

MINSA PMSS

31623

## **INFORME FINAL**

---

### **DIAGNÓSTICO SOBRE PERCEPCIÓN DE USARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN REGIONES ETNICAS Y DE DIFÍCIL ACCESO PARA EL DISEÑO DE ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA**

---

*Enero 2005*

*Freddy Solís Díaz*  
Arellys Barbeyton  
Argentina Vela  
Evelyn Moraga

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b>	<b>3</b>
<b>I. ANTECEDENTES</b>	<b>10</b>
<b>II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO</b>	<b>13</b>
<b>2.1. OBJETIVO</b>	<b>13</b>
<b>2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	<b>13</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b>	<b>14</b>
<b>3.1 REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN</b>	<b>14</b>
<b>3.2 FASE CUANTITATIVA</b>	<b>14</b>
3.2.1 ENCUESTA CON USUARIAS Y NO USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD	14
3.2.2 ENCUESTAS CON USUARIAS DE CASAS MATERNAS	15
3.2.3 ENCUESTAS EN LOS HOSPITALES	15
<b>3.3 FASE CUALITATIVA</b>	<b>16</b>
3.3.1 GRUPOS FOCALES	16
3.3.2 TALLER CON AGENTES COMUNITARIOS PARA DETERMINACIÓN DE FACTIBILIDAD SOCIAL DE CASAS MATERNAS Y AUDITORIA SOCIAL	16
3.3.3 REUNIONES CON CONSEJOS CONSULTIVOS DE HOSPITALES	17
<b>IV. PRINCIPALES HALLAZGOS</b>	<b>18</b>
<b>4.1 SERVICIOS DE ATENCIÓN DE PRIMER NIVEL</b>	<b>18</b>
4.1.1 UTILIZACIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD	18
4.1.2 PRÁCTICAS EN SALUD	25
4.1.2. SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD	38
<b>4.2 SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SEGUNDO NIVEL</b>	<b>43</b>
<b>4.3 CASAS MATERNAS</b>	<b>47</b>
4.3.1 SATISFACCIÓN DE USUARIAS DE CASAS MATERNAS	47
4.3.2 FACTIBILIDAD DE LA CASA MATERNA.	49
<b>4.4 ARTICULACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE ATENCIÓN</b>	<b>50</b>
<b>4.5 AUDITORÍA SOCIAL</b>	<b>52</b>
4.5.1 PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL EN SALUD EN NICARAGUA	52
4.5.2. INSTANCIAS DE CONTROL SOCIAL( INSTITUCIONAL)	54
4.5.3 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	62
4.6 PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRODECENDIENTES	66
<b>V CONCLUSIONES</b>	<b>72</b>
<b>VI RECOMENDACIONES</b>	<b>79</b>

## RESUMEN EJECUTIVO

Los servicios de atención para la población de difícil y comunidades étnicas y afrodescendientes en Nicaragua son altamente deficitarios debido al aislamiento de estas comunidades tanto desde el punto de vista geográfico como de desde el punto de vista cultural.

En los diversos territorios se desarrollan estrategias innovadoras para lograr cobertura con los servicios (mecanismos de atención móviles, inclusión al modelo de atención en salud de la medicina tradicional, inclusión de médicos tradicionales al modelo, etcétera) sin embargo, debido a sus altos costos para llevarse a cabo estas experiencias, éstas se encuentran con serios problemas de financiamiento.

En Nicaragua se cuenta con una amplia experiencia en participación social y comunitaria en salud, sin embargo, los procesos que incluyen la auditoría social en los establecimientos de salud son escasos a excepción de la Costa Caribe Nicaragüense en que el contexto de Aplicación de la Ley de Autonomía ha facilitado un proceso amplio de discusión que le permite un mayor involucramiento de las diversas expresiones de la Sociedad Civil, tanto al diseño de los mecanismos de Auditoría Social, como en la aplicación de las mismas

El estudio pretendió conocer las percepciones de los usuarios externos e internos sobre la calidad de los servicios ofertados en unidades de primer nivel, casas maternas y hospitales, identificar y sistematizar los mecanismos de control social usado en los establecimientos de salud e instancias de participación, y además pretendió determinar la factibilidad social y política de las Casas Maternas.

Para la realización del presente estudio se utilizaron metodologías cuantitativas y cualitativas para la recopilación y análisis de la información, se acordó el diseño del mismo con las autoridades del Ministerio de Salud a través de la dirección de Primero y Segundo Nivel de Atención.

Se contó con la asistencia técnica de la Oficina del Banco Mundial en Washington para el diseño del estudio en los que participaron consultores contratados para la elaboración del mismo y personal de la oficina del Programa en Managua. Como parte de este proceso se procedió al diseño de todos los instrumentos necesarios para la recopilación de la información y además se definieron los ámbitos en que el estudio se realizaría.

Se seleccionaron quince municipios del país con mayores dificultades de acceso a los servicios de salud. Se realizaron encuestas de satisfacción de los usuarios con representatividad municipal (740 encuestas) estas se realizaron en lenguas madres (español, inglés criollo, mayagna y miskitu), se realizaron grupos focales con usuarios internos, usuarios externos y no usuarios de los servicios de salud en las lenguas mencionadas.

