lo que es permitido por los médicos occidentales quienes continúan dándole seguimiento al paciente orientándoles no consumir ningún tratamiento por la vía oral solo se les permite baños, sobados, cataplasmas y vaporizaciones. El municipio de Waspam es donde más casos de enfermedades socioculturales se presentan, sin embargo el Ministerio de Salud no las registra como tal. Se respeta la lengua materna indígena. De acuerdo a esto, se valora que el MASIRAAN se está tratando de implementar ya que esto era considerado antes un tema tabú. Estos aspectos no se reportaron para el caso del municipio de San Dionisio.

5.1.18 Divulgación

Prevención y Promoción

Esta estrategia que es catalogada como una de las más herramientas más importantes en la atención primaria de salud no es aprovechada al máximo en los centros y puestos de salud en estudio, ya que son pocas las acciones que se realizan al respecto. Las campañas masivas solo se realizan en ocasiones como por ejemplo; cuando se realizan las jornadas nacionales de vacunación, cuando se dan brotes de malaria, de dengue, o cuando algún ONGs realiza acciones específicas, como campañas para la prevención del VIH y Sida.

Los diferentes materiales educativos como: afiches, triforiales, pancartas, postales, y todo el material educativo en su mayoría hacen alusión a temas como: embarazo, planificación familiar, niñez, vacunación, VIH y Sida. Los mensajes de

los materiales están en español y letras pequeñas (ilegibles). Al momento del trabajo de campo se pudo observar que se encontraban pocos afiches, ubicados en las salas de espera, en los consultorios y en los programas, también habían murales elaborados por el personal de enfermería.

En el caso del centro de salud de Waspam, consideramos que todo material educativo que llega ahí, debe de ser traducido a la lengua materna de los pueblos indígenas Miskitu y Sumu Mayagna con mensajes comprensibles y que se tome en cuenta el tipo de letra para que las personas puedan apropiarse del mensaje.

También se utilizan otros medios de comunicación como son las radios y la televisión los mensajes son en español y miskitus. Estas cuñas radiales son financiadas por diferentes ONGs que trabajan en salud. El ministerio de salud no cuenta presupuesto para cubrir este tipo de actividades. Según refleja la investigación el medio que mas utiliza la población es la radio.

En San Dionicio la realidad es otra pues cuentan con el apoyo de las estructuras organizativas existentes, las cuales funcionan de forma exitosa; entre estas se encuentran: el gabinete del poder ciudadano (a partir del año 2006), brigadistas, parteras, juventud sandinista. Todos en conjunto apoyan actividades de salud específicamente las relacionadas a promoción y prevención.

Ellos y ellas también apoyan en jornadas de limpieza, organizan a la comunidad para cuando llegan las brigadas médicas, cuando se hacen las ferias de salud, foros de salud con la población donde se hacen análisis y balance de de todo el quehacer institucional.

En el centro de salud existen afiches y murales con información de la atención geográfica. Se realizan consejería a pacientes en sala de espera y en la consulta.

Los medios que utilizan para la promoción y prevención son el perifoneo, el uso de pancartas, las mantas. Estas actividades las realizan en conjunto con la alcaldía de este municipio, quienes de forma activa apoyan al ministerio de salud.

5.2 PRINCIPALES FACTORES ESTRUCTURALES QUE INCIDEN EN LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA RAAN Y MATAGALPA

5.2.1 Factores estructurales

La estructura organizativa del MINSA-SILAI Matagalpa depende del MINSA central, sus oficinas se localizan en Managua, que funciona de manera vertical, cabe señalar que existe coordinación y colaboración entre el gobierno municipal y el SILAIS de Matagalpa, de manera que les permite resolver cualquier situación que se presente en este SILAIS; en el caso de la RAAN la estructura es diferente, ya que la administración de la salud está en proceso de la Regionalización de la Salud, lo que significa que le corresponde al Gobierno Regional, administrar la salud a través de la secretaria de salud a como mandata el Modelo de Salud Regional.

5.2.2 Regionalización de la salud

A partir del año 1996 se diseñó un modelo de salud regional que fue aprobado en pleno por las autoridades regionales, iniciando a partir de entonces un proceso de negociación y sensibilización de las autoridades del MINSA Central. Este proceso tuvo sus resultados hasta el año 2008, con la firma del convenio marco de coordinación para la regionalización de la salud en las regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense; los avances en este proceso han sido la formación de la secretaría de salud y la secretaría de finanzas. Sin embargo no se ha podido avanzar en su implementación total, siendo el principal factor la falta de recurso financiero. La perspectiva es que a partir del año 2010 se iniciara el proceso de integración del SILAIS a la secretaría de salud.