Adicionalmente se realizaron 15 talleres con tomadores de decisión de los municipios seleccionados, en los que se exploraron los aspectos concernientes a Auditoría Social y la Factibilidad de Casas Maternas. Para lograr este objetivo se contó con una amplia participación de las autoridades departamentales y municipales. Por otro lado se realizaron encuestas de satisfacción de usuarias de los servicios de la Casas Maternas

En establecimientos de Segundo Nivel se realizaron talleres con los Consejos Consultivos de Hospitales con el objetivo de conocer su percepción acerca de los mecanismos de auditoría social. Además se realizaron encuestas de satisfacción de los usuarios externos de los hospitales seleccionados.

Los principales resultados en cuanto a la utilización de los servicios de salud son que se evidencia que las opciones para la atención a disposición de la población son extremadamente reducidas y el papel de los establecimientos del estado es fundamental en la vida de las comunidades estudiadas. Un tercio de la población estudiada recurre al uso de medicina tradicional

En el estudio se encontró que las principales razones expuestas por los/as usuarias de los servicios de salud para acudir a la atención en los establecimientos de salud son: La confianza en los prestadores de atención (calidad técnica), la cercanía y la calidez. En la mayoría de los casos las personas han asumido la importancia de la atención prenatal y la Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo de la Niñez.

La atención del parto realizada por las parteras es preferido por un tercio de la mujeres debido a que: No tiene que recorrer distancias excesivas, no tiene que abandonar el hogar y sus familias, la calidez en el trato brindado, y algunas creencias como; temor a que se les realice cesárea, episiotomía, machismo de los hombres y factores religiosos.

En cuanto a la atención general, existe una muy buena calificación de los servicios por parte de las usuarias. Ocho de cada diez usuarias considera la atención recibida en los establecimientos de salud entre buena y excelente por parte de los médicos y enfermeras.

Las personas que nunca han acudido a las unidades de salud, refieren que la principales causas para no acudir son: Escasa dotación de medicamentos y exámenes de laboratorio (no siempre les son brindados), dificultades de acceso geográfico, económico y cultural.

La integración de los conocimientos a las prácticas sanitarias diarias está determinada por las condiciones infraestructurales en que las poblaciones sobreviven. La población se encuentra integrando prácticas sanitarias apropiadas (Etapa de transición), entre otras la lactancia materna exclusiva, la vacunación y la búsqueda de fuentes agua más seguras. Sin embargo en los hogares continúan, sin tener una disposición adecuada de excretas y el lavado de manos como medidas de prevención de la Enfermedad Diarreica Aguda.

En cuanto a la Factibilidad de Casas Maternas, en los 15 municipios estudiados se encontró que existen condiciones subjetivas y objetivas para la realización de las Casas Maternas. En las autoridades locales y en los comités conformados existe plena posibilidad de acondicionamiento y sostenibilidad de las mismas a excepción de la comunidad de SAHASA en el municipio de Puerto Cabezas.

En los municipios en que ya existen Casas Maternas se evidencia satisfacción con los servicios recibidos por las usuarias. En particular por la calidez con la que estas personas refieren sentirse atendidas en estas unidades.

En lo relacionado a la Auditoría Social, en general existe una tendencia utilitaria del voluntariado por parte de las autoridades y personal de salud local. En las comunidades de

los 15 municipios estudiados la experiencia de participación comunitaria en salud es muy común; en algunas de las comunidades estudiadas se limitan a acciones aisladas o dispersas impulsadas por los voluntarios y la dirección de los centros de salud.

Las organizaciones y organismos de la Sociedad Civil (ONGs) no han contado con espacios que permitan su involucramiento en los aspectos fundamentales de la Auditoría Social; Las comisiones de salud en los municipios tienen un funcionamiento irregular salvo en raras excepciones y suelen ser reactivos a las emergencias sanitarias.

En las Regiones Autónomas del Caribe Nicaragüense, el proceso de autonomía ha traído consigo la creación de instancias de mayor participación social con alto nivel de consenso, no solo en apoyo a las actividades de salud sino en todos los órdenes de la vida política y social de las Regiones. En los municipios de estas Regiones del País existe una amplia participación en los procesos de planificación y presupuestación.

Las condiciones para la aplicación de procesos de planificación con participación de Agentes Comunitarios y las diversas expresiones de la sociedad, es un proceso factible en los municipios estudiados debido a otras experiencias exitosas

El proceso de evaluación de los servicios de salud y sus planes operativos desde la perspectiva de los agentes comunitarios, enfrentaría serias dificultades para que se lleve a efecto. No existe una metodología de evaluación sistemática. Para lograr este proceso se requiere desarrollar capacidades técnicas por parte de las personas que auditan los servicios de salud y en estos momentos no existen capacidades creadas para impulsar el proceso y ni una metodología de evaluación sistemática

En los servicios de atención de Segundo Nivel, los indicadores de satisfacción de los usuarios de los servicios hospitalarios son aceptables en su mayoría. Las personas que los utilizan los aceptan tanto en sus aspectos técnicos como desde la condición humana en la prestación de los servicios.

El personal dedicado a la atención tiene la aprobación de la mayoría de las personas encuestadas, por otro lado se refleja confianza técnica en las personas que les brindan la atención. Hay satisfacción con los tiempos de espera en los diversos servicios de la cuatro unidades hospitalarias estudiadas. En general hay aceptación de los horarios y funcionamiento de los diversos servicios a excepción de la consulta externa que se caracteriza por tener una atención exclusivamente matutina.

Otras situaciones señaladas como causa de insatisfacción, es la suciedad o falta de limpieza de las unidades hospitalarias y el estado deplorable del mobiliario de las unidades. La carencia de medicamentos y material de reposición periódica, significan erogaciones de los bolsillo de los usuarios lo que causa insatisfacción de los mismos.