El MASIRAAN es el Modelo de Atención en Salud Intercultural, que toma en consideración la realidad sociocultural de los pueblos, sin embargo su implementación está en proceso inicial, de acuerdo a los resultados obtenidos en los grupos focales se señala que no se da la articulación completa entre el sistema tradicional de salud y el occidental, sin embargo se señalan que en el caso de las parteras se da la participación de estas apoyando a las enfermeras, señalan además que se requiere de mayor apoyo tanto en capacitaciones como en la dotación de equipos y materiales necesarios.

5.2.3 Marco jurídico

Los servicios de salud que se ofrecen en el país tienen su fundamento legal en en la Constitución Política de la República de Nicaragua, la Ley General de Salud, la Política Nacional de Salud y el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), aprobado en el año 2008 y en el caso de las Regiones Autónomas se sustenta además en el Estatuto de Autonomía de las dos Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua (Ley 28), el Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte y el Modelo de Atención Intercultural de Salud de la Región Autónoma Atlántico Norte de Nicaragua (MASIRAAN) aprobado en el año 2008.

En la Constitución Política de la República de Nicaragua con sus reformas, establece en el capítulo III sobre los derechos sociales en el artículo 59. Los nicaragüenses tienen derecho, por igual a la salud. El estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. En el caso de las Regiones Autónomas señala en el capítulo VI de los derechos de las comunidades de la Costa Atlántica, artículo 89. Hace énfasis en el derecho que estas tienen de preservar y desarrollar su identidad cultural en la unidad nacional; así como dotarse de sus propias formas de organización social y administrar sus asuntos locales a sus tradiciones.

En el Estatuto de Autonomía de las dos regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua, (Ley 28) señala en el artículo 8: que “Las Regiones Autónomas establecidas por el presente estatuto son personas jurídicas de derecho público que siguen en los correspondiente, las políticas, planes y orientaciones nacionales. Tienen a través de sus órganos administrativos las siguientes atribuciones generales establecidas en el numeral 2. Administrar los programas de salud, educación, cultura, abastecimiento, transporte, servicios comunales, etc. En coordinación con los Ministerios de Estado correspondientes. En este sentido, se incorpora en la Ley General de Salud (2003), en el capítulo IV artículo 11: que

las Regiones Autónomas podrán definir un modelo de atención de salud conforme a sus tradiciones, cultura, usos y costumbres dentro del marco de las políticas, planes, programas y proyectos del Ministerio de Salud.

Además se sustentan con la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, aprobada por la Asamblea General el 13 de septiembre de 2007, donde describe en el artículo 21 inciso 2: Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación alguna, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento de profesionales, la vivienda, el saneamiento ambiental, la salud y la seguridad social.

5.2.4 Desarrollo de recursos humanos

Matagalpa: en el centro de salud de San Dionisio laboran enfermeras profesionales y con licenciaturas, médicos generales. En su mayoría las enfermeras son de edad avanzadas con muchos años de experiencias, sin embargo no han tenido la oportunidad de profesionalizarse, las pocas que lo han logrado están ubicadas en el centro de salud. Por su parte los médicos tampoco han logrado cursar una especialidad.

Waspam: en este municipio los puestos de salud son dirigidos por personal de enfermería que tienen el nivel de auxiliar, en el centro de salud en cambio se desempeñan enfermeras profesionales, licenciatura en enfermería con mención en materno infantil, epidemiología, obstetricia, salud mental.

Una de las ventajas en la RAAN, es que el personal de salud, principalmente enfermería se ha venido profesionalizando con un enfoque de salud intercultural, lo que ha incidido favorablemente para la implementación del modelo de salud regional y por ende en la articulación del sistema de salud occidental y el tradicional.

5.2.5 Recursos financieros

Uno de los principales problemas que se ha visualizado con relación a los recursos financieros es el presupuesto pues no les alcanza para cubrir con la demanda, esta situación se da en ambos SILAIS, tornándose mucho más complejo para el municipio de Waspam, por factores como: ubicación geográfica, vía de comunicación acuática; es mucho más costoso que la terrestre, transporte público no fluido en algunas comunidades en otras no existe, las comunidades están dispersas, y de acuerdo a indicadores nacionales existe un nivel de pobreza extrema.

Del fondo fiscal más o menos se destina un 70% para el pago de planilla, el resto es para cubrir las diferentes acciones ejecutadas para el cumplimiento de las metas. En el caso de Waspam también se manejan fondos de cooperación externa, estos vienen destinados desde el nivel central principalmente para cubrir prioridades. Los directores municipales no gestionan fondos.

En el caso de Matagalpa, los recursos financieros que se ejecutan provienen del tesoro del estado. No cuentan con fondos provenientes de la cooperación externa.