En cuanto a la Articulación entre Niveles, la problemática de los hospitales nacionales es muy particular para cada uno de ellos debido al desarrollo tan diferente entre si. Existen condicionantes propias de los hospitales que dificultan la articulación entre los niveles entre otras: están regidas por el asilamiento de los hospitales con respecto a la red, a la alta calificación del personal médico que establece relaciones de desigualdad o de poder con el personal de salud de primer nivel y a la carencia de una tradición de vínculo entre ambos niveles.

Antes de la ejecución del Programa, no existía comprensión de la necesidad de la articulación entre los niveles y si existía no había una lógica de conducción para lograrlo. El programa aportó elementos para una mayor comprensión del trabajo y funcionamiento de los niveles.

El funcionamiento de los Consejos Consultivos ha tenido diferentes variables que son propias del nivel de desarrollo de la participación social en las comunidades, del marco regulatorio que ha regido este proceso que ha sido muy variable y contradictorio, de la voluntad política de la institución y de la figura de los gerentes de las unidades hospitalarias. Las actividades hasta ahora realizadas son predominantemente de gestión o consecución de recursos materiales para el funcionamiento de las unidades y las actividades de Auditoría Social no han sido de su competencia.

Se estableció el compromiso de los Consejos de pasar a la realización de acciones más relacionadas con auditoría social, sin embargo para este proceso se avizoran necesidades de capacitación en los aspectos generales y de nombramiento de personas específicas con destrezas para el abordaje de aspectos específicos (Revisión de indicadores de salud, rendición de cuentas etcétera).

En cuanto a la atención de la población de origen étnico y afro descendientes existen barreras de tipo geográfico, cultural, económico, marginación y de información.

En las regiones autónomas hay esfuerzos para la aplicación de sus propio modelo de Atención en Salud sin embargo, no existen iniciativas sostenidas ni el financiamiento adecuado para desarrollar políticas y programas específicos en relación a la medicina tradicional y sus recursos terapéuticos (por ejemplo, plantas medicinales), o investigación y desarrollo de modelos alternativos de atención para poblaciones indígenas o grupos étnicos específicos.

La atención a estos grupos poblacionales es brindada en una buena parte por personal de servicio social, que no tienen un proceso de inducción adecuado al llegar a las regiones, en su mayoría son hombres y no hablan la lengua de los habitantes de las comunidades lo que crea desconfianza en la población sobretodo femenina que resulta ser doblemente excluida.

La heterogeneidad en la composición étnica y cultural de los pueblos indígenas y afrodescendientes hace difícil--si no imposible--la aplicación de programas únicos o modelos de atención universales. En medio de este contexto existe un amplio esfuerzo para la realización de un modelo de atención propio de las Regiones. Este proceso está concluido en su elaboración en la RAAN y en discusión en la RAAS.

El uso de la medicina tradicional para tratar las diferentes afecciones de salud, tiene un componente cultural importante para un tercio de la población y se caracterizan principalmente por prácticas de uso de los recursos botánicos disponibles en las comunidades. Estas prácticas no han sido lo suficientemente reconocidas, investigadas, financiadas, ni integradas por el sistema de salud "occidentalizado" de salud y casi siempre son obviadas por carecer de sustentación "científica".

Para la utilización de la medicina tradicional, existen dos tendencias: un sector de la población lo utiliza como una opción más barata y accesible ante la imposibilidad de acceder

a los medicamentos “químicos” o por tratarse de situaciones leves y otra, es que consideran la medicina tradicional como la forma más efectiva de combatir situaciones relacionadas con la salud (prevención y atención).

Los conocimientos de la medicina tradicional tienen dos niveles de usuarios directos: la población enferma que por tradición oral ha aprendido su uso y otros usuarios que cumplen funciones de atención “medica” en las comunidades (Chamanes, herbolarios, parteras etcétera) los que la utilizan estas prácticas tradicionales como una forma de servicio a la comunidad y no siempre son remunerados.

El estudio recomienda reforzar el funcionamiento de los Puestos de Salud, como el establecimiento del MINSA más cercana a la comunidad. Se debe establecer como de prioridad alta el equipamiento y abastecimiento de los Puestos de Salud, se deben de crear los mecanismos de seguimiento y control para que esta disposición sea cumplida a cabalidad por las autoridades municipales, SILAIS y el Nivel Nacional.

Aunque la satisfacción de la población es alta y se han desarrollado esfuerzos por mejorarla, esto puede estar siendo afectado por las expectativas bajas de la población o al desconocimiento que estas tienen de sus deberes y derechos con respecto a la atención en salud, es por esta razón que se deben de continuar las acciones sostenidas de mejoramiento, debiéndose desarrollar esfuerzos orientados para focalizar la organización de la atención enfatizando en los horarios, la priorización de los medicamentos a los grupos más vulnerables y dotar material de reposición periódica para los Puestos de Salud más alejados que atienden a población altamente vulnerable .

Algunas de las líneas de acción para el reforzamiento de la labor del personal son: realizar procesos de inducción del personal médico y de enfermería para que estos conozcan la cosmovisión y la idiosincrasia de las comunidades en que desarrollarán sus labores.

El MINSA con los gobiernos locales, deben definir una política de remuneración salarial y de facilidades para la convivencia con sus familias para el personal de los puestos de salud y centros de comunidades lo que estimularía la permanencia de los recursos humanos en las regiones. La exclusiva o reiterada política de envío de personal en servicio social obligatorio hace que cada año se enfrenten dificultades de alta rotación de esta fuerza laboral.