5.2.6 Mejoras a la infraestructura

En el municipio de Waspam en la RAAN, el puesto de salud de Bisma fue reabilitado con fondos de la Organización Mundial de la Salud, a través de la Oficina Panamericana de la Salud de Nicaragua OMS/OPS. En el puesto de salud de Francia Sirpi también se hicieron reparaciones financiadas por la OPS, ambos puestos de salud se concluyeron de rehabilitar en el año 2009.

En el caso del puesto de salud de Susulí en el municipio de San Dionisio, la infraestructura existente es la misma que tienen desde hace cinco años. En el caso del puesto de salud de Carrizal en el mismo municipio, existen todos los servicios básicos. El centro de salud de San Dionisio cuenta con infraestructura que brinda condiciones necesarias, pero tienen problemas con el servicio de agua potable.

5.2.6 Financiamiento

La gestión de fondos se realiza a nivel del MINSA central y está destinado hacia los programas priorizados entre estos: atención integral a la niñez, mujer y adolescencia, ITS-VIH su manejo es a través de los SILAIS y de ahí hacia los municipios, quienes rinden la ejecución presupuestaria a los SILAIS para posteriormente enviarlo al MINSA central. A nivel de SILAIS no se realizan gestiones para la obtención de fondos y satisfacer los servicios de salud en la región.

5.2.7 Organización institucional

A nivel de SILAIS se cuenta con un equipo de dirección conformado por los diferentes directores que cubren diferentes áreas especializadas como: servicios de salud, epidemiología, planificación, insumos médicos, director financiero, recursos humanos y enfermería. A nivel municipal la estructura es similar a la de los SILAIS. En el caso de Waspam además de los antes mencionados participan en estas instancias de dirección tres jefes/as del área de enfermería, el responsable de estadística y el subdirector.

En el caso de la RAAN existe la secretaría de salud que de acuerdo al MASIRAAN mandata que estas estructuras estarán bajo la dirección de esta secretaría, proceso que en estos momentos se encuentra en debate.

5.2.8 Planificación estratégica

El marco general que rige los procesos de planificación estratégica en el Ministerio de Salud se basa en la Política Nacional de Salud y el Plan Nacional de Salud de donde parten los planes quinquenales y los planes institucionales anuales, estos contienen lineamientos, objetivos, indicadores y metas acordes con los lineamientos.

En cada municipio se cuenta con una meta anual, que es orientada por el nivel central a través de los SILAIS a las cabeceras municipales; se realizan monitoreos mensuales del SILAIS hacia el nivel municipal y a los puestos de

salud, se realiza el consejo técnico ampliado a nivel de SILAIS para evaluar el cumplimiento de las metas.

Cabe señalar que en el caso de la Región Autónoma del Atlántico Norte los procesos de monitoreo a los centros de salud se realizan una vez al año, debido a la carencia de recursos financieros, se da seguimiento principalmente al cumplimiento a las muertes maternas, las Jornadas nacionales de vacunación y para el caso de brotes que se presenten en el momento. Cuando se dan estas situaciones complicadas de salud, se recibe visitas de monitoreo y acompañamiento por parte del nivel central. Se hacen valoraciones y cumplimiento de actividades, trimestrales, semestral, nonestral y anual. Dando con esto salida a la política nacional de salud.

Existe también el sistema de información del gobierno de reconstrucción y unidad nacional (SIGRUN), este sistema monitorea, además otros indicadores, el objetivo es visibilizar los servicios de salud; cabe señalar que estos modelos son participativos, teniendo mayor incidencia esta participación en el sector de Matagalpa.

5.2.9 Implementación del Modelo de Salud Regional y MOSAFC

El país se cuenta con el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) establecido de acuerdo a la Ley 423, es el instrumento sanitario que recoge la visión política y económica del Estado dentro del campo del sector salud, constituyéndose en la forma de organización de las acciones intra e intersectorial, así como su implementación equitativa y eficiente en un espacio geográfico-poblacional determinado, variable de acuerdo a los elementos que lo caracterizan. (MOSAFC, 2007).

En caso del MOSAFC se implementa a partir del año 2007 y es bastante participativo, destacándose la participación del gobierno municipal de Susulí, el gabinete del poder ciudadano y la red de salud comunitaria, quienes en conjunto resuelven diferentes problemas de salud. Para poder implementar este modelo el personal fue previamente capacitado por parte de las autoridades del SILAIS de Matagalpa.

Para el caso de la RAAN existe el Modelo de atención intercultural de salud de la Región Autónoma Atlántico Norte que responde a los derechos de los pueblos indígenas y comunidades étnicas: Miskitus, Sumu-Mayangnas, Creoles y Mestizos. Es el instrumento operativo de Salud de la RAAN, a través del cual las autoridades autónomas y el MINSA, aseguran servicios de salud interculturales, integrales, universales, continuos, complementarios y de calidad a las comunidades, familias, mujeres y hombres de diversos grupos de edad de los pueblos indígenas Miskitus y Sumu Mayangnas, así como a las comunidades étnicas Creoles y Mestizas, que habitan en la Región, con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida. (MASIRAAN, 2008).

El MASIRAAN se encuentra en su primera fase de implementación, iniciando con la capacitación de enfermeras y personal médico. En el centro de salud y puestos de salud en Waspám Rio Coco se trabaja en coordinación con los médicos

tradicionales ya que la población del municipio combina en el cuidado de su salud conceptos y prácticas de la medicina tradicional y la medicina occidental, no obviando que ocasionalmente relacionan algunas enfermedades de causa natural con situaciones sobrenaturales o de maleficios (hechicería).

La articulación de ambos sistemas de salud (tradicional/occidental) en términos prácticos se dirige a la convivencia de prácticas y métodos de atención dentro de una misma unidad de salud del MINSA. Siempre que estas no transgredan las barreras naturales de protección del individuo, que puedan poner en peligro su vida, encontrándose pues parteras cuidando de sus pacientes en los centros de salud, curanderos, sobadores y otros agentes de la medicina tradicional ejerciendo sus actividades a libre demanda de los y las usuarios de los servicios de salud.

Dándole salida de esta manera al principio número cinco del MASIRAAN que tiene como soporte la interrelación y responsabilidad compartida entre instituciones, comunidades y niveles de atención del sistema de salud intercultural, a como lo señalaron los líderes comunitarios en las comunidades de Francia Sirpi y Bismona en el municipio de Waspam en los grupos focales que ellos apoyan y coordinan el trabajo con los puestos de salud.

5.2.10 Aplicación de políticas y normativas pertinentes

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de los grupos focales realizadas con el equipo de dirección y las entrevistas individuales a médicos y enfermeras que atienden en los diferentes programas en los centros de salud, señalaron que se le está dando cumplimiento a las políticas y normativas a través de la ejecución de los planes a corto plazo (planes operativos anuales); dando con esto énfasis en el cumplimiento de metas basándose en datos meramente en cuantitativos.

Sin embargo, en las encuestas realizadas a los usuarios del sistema de salud en estos puestos y centros de salud señalan en su mayoría que cuando asisten a la consulta en el caso del centro de salud de San Dionisio son atendidos en el parámetro menos de cinco minutos, situación similar se presenta en el puesto de salud de Francia Sirpi. En el parámetro de cinco a diez minutos se ubican el resto de usuarios de los diferentes puestos y centro de salud, situación que es corroborada con lo que dijeron los médicos que atienden en esos centros de salud, que la atención para patologías generales se tardan entre 5 a 10 minutos en la atención a los pacientes, de acuerdo a la patología que presente el paciente. De acuerdo a los protocolos de atención la norma establecida para las atenciones en medicina general es de 10 minutos por paciente y en el caso de especialidades entre 15 a 20 minutos. Uno de los factores que incide en la rapidez en la atención a los pacientes es la carencia de recursos humanos y puestos de salud.

5.2.11 Dispersión geográfica y accesibilidad

Las consecuencias que sufren los y las usuarios/as de la salud, tanto en el municipio de San Dionisio como en Waspam, pudiéramos decir que son altamente negativas debido a la lejanía entre los puestos de salud y los lugares donde habitan la gran mayoría de estos usuarios. Los problemas en materia de salud

regional obedecen entre otras causas a la baja cobertura de los servicios, las largas distancias entre la comunidad y las unidades de salud y la poca existencia de puestos de salud.

Uno de los factores determinantes también es la ubicación geográfica, ya que la mayoría de las comunidades en el caso de Waspam se ubican en la ribera del río coco y los medios de transportes son acuáticos; esto incrementa los costos por el combustible, también se da el caso de las comunidades localizadas en el llano, donde no hay transporte público fluido por lo que la población tiene que caminar largas distancias para poder llegar a la carretera principal.

Las BMM salen 2 veces al año y estas visitas se realizan sólo si se adquieren fondos. En el caso de los habitantes de las comunidades de Susulí y Carrisal, se presenta una situación diferente, pues existe servicio de transporte colectivo, el problema radica en que los habitantes de estas comunidades no tienen recursos económicos para pagar el servicio de este transporte. Sumado a estos elementos también es importante mencionar los problemas de salud regional, obedecen a los altos índices de mortalidad infantil y materna, desnutrición crónica y la deteriorada e insuficiente infraestructura en salud ocasionada por una baja cobertura de los servicios, las largas distancias a las unidades de salud y la ausencia de servicios básicos en las zonas rurales y comunidades indígenas. Es evidente que se presenta una situación de inequidad en relación a los servicios de salud a estas comunidades, más o menos el 60% de las comunidades no tienen puestos de salud.