En conjunto con los centros formadores se deben de establecer convenios para permitir el ingreso de personas provenientes de estas comunidades a las carreras de medicina y enfermería estableciendo los compromisos de retorno a sus comunidades de origen durante su vida profesional

Se deben impulsar las Campañas o Estrategias de comunicación orientadas a lograr que la información que los agentes comunitarios reciben en sus capacitaciones puedan ser transmitido a la población de su área de influencia. Por otro lado se debe de concentrar los esfuerzos en los aspectos relacionados a los signos de alarma y de búsqueda de ayuda en las enfermedades prevalentes en la infancia y las que se producen durante el parto y puerperio.

Establecer como prioridad para la atención a las personas de las comunidades alejadas y dejar los sectores urbanos para la atención vespertina así como explicar a la población las medidas organizativas para priorización de los grupos meta

Para lograr la articulación de los servicios de atención primaria y la comunidad se debe de apoyar al MINSA en la implantación del Sistema de Información Comunitario con especial énfasis con el personal de salud, sobre todo a nivel de los hospitales.

Continuar con el acompañamiento del MINSA con los Consejos Regionales en el diseño e implementación del Modelo de Atención de consenso logrado con las diversas expresiones organizadas del Caribe Nicaragüense

Para lograr la articulación del Primero y Segundo Nivel de Atención es una necesidad urgente de que la Gerencia de los SILAIS tengan bajo su conducción los hospitales Departamentales al menos en los aspectos relacionados a la atención. Una experiencia útil es la conformación de las comisiones de revisión de los casos de mortalidad materno infantil, en estas se deberá involucrar en un primer momento el personal gerencial y de atención directa con usuarias, para posteriormente incluir a las diversas instancias que ejercen la auditoría social en los hospitales y territorio.

Para que exista un proceso de mayor comprensión entre los niveles, se deben de procurar las rotaciones de refrescamiento del personal de primer nivel en los hospitales y que el personal de los hospitales roten por períodos cortos en las unidades de primer nivel lo que mejorará la articulación y comprensión entre ambos niveles .

Existe un modelo propuesto de Referencia y Contrarreferencia entre Primer y Segundo Nivel, las fallas en el funcionamiento no es propio del modelo propuesto, sino del nivel de difusión que ha tenido y del seguimiento inapropiado de su implementación, es por eso que el esfuerzo mayor debe de ser para el mejoramiento los mecanismos de seguimiento y monitoreo del mismo.

En cuanto a la factibilidad Social de las Casas Maternas existe una amplia comprensión de la necesidad por parte de los tomadores de decisión en los municipios estudiados y se han conformado comités para el impulso de esta acción es necesario que el personal de seguimiento del Programa y el Personal del MINSA en los territorios mantengan acciones sostenidas para el fortalecimiento de los mismos y para la consecución de fondos. En los 15 municipios estudiados la mayor dificultad se presentará en SAHSA ya que no existen condiciones sociales ni de organización de los servicios del MINSA que permita un funcionamiento adecuado.

Con respecto al rescate e integración de la Medicina Tradicional para el Modelo de Salud imperante, debe de realizarse en el contexto global que incluye la sistematización de las experiencias, investigación científica y estudios de costo beneficios o factibilidad de la implantación de una estrategia de rescate y difusión de estas prácticas. Un enfoque simplista orientado a la utilización de la medicina tradicional como “alternativa” ante la carencia de los medicamentos podría hacer caer en desprestigio el esfuerzo reivindicador por la misma.

En cuanto a Auditoría Social se deben de realizar esfuerzos orientados a aumentar la masa crítica para el impulso de los temas de auditoría social tanto en las autoridades de salud como en los miembros de la Sociedad Civil.

Los esfuerzos más importantes deben de ser orientados a difundir la importancia de la Auditoría Social y posteriormente se deben de concentrar los esfuerzos en la capacitación

de las diversas instancias creadas de control social (Consejos Regionales y Consultivos, Comisiones de Salud Municipales

En la RAAN y RAAS , promover el fortalecimiento de la Comisión Regional de Salud como la instancia técnica de alto nivel, la que con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas y afrodescendientes, para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas;

Fortalecer la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables del impulso de los modelos de atención a los grupos étnicos, a fin de superar progresivamente la falta de información en este campo y asegurar mayor acceso a servicios de salud y atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad.

Es necesario transformar la formación de los recursos humanos de salud, con la introducción de un enfoque intercultural. De igual modo, hay que fomentar la formación de personal de salud originario de los pueblos indígenas en todos los niveles, técnico y universitario. Además, las poblaciones indígenas deben poder intervenir en la elección de su personal de salud.

Identificar dentro de los programas de cooperación, recursos de cooperación técnica y prestar apoyo a la movilización de recursos adicionales a nivel internacional y nacional para la puesta en marcha y evaluación de esta iniciativa

Coordinación y esfuerzos para promover la formación de redes de información y colaboración recíproca entre organizaciones, centros e instituciones que trabajan en el campo de la salud de pueblos indígenas y afrodescendientes, utilizando los mecanismos, iniciativas y programas existentes a nivel internacional procurando obtener la cooperación de otros organismos y organizaciones;

Promover la investigación colaborativa, a nivel de la Región y países seleccionados, en temas prioritarios de salud y atención de la salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes

## I. ANTECEDENTES

El desarrollo de los Servicios de Salud en Nicaragua ha tenido diversas etapas desde la conformación de servicios de beneficencia regentada por organizaciones religiosas hasta nuestros días.