De acuerdo a lo que se establece en los modelos de salud MOSAFC y MASIRAAN, señala que el modelo de Salud familiar y comunitario contemplará a la persona como un ser bio-psicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, con deberes y derechos para la toma de decisiones de forma consciente y sistemática respecto a su salud, con enfoque de promoción, prevención de enfermedades, curación y rehabilitación de la salud.

Es evidente que se requiere la participación de todos los actores a fin de que en conjunto se contribuya en el mejoramiento de la calidad de los servicios junto con la dotación de recursos financieros. La participación de los diferentes actores, brigadistas de salud, autoridades municipales, líderes comunales entre estos: líder de salud, jueces, pastores, maestros, consejo de ancianos, parteras entre otros.

5.3 LIMITACIONES Y DESAFÍOS QUE ENFRENTA EL MINSA PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

5.3.1 Espacios de negociación y concertación

En el caso de las Regiones Autónomas existen debilidades en la concertación entre gobiernos regionales, gobiernos municipales, instituciones del estado entre ellos el ministerio de salud y la sociedad civil; a pesar que hay comisiones de salud comunitarias que están organizadas y funcionando en algunas comunidades no se les da seguimiento adecuado para su fortalecimiento, no hay

estímulos ni capacitaciones, esto solo desmotiva a quienes de forma voluntaria tratan de apoyar en mejorar la situación de salud en sus comunidades.

De acuerdo a las entrevistas realizadas al personal del centro de salud de Waspam, se señala que existe poca coordinación entre el gobierno municipal y el Ministerio de Salud, situación que es mencionada también por el Alcalde del Municipio de Waspam; se evidencia que en estos espacios de negociación y concertación son infuncionales, no existe un liderazgo, dicha situación conlleva a la no participación de la sociedad civil en estos espacios; sumado a lo antes mencionado se agregan los problemas de incidencia por parte de los partidos políticos, haciendo más difícil la realización de estos actores en los espacios de negociación y concertación, por ende afecta el desarrollo del avance del modelo de salud.

En el caso del municipio de San Dionisio los espacios de negociación y concertación entre el Ministerio de Salud y la Alcaldía se llevan a cabo con efectividad, esto se evidencia a través de la asignación del 5 % de los fondos de la comuna para apoyar los servicios de salud en el municipio, así como apoyo en otras áreas o necesidades. Se realiza planificación conjunta sobre las actividades relacionadas a la salud y que competen al municipio, estas a su vez se evalúan conjuntamente incluyendo a todas las instituciones y organismos que trabajan en el tema de la salud.

5.3.2 Participación ciudadana

La participación de la ciudadanía en la mayoría de los casos se limita a la participación en las jornadas de limpieza y en las jornadas de vacunación; esta situación se debe a que la gran mayoría de los ciudadanos consideran que los asuntos referidos a la salud es responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud, otro aspecto que se podría considerar es que aún no hay una verdadera apropiación de los modelos de salud; la participación se da en un mayor nivel en el caso de Matagalpa, ante esto se percibe una mayor sensibilización de parte los actores.

5.3.3 Divulgación oportuna

Según opinaron los entrevistados, la divulgación es coyuntural, esta se realiza cuando hay jornadas nacionales de vacunación, jornadas de limpieza, campañas antimalaricas, dengue y en casos de brotes epidémicos, En las unidades de salud hay rótulos, afiches, pancartas con mensajes sobre prevención, destacan estos en las salas del APN, ITS, VIH y SIDA en la sala de espera. Perifoneo de medidas preventivas y charlas. El principal medio de comunicación que se utiliza para divulgar la información en estos dos municipios es la radio con la particularidad que en la RAAN la divulgación se hace en español y Miskitu.

5.3.4 Estructura organizacional pertinente

En el caso de la RAAN la organización del modelo del salud (MASIRAAN) establece que la estructura organizacional estará bajo la dirección de la secretaría de salud del Gobierno Regional, situación que aún está en proceso de

organización para su posterior implementación; en tanto la estructura organizacional en el caso de la RAAN ha estado entre el modelo de salud regional y la estructura oficial del Ministerio de Salud, se evidencia que la estructura organizacional contemplada en el modelo de salud regional de la RAAN es pertinente, lo que hace falta es su implementación.

La estructura organizacional contemplada en el MOSAFC se considera que es pertinente, ya que se evidencia a través de las experiencias positiva, concertaciones entre actores claves y el establecimiento de coordinaciones el buen funcionamiento de esta estructura.

5.3.5 Fortalecimiento del GRAAN y de la Secretaria de Salud

Desde la conformación de la secretaría de salud, no se ha fortalecido ya que carece de recursos financieros. El Gobierno Regional Autónomo de la RAAN enfrenta uno de los grandes retos, en función del fortalecimiento de esta secretaría, a fin de gestionar los recursos necesarios, así como del funcionamiento de las estructuras establecidas en dicho modelo de manera que permita la implementación, gerenciamiento y fortalecimiento de estas estructuras.

5.4 LÍNEAS DE ACCIÓN PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN LOS SILAIS DE LA RAAN Y MATAGALPA

Las líneas de acción definidas están en función de las opiniones dadas por los sujetos de esta investigación, pero también enmarcadas en los modelos de salud que se están aplicando en ambos SILAIS en estudio.

- **Calidad en la atención integral**

Se debe de brindar un alto grado de satisfacción a los y las usuarios/os de los servicios de salud y cumplir con los estándares técnicos de excelencia, calidez, equidad, efectividad, competencia técnica, seguridad y eficacia.

Que los servicios de salud sean accesibles a las personas familia y comunidad con amplia participación ciudadana tomando en consideración los derechos humanos

Gestión de recursos financieros constantemente ya sea a través de las ONGs, que ejecutan proyectos en salud

Diseño de proyectos desde la propia comunidad para que se tome en realidad la necesidad que hay en salud

- **Percepción del personal de salud**

Debe estar profundamente sensibilizado y apropiado del MOSAFC y el MASI RAAN.

- **Infraestructura y equipamiento**

Debe estar basada a planes y programas que se ofertan en salud y tener en cuenta la situación geográfica de la población.

- **Accesibilidad**

Debe tomar en cuenta la accesibilidad geográfica, cultural, de género y económica. Debe garantizarse un espacio de confianza y gratuidad a como lo establecen los modelos.

Priorizar comunidades rurales pobres, en extrema pobreza, con problemas de accesibilidad geográfica y vulnerabilidad por origen étnico como el caso de las regiones autónomas del País.

- **Gestión y gerencia**

Desarrollar la planificación tomando en cuenta la necesidad de desarrollo personal, problemas de salud de la población, las necesidades de la institución y los avances científicos técnicos.

El control de la gestión debe estar basado en los procesos de vigilancia, monitoreo, y supervisión de los servicios de salud así como también el desarrollo de planes que garanticen el cumplimiento de las políticas del sistema nacional de salud.

- **Recursos humanos**

Formular una política de desarrollo de recursos humanos en salud considerando el tema de la salud intercultural.

Contar con recursos humanos que tengan un espíritu emprendedor, innovador y competencias con dominio hacia los modelos de salud que se están aplicando en el país y la región autónoma del atlántico norte.

Garantizar que el recurso humano sea ubicado según área de competencia, para lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud existentes

Generar ambientes de trabajo que propicien el compromiso con la misión institucional, de garantizar servicios de salud de buena calidad para la población.

El desarrollo del recurso humano con conocimientos científicos técnicos gerencial y centrar a competencias laborales.

- **Participación social y responsabilidad compartida**

Promover la integración social comunitaria, institucionales y de organismos en el que hacer de la salud y que ésta sea asumida como parte integral del desarrollo humano.

La sociedad civil ejercer con mayor propiedad la auditoria social en salud y participar en la toma de decisiones que afecta a su comunidad en la identificación de necesidades y problemas dándole prioridad a los últimos.

Implementar programas de capacitación dirigidas a la red de salud comunitaria, médicos tradicionales y otros AST, comisiones de salud comunitarias, el consejo del poder ciudadano.

Motivar la participación y cumplimiento de funciones de las diferentes comisiones que orienta el modelo de salud regional.

Diseñar un currículo técnico y académico para todos los promotores del MINSA, las ONGs, comunidades y municipios.

- **Financiamiento**

Considerar las fuentes de los recursos financieros y definir las prioridades en función a los mismos considerando la población total al definir las prioridades.

Reorientar los fondos de la cooperación externa hacia las prioridades de la población.

Considerar la estructura demográfica: población pobre, tercera edad, mujer, niñez y vulnerabilidad étnica.

Considerar la incidencia y prevalencia de las enfermedades.

- **Regionalización del sistema de salud la gestión del modelo de salud**

Implementación y operativización concreta del modelo de salud intercultural en la RAAN.

Cumplimiento real del Convenio Marco, para esto se necesita del acompañamiento paulatino del nivel central del Ministerio de Salud en cada una de sus etapas.

Mayor sensibilización y compromiso de las autoridades políticas e institucionales para desarrollar en pleno el modelo de salud intercultural.

VI. VALORACIONES FINALES

Con la presente investigación se evidencian los principales hallazgos que resultaran sobre los avances y desafíos de los modelos de salud MOSAFC y MASI RAAN en función de garantizar servicios de salud con calidad en la atención que se ofrecen en los sistemas locales de atención integral en la RAAN y el departamento de Matagalpa, que en años recientes se han venido implementando en Nicaragua, y guardan relación con la reforma del sector salud.