A finales de los años 70 existía un modelo caracterizado por la debilidad y dispersión de los servicios públicos de atención primaria. Las acciones de prevención estaban limitadas a la vacunación en las unidades de salud y la lucha por erradicación de la malaria. Una de sus mayores debilidades es que no contaba con una red amplia de voluntarios, esta se limitaba a colaboradores del Servicios de Erradicación de la Malaria (SNEM).

Por otro lado, los hospitales en su mayoría eran manejados por la Junta Local de Asistencia Social, que concentraban esfuerzos en hospitales de Managua, sin embargo, los hospitales departamentales no tenían los niveles de resolución necesarios para la atención que demandaba la población. En los hospitales departamentales, se carecía de recursos humanos especializados debido a la escasa inversión en la capacitación y formación de recursos humanos.

En relación a la Seguridad Social al finalizar la década de los setenta tenía una cobertura restringida para la población económicamente activa. Algunas de las características de los servicios de salud promovidos por el Seguro Social en esa época son: Aceptable calidad curativa, sin acciones de prevención y promoción de salud, sumamente costosos por el enfoque estrictamente asistencialista con que se brindaba y además estaba concentrado en una fracción mínima de la población económicamente activa del país.

Los servicios de salud en los años ochenta sufrieron cambios drásticos en cuanto a su crecimiento y expansión lo que produjo un aumento en las coberturas de los servicios de atención primaria y la reducción de la mortalidad infantil y de enfermedades prevenibles por vacunas. Situación que no hubiese posible sin la participación del voluntariado, el que es amplio a nivel nacional.

Uno de los aspectos más relevantes que caracterizaron este período es que se realizó una importante inversión en la capacitación de recursos humanos en salud. Se ampliaron las matrículas en la Universidad Nacional y en las Escuelas de Enfermería lo que permitió cubrir en parte, el amplio déficit de recursos humanos existente a nivel nacional. Esta decisión de políticas de salud marca un hito importante en el desarrollo de servicios a nivel nacional y la principal dificultad en estos momentos es la falta de capacidad de absorción de estos recursos por parte del sector público y estatal

Con la creación del Sistema Nacional Único de Salud se abolían los diversos mecanismos o formas de atención en salud, la seguridad social suspende la atención de sus cotizantes y toda la atención pasa a ser responsabilidad del estado por medio del Ministerio de Salud, para enfrentar esta responsabilidad el estado no contaba con los recursos suficientes y el papel del sector privado en la provisión de servicios de salud quedaba aún más restringido.

En esta época se establece la participación social en la resolución de los problemas de salud la que se ejerce de una forma masiva. Una de las características más importantes es que a

pesar de la conformación de los Consejos Populares de Salud como instancia de articulación, entre el Estado con las diversas expresiones de la Sociedad Civil, estos últimos establecen una relación de alta dependencia al funcionamiento del Ministerio de Salud lo que afectó de manera importante su desarrollo cualitativo.

La política no diferenciada en el manejo de las comunidades indígenas tanto en el plano social como político, confrontó a grupos indígenas de la zona del Caribe Nicaragüense con el Gobierno. Las decisiones políticas no contaban con un enfoque sociológico apropiado ya que existía un desconocimiento absoluto de las formas de organización tradicionales y se trataron de aplicar mecanismos similares a los aplicados en otras regiones del país, lo que provocó ruptura política y conflictos armados.

A finales de la década de los ochenta se evidenciaba el deterioro acumulado en los diversos sectores de la economía debido a la situación bélica del país y al manejo centralizado de los principales ejes de la economía de lo que el sector salud no fue la excepción.

Al final del período existió un marcado aumento de los servicios en las zonas rurales y en zonas de conflicto bélico, sin embargo en las zonas urbanas existió un deterioro acelerado. En los hospitales regionales y departamentales, se logró un mayor nivel de resolución de la atención a expensas de la presencia de algunas especialidades, sin embargo las condiciones de la infraestructura, el equipamiento y el abastecimiento del material de reposición periódica se tornó precario y las condiciones para la atención sufrían el desgaste que produjo el conflicto bélico y el bloqueo económico

En los años noventa, los cambios del modelo económico y político en el país producto de las elecciones de 1990 trajeron consigo un replanteamiento de los mecanismos de provisión de servicios de salud.

En 1991 dio inicio la conformación de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), con el que se pretendía consolidar el proceso de participación de la sociedad civil en la gestión de los servicios, mejorar la eficiencia tanto en la gestión de los recursos del Estado, como la calidad y la oportunidad de los servicios públicos para la población nicaragüense.

### **Situación Actual**

El Gasto en Salud<sup>1</sup> de Nicaragua representa un 7.5% respecto al Producto Interno Bruto del año 2002, esto equivale a U\$ 57 dólares per cápita, relación que es similar con respecto a los países del área centroamericana. El gasto en salud para el año 2002 es asumido principalmente por los hogares (58%) y el financiamiento del tesoro (29%). En comparación con la década pasada el aporte de los hogares está incrementándose y por el contrario la participación relativa del gobierno se encuentra en reducción.

Según la última encuesta de nivel de vida del 2001 la población que vive en pobreza representa el 45.8%, de los cuales la población en extrema pobreza es el 15.1%. La extrema pobreza rural supera en 5 veces a la de las zonas urbanas.

---

<sup>1</sup> MINISTERIO DE SALUD. Informe de Cuentas Nacionales de Salud 2002.