Ambos Modelos enfrentan serias limitaciones para poder desarrollar su implementación total. Sin embargo al comparar el avance del MOSAFC con el MASI RAAN se determinó que en el primero se ha venido avanzando un poco más en comparación con el segundo que trata sobre la regionalización de la salud en la RAAN.

Se comprobó que la población observa mejorías en comparación con años anteriores, pero también manifestó su inconformidad con el Ministerio de Salud pues consideran que aún existen brechas para poder garantizar una verdadera calidad de los servicios que se brindan. Sobre esto incide mucho el hecho de que la población llega a las unidades de salud con muchas expectativas de solucionar su problema de salud y a cambio siente que es tratada con indiferencia y poca calidez, a esto se suma la problemática de la falta de medicamentos, así como también contar con acceso a ciertos exámenes de laboratorio, rayos "x", ultrasonidos u otros.

Entre los principales factores que inciden en el lento avance de la implementación de los modelos son debido a los siguientes aspectos: la manera en que se prestan los servicios de salud, las restricciones presupuestarias, la falta de recursos humanos, la falta de equipos y materiales, la pobreza, la situación geográfica y la incidencia de partidos políticos.

El comportamiento de la morbimortalidad se enfoca principalmente en los niños, no logrando disminuir estos problemas de salud se mantiene también la mortalidad materna a pesar de incidir en la promoción y prevención principalmente

Se valora que existen debilidades en la gerencia y el liderazgo, hay poco acompañamiento y monitoreo por parte de los/as jefes/as inmediatos hacia el personal de enfermería y médicos, especialmente a los que se encuentran ubicados en las comunidades rurales como responsables de los puestos de salud, esta situación se presenta con más periodicidad en el Municipio de Waspam.

En el caso de la prevención, promoción y divulgación de la salud como temas centrales, cuando se aplica la estrategia de la atención primaria en salud, no es priorizada por las autoridades del ministerio de salud en ambos sitios donde se realizó la investigación.

En la RAAN el estudio demostró progreso en cuanto al tema de la articulación entre el sistema occidental de salud con el sistema tradicional, donde sabios del

conocimiento ancestral son tomados en cuenta por parte del personal de salud; lo que es un mandato del modelo de salud regional.

En el caso de la RAAN se constato que el personal médico y de enfermería esta consiente que la prestación de los servicios de salud que se brindan en las unidades de salud deben tomar en consideración las prioridades y guardar respeto de la forma de vida de los pueblos indígenas quienes guardan estrecha relación con la espiritualidad, su cosmovisión y su cultura como parte de la vida cotidiana.

En ambos SILAIS se confirmó que los principales problemas que tienen están relacionados a recursos financieros y medicamentos, en donde las asignaciones no son acorde a la población real con los que trabajan. Aun así la población entrevistada manifestó que ahora los medicamentos son gratuitos, pero que en muchas ocasiones estos se escasean en las farmacias del Ministerio de Salud, no quedándoles más opción que la compra de los medicamentos recetados en las farmacias privadas, pero esto está en dependencia de su economía, quedando al final igual que al inicio cuando llegaron a pasar consulta, pues una gran parte no compra el medicamento por falta de dinero y si logra hacerlo solo adquiere una parte. También se recalca que la población en estudio en su mayoría vive en extrema pobreza, sumado a estos elementos, también hay que tomar en cuenta la dispersión geográfica de la región. Es importante destacar que en el caso del municipio de Waspam, los pobladores acuden al uso de las plantas medicinales como una de las alternativas de solución a los problemas de salud.

Destacan también como limitación la situación geográfica y la falta de un sistema de transporte público fluido, esto impide brindar cobertura total de los servicios de salud, ya que la lejanía, el transporte acuático, incurre a gastos excesivos. Lográndose en algunas ocasiones apoyar con algunas ONGs que trabajan en temas de salud en la región para poder hacer funcionar las Brigadas Médicas Móvil como una de las principales alternativas a responder y cubrir la cobertura.

Se ha avanzado con el desarrollo de los recursos humanos, pero sólo se ha beneficiado parte del personal, por lo que se deben aunar esfuerzos entre las instituciones formadoras para la continuación de la formación de personal de salud a niveles más altos para contar con personal mas calificado en los puestos de salud.

El estudio demostró que existen serias dificultades para realizar un trabajo en armonía, solidaridad y hermandad entre las autoridades políticas, los gobiernos regionales, municipales, consejos regionales, las instituciones estatales y la sociedad civil, lo que repercute en atrasos para el desarrollo y por ende en garantizar servicios de salud con calidad.