En términos de cobertura según datos de ENDESA 2001 a pesar del nivel elevado de atención prenatal en Nicaragua, solamente 2 de cada 3 nacimientos tienen atención profesional durante el parto. A pesar que los porcentajes de cobertura de inmunizaciones por biológico resultan ser satisfactorios, el porcentaje de niños menores de un año con esquema completo para su edad resulta ser del 63%, lo cuál es inferior a la cobertura óptima.

Desde el punto de vista geográfico un factor crítico que interfiere en el acceso de la población a los establecimientos de salud es la densidad poblacional la cuál tiene un rango desde 530 a 7 habitantes por kilómetro cuadrado. Esto ha propiciado que en algunos lugares la población utilice los recursos comunitarios para cubrir sus necesidades.

Desde la perspectiva sanitaria, de acuerdo a los resultados de ENDESA-2001, el quintil más pobre de la población en relación al 20% de la población con mayores ingresos, muestra las siguientes diferencias:

- La probabilidad de mortalidad infantil es tres veces mayor;
- La tasa de fecundidad global es tres veces más alta;
- La desnutrición crónica es siete veces más probable,
- El porcentaje de mujeres desnutridas es cuatro veces mayor;
- La utilización de los servicios públicos en salud para la atención del parto es tres veces menor;
- El comportamiento de los esquemas de vacunación es un 10% menor;
- La prevalencia de EDA e IRA es dos veces más frecuentes;
- El uso de métodos modernos de anticonceptivos es un tercio menor.

Esta situación requiere de cambios innovadores para mejorar la equidad, calidad, y eficiencia en la prestación de servicios de salud, a generar espacios de participación de la comunidad para enfocar los gastos en salud y optimizar los recursos financieros, tecnológicos y humanos disponibles en los niveles locales, generando procesos participativos que modulen el prototipo de un modelo de atención del sector salud.

Con los avances del proceso de reforma del sector salud, surge la necesidad de adoptar un modelo de atención que garantice el acceso a los servicios de salud, que sea capaz de reducir las brechas en la situación de salud entre grupos de población de acuerdo a sus niveles de pobreza, sexo, edad, etnia y otras características de los grupos humanos identificados, a fin de eliminar el principal problema de INIQUIDAD.

## II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

### 2.1. OBJETIVO

Elaborar un diagnóstico sobre la utilización de los servicios de salud, la cooperación entre los niveles de atención del MINSA y las redes comunitarias y ONG y las expectativas de los usuarios de los servicios en comunidades pobres, de difícil acceso e indígenas, que permita diseñar la estrategia de la extensión de cobertura de servicios enfatizando en su Componente de Auditoría Social en el marco del proceso de reforma sanitaria, del Plan Quinquenal y del Enfoque Sectorial en Salud (ESS) durante el periodo 2005-2010.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer las **percepciones de satisfacción** de los usuarios externos e internos sobre la calidad de los servicios de salud ofertados **en unidades del primer Nivel, Casas maternas y hospitales** al binomio madre-hijo (a) fin de recibir recomendaciones específicas de cómo mejorar la prestación de dichos servicios
- Identificar los **mecanismos de control social existentes** dentro y fuera de establecimientos del MINSA para monitorear y evaluar los servicios que se prestan, y hacer recomendaciones de cómo mejorar el control social.
- Identificar y sistematizar los **mecanismos de participación comunitaria** reglamentados por el MINSA, o por la tradición local para la vigilancia de la salud.
- Evaluar los métodos y **mecanismos actualmente utilizados para el monitoreo de los indicadores** y sondear la factibilidad de instalar “sistemas de monitoreo, evaluación y presupuestación participativos” que permitan a las comunidades organizadas (sociedad civil) hacer el control social con el fin de mantener la calidad de los servicios que se van a instalar en la extensión de cobertura.
- Determinar **la factibilidad** política, social y económica de crear nuevas Casas Maternas en las comunidades visitadas, como parte del proceso de extensión de cobertura de servicios básicos a la población vulnerable.

### III. METODOLOGÍA

Para la realización del presente estudio se utilizaron metodologías cuantitativas y cualitativas para la recopilación y análisis de la información,

Para la realización del estudio se acordó el diseño del mismo con las autoridades del Ministerio de Salud a través de la dirección de Primero y Segundo Nivel de Atención.

Durante una semana se trabajó con la asistencia de la Oficina del Banco Mundial en Washington a través de la Señora Ximena Traa. Se realizaron sesiones con la señora Traa para el diseño del estudio en los que participaron consultores contratados para la elaboración del mismo y personal de la oficina del Programa en Managua. Como parte de este proceso se procedió al diseño de todos los instrumentos necesarios para la recopilación de la información y además se definieron los ámbitos en que el estudio se realizaría.

Una vez que se logro el consenso con las autoridades de salud, se procedió a la validación de los instrumentos en los municipios de Somoto y Pearl Lagoon. En estas comunidades se realizaron reuniones previas con los Directores de SILAIS de Madriz y la RAAN y posteriormente se realizó un taller que tuvo como objetivos determinar la factibilidad social de la Casa Materna y de la Auditoria Social en esos departamentos.

Por otro lado en la RAAS se realizaron reuniones de coordinación con miembros de la comisión de Salud del Consejo Regional de Salud de la RAAN, los que permitieron una audiencia en pleno para ser informados del estudio y de sus alcances. Adicionalmente se realizó una reunión con la presidente de la comisión para tratar de conocer el diseño y avance en la elaboración del Modelo de Atención en Salud para la RAAS

Posteriormente se cumplieron las etapas previstas para el estudio:

#### **3.1 REVISIÓN DE DOCUMENTACIÓN**

Se hizo una revisión de los documentos del Proyecto especialmente los estudios relacionados con la evaluación. Se logró la sistematización de la información disponible para utilizarlo como insumos para el análisis de la información recopilada.