Es evidente que se requiere de garantizar recursos financieros, humanos, infraestructura, equipos y materiales en función de cumplir con lo que establecen los modelos de salud MOSAFC y MASI RAAN; para darle cumplimiento a lo que establece la legislación nacional e internacional enfocada en la garantía de los servicios de salud, así como las políticas públicas de salud del país. Se considera que otro elemento a tomar en cuenta es la voluntad política del gobierno tanto

nacional como regional para dar cumplimiento a los derechos humanos, fundamentalmente los referidos al derecho a la salud de los pueblos a poder acceder a servicios de salud y disminuir las brechas existentes.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Asamblea Nacional de Nicaragua (2003). Ley No. 475. *Ley de participación ciudadana*. Managua.

Consejo Regional Autónomo Atlántico Norte. Comisión de Salud (2008). *Modelo de atención intercultural de Salud de la Región Autónoma Atlántico Norte de Nicaragua MASIRAAN*. Bilwi, RAAN.

Consejo Regional Autónomo Atlántico Norte. Comisión de Salud (2009). *Modelo de atención de salud intercultural Región Autónoma Atlántico Norte RAAN*. Versión Popular MASIRAAN. Bilwi, Puerto Cabezas.

Cox, A. (1998). *Cosmovisión de los pueblos de Tulu Walpa*. URACCAN. Managua, Nicaragua.

Delgadillo, Maritza (2007). *Desigualdades sociodemográficas en Nicaragua: tendencias, relevancia y políticas pertinentes Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y CEPAL*.

UNICEF-CIET (2002). *Diagnóstico rápido de situación alimentaria-nutricional, salud y agua*. 22 comunidades en zona de sequía. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia-UNICEF-CIET Internacional. Managua, Nicaragua. Disponible en: <http://www.ciet.org>

Fagoth, A., Gioanetto, F. & Silva, A. (1998). *Armonizando con Nuestro Entorno*. Managua, Nicaragua.

Instituto de Estudios Nicaragüense (2007). Informe: Encuesta zona central. Situación actual nacional y local, departamentos de Matagalpa y Jinotega. Disponible en: <http://www>.

Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE, 2007). *VIII Censo de Población y IV de vivienda*. Caracterización socio demográfica de la Región Autónoma Atlántico Norte. Censo 2005. Managua, Nicaragua. INIDE.

Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE, (2007). *VIII Censo de Población y IV de vivienda*. Hogar características generales. Censo 2005. Managua, Nicaragua. INIDE.

Leyes municipales (2000). Managua, Nicaragua. BITECSA.

Ministerio de Salud (2007). *Marco conceptual del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC)*. 2da. Managua, Nicaragua. MINSA. (Serie No. 1 MOSAFC).

Ministerio de Salud (2008). *Plan Nacional de Salud*. Managua, Nicaragua. MINSA.

Ministerio de Salud (2008). *Política Nacional de Salud*. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni>

Ministerio de Salud (2009). *Análisis de la situación integral en salud del Municipio de San Dionisio*. Documento interno, Matagalpa.

Oficina de desarrollo de la Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua (2003). *Estatuto de Autonomía de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica de Nicaragua y su Reglamento. Ley No. 28*. Managua, Nicaragua. ODACAN.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Nicaragua (2005). *Informe de Desarrollo Humano. Las Regiones Autónomas de la Costa Caribe ¿Nicaragua asume su diversidad?* Managua, PNUD.

Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense. (1996). *El modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte*. Managua, Nicaragua. Imprimatur.

VIII. ABREVIATURAS

- **AINMA:** Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia.
- **APS:** Atención Primaria en Salud.
- **APN:** Atención Prenatal.
- **CS-CRAAN:** Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo Atlántico Norte.
- **C/S:** Centro de Salud
- **EDA:** Enfermedades Diarreicas Agudas.
- **TB:** Tuberculosis.
- **ITS:** Infección de Transmisión Sexual.
- **IRA:** Infecciones Respiratorias Agudas.
- **ITS_VIH:** Infecciones de Transmisión Sexual/Virus de Inmunodeficiencia Adquirida.
- **MASI-RAAN:** Modelo de Atención en Salud Intercultural de las Regiones Autónomas del Atlántico Norte.
- **MOSAFC:** Modelo de Salud Familiar y Comunitario.
- **MINSA:** Ministerio de salud.
- **PAI:** Programa Ampliado de Inmunizaciones.
- **P/S:** Puesto de Salud.
- **RAAN:** Región Autónoma del Atlántico Norte.
- **SILAIS:** Sistemas Locales de Atención Integral en Salud.
- **SS-GRAAN:** Secretaría de Salud del Gobierno Regional Autónomo Atlántico Norte.
- **VPCD:** Vigilancia Periódica de Crecimiento y Desarrollo

IMÁGENES DE LAS ÁREAS DE ESTUDIO

Anexo: 1 Municipio de Waspam



Anexo: 2 Municipio de San Dionisio