#### **3.2 FASE CUANTITATIVA**

##### ***3.2.1 ENCUESTA CON USUARIAS Y NO USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD***

Se realizaron encuestas de hogares las que permitieron valorar la percepción de las usuarias de los servicios tanto del Primer Nivel como del Segundo Nivel de Atención, adicionalmente y como parte de la muestra se encuestaron a personas no usuarias para conocer su percepción a cerca de los servicios de salud.

La encuesta con usuarios externos pretendieron lograr los siguientes objetivos: *i* Conocer las percepciones de satisfacción de los usuarios externos e internos sobre la calidad de los servicios de salud ofertados en unidades del primer nivel, casas maternas y hospitales al binomio madre-hijo@ y las principales recomendaciones específicas para mejorar la prestación de servicios. *ii* Identificar y analizar los aspectos culturales que dificultan el

acceso a los servicios. *iii* Identificar las prácticas actuales e idiosincrasia sobre métodos de resolución de problemas de salud (IRAs, EDAs, controles pre-post natales, etc) y las percepciones sobre salud/ enfermedad, prevención y curación en las áreas remotas y de difícil acceso, y particularmente entre la población indígena y afrodescendiente. *iv* Determinar la utilización de los servicios de salud por parte de usuarios. *v* Conocer las razones de no uso de los servicios de salud por parte de los potenciales usuarios de los servicios de salud. *vi* Valorar los aspectos socio culturales en las poblaciones estudiadas que impulsan o restringen el acceso de los servicios de salud. *vi* Conocer la percepción de mecanismos de atención en los servicios de salud, específicamente los relacionados con la atención integral de la mujer y la niñez. *vii* Determinar de las principales barreras socio culturales y de organización de los servicios que influyen en el acceso a la atención en salud.

Para la selección de la muestra se tomaron los 15 municipios con más dificultades de acceso de un total de 90 municipios seleccionados por el MINSA y APS para la construcción de Casas Maternas.

El Nivel de Representatividad: por cada municipio., se estableció un nivel de Confiabilidad: 90%, un error: 10%, una proporción estimada del 75% y un ajuste por no respuesta: 5%.

La estrategia de recopilación de la información, se tomaron muestras para cada municipio, en cada municipio se seleccionaron 2 comunidades (comarcas) aleatoriamente del total de comunidades (comarcas) para ese municipio. La muestra respectiva se dividió entre 2 y a cada comunidad le correspondió la mitad de la muestra (en caso de tamaño muestral impar se decidió aleatoriamente a que comunidad le tocará el elemento faltante).

Se ubicó el lugar central de cada comunidad, en el lugar central de cada comunidad se identificó las diferentes rutas, se seleccionó una ruta de forma aleatoria y se visitaron todas las casas encontradas, se entrevistaron a todas las mujeres que cumplieron con la condición de estar en edad fértil y tener al menos un hijo, cuando fue necesario se seleccionó otra ruta de forma aleatoria, hasta terminar el tamaño de muestra respectivo.

### **3.2.2 ENCUESTAS CON USUARIAS DE CASAS MATERNAS**

Las encuestas con las usuarias de las casas maternas pretendieron: Determinar las perspectivas y recomendaciones de servicios relacionados con la atención de la mujer durante el embarazo (Casas Maternas), así como la satisfacción o no de las mujeres ingresadas a estos servicios.

La selección de los municipios a estudiar se hizo de acuerdo a las prioridades presentadas por el MINSA y estos fueron: Casa Materna Bilwi, Bluefiels, Matagalpa y EL Rama

### **3.2.3 ENCUESTAS EN LOS HOSPITALES**

El estudio pretendió conocer las percepciones de satisfacción de los usuarios externos e internos sobre la calidad de los servicios de salud ofertados en unidades del Segundo Nivel. Esta se realizó por medio de la metodología propuesta por el programa y avalada por el MINSA.

### **3.3 FASE CUALITATIVA**

Se utilizó esta metodología con el fin de discutir a mayor profundidad las barreras y oportunidades de orden social, cultural y económico en las conductas de las usuarias de los servicios de salud. (VER ANEXO)

#### **3.3.1 GRUPOS FOCALES**

Para profundizar en los aspectos socio culturales y de percepción de los/ las usuarias de los servicios, se utilizó la metodología de grupos focales en la evaluación de los aspectos siguientes: *i* Percepciones de satisfacción de los usuarios externos e internos sobre la calidad de los servicios de salud ofertados en unidades del primer nivel, casas maternas y hospitales al binomio madre. *ii* recomendaciones para mejorar la prestación de dichos servicios *iii* identificar aspectos culturales que dificultan el acceso a los servicios. *iv* Prácticas actuales e idiosincrasia sobre métodos de resolución de problemas de salud (IRAs, EDAs, controles pre-post natales, etc) y las percepciones sobre salud/enfermedad, prevención y curación en las áreas remotas y de difícil acceso, y particularmente entre la población indígena y afrodescendiente *v* adecuaciones pertinentes para ofrecer mejores servicios a la población étnica y culturalmente diferenciada, *vi* razones de no uso de los servicios de salud por parte de los potenciales usuarios de los servicios de salud y sus principales barreras socio culturales y de organización de los servicios que influyen en el acceso a la atención en salud, *vii* disposición de la población para el impulso de las acciones de mejoramiento de la salud de la población de las comunidades estudiadas *viii* percepción de la población a cerca de los mecanismos de auditoria social, su importancia y las recomendaciones para el mejoramiento, *ix* percepción de la población a cerca de las organizaciones involucradas en la realización de la auditoria social.

La conducción de los grupos focales estuvo a cargo de especialistas en estudios cualitativos. Se realizaron un total de 60 grupos focales con participantes del sexo femenino, jóvenes, parteras, brigadistas de salud, usuarias y no usuarias de servicios de salud.

Se realizó la grabación de los eventos y se realizarán notas de campo y notas de campo ampliadas después de cada evento.

Los estudios fueron realizados en cuatro diferentes idiomas: español, inglés-criollo, miskito y mayagna. Se utilizaron recursos con dominio de las lenguas madres de cada una de las regiones del país

#### **3.3.2 TALLER CON AGENTES COMUNITARIOS PARA DETERMINACIÓN DE FACTIBILIDAD SOCIAL DE CASAS MATERNAS Y AUDITORIA SOCIAL**

Como parte del estudio se realizó un Taller por Municipio (Total 15) con participación de diversos agentes y tomadores de decisiones en salud ubicados en los territorios (305), Organismos de Gobierno y ONGs locales. Se procuró la presencia de las Autoridades del Municipio incluyendo los alcaldes municipales y Concejales los que en la mayoría de los casos accedieron a participar y además fueron incluido autoridades recién electas.

Durante el transcurso de los talleres se abordaron los aspectos concernientes a los diversos mecanismos de Auditoria Social y se procedió a la conformación de comisiones designadas para la conformación de las Casas Maternas en los municipios.

### **3.3.3 REUNIONES CON CONSEJOS CONSULTIVOS DE HOSPITALES**

Durante la realización del estudio se visitaron los consejos consultivos de los Hospitales de Bilwi, Bluefields, Matagalpa y Juigalpa.

Durante esta reunión se abordaron los aspectos concernientes a la Auditoría Social y a los mecanismos de articulación entre el Primer y Segundo Nivel.

Así mismo la información de la fase cualitativa se organizó por medio de las notas de campo y notas de campo ampliada. Estas fueron colocadas en matrices de vaciamiento para sistematización de la información y se procedió a la descripción y análisis de la información.

## IV. PRINCIPALES HALLAZGOS

### 4.1 SERVICIOS DE ATENCIÓN DE PRIMER NIVEL

#### 4.1.1 UTILIZACIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los establecimientos de salud estatales en su mayoría son los que dan respuestas a la demanda hasta en un 97% del total de las personas que acudieron en búsqueda de atención fueron a tendidas en esos lugares .

Los servicios de atención privados significan únicamente el 3% de la demanda de los servicios en estas comunidades.

Tabla 1 Utilización de los servicios para última consulta para la atención. Encuesta de hogares en quince municipios de Nicaragua 2004.

Sitio de Atención de la última Consulta	No	%
Centro y Puesto de Salud estatal	686	95%
Hospital Estatal	13	2%
Centro Privado	20	3%
Otros	2	0.3%
Total	721	100%

En las comunidades de más difícil acceso, la conducta de la población es hacia la utilización de la medicina tradicional y a la automedicación con fármacos comprados para estas ocasiones. Se observa que la utilización de la medicina tradicional tiene un componente cultural pero parece tener mayor influencia las dificultades de acceso económico y geográfico de los servicios de salud.

Cuando se valoraron las primeras acciones que la población realiza ante la enfermedad de un miembro de las familias en los municipios estudiados se encontró que recurren a la medicina tradicional en un 33%. Cuatro de cada diez personas refieren que en primer lugar acuden a las unidades de salud (42%), un 33% usa los remedios caseros y un 11% usa medicamentos recetados anteriormente. En casos muy excepcionales acuden a parteras, brigadistas de salud como opción para la atención de problemas de salud.

Ante cuadros clínicos o sintomáticos más aparatosos la población suele buscar ayuda más temprano. Por ejemplo la fiebre o tos constante es motivo de búsqueda de ayuda de forma temprana; sin embargo procesos más silentes y hasta más riesgosos no suelen ser motivo de búsqueda de ayuda, por ejemplo, el edema en las mujeres o los signos de deshidratación en los niños. En estas poblaciones existe desconocimiento de los signos de alarma como estos.

*“... cuando hay fiebre alta, o vómitos es de correr de inmediato... ya no se diga una convulsión o ataque que le dicen”*

**Grupos Focales con Usuarías de los Servicios de Salud**

*“yo los llevo cuando son de esas toses que no que no les llega nada... cuando esa tos que no me dejan dormir ni a mi ni al niño”*

**Grupos Focales con Usuarias de los Servicios de Salud**

*“.....yo creo que cuando a las mujer se le inflama los pies digo yo es por que pasa mucho tiempo de pie...”*

**Grupos Focales con Usuarias de los Servicios de Salud**

*“...a veces las diarrea es de empacho... o que le han pegado sol al niño.. a veces cosas que le caen mal .... en esos casos uno les hace curas caseras...”*

**Grupos Focales con no Usuarias de los Servicios de Salud**

Un dato relevante es que las personas participantes en los diversos grupos focales, no mencionan los signos de alarma ante los problemas de salud estudiados, sin embargo, los agentes comunitarios saben distinguirlos de manera adecuada, lo que nos hace pensar que la transmisión de la información entre los agentes comunitarios y la población en general esta fluyendo de manera inapropiada.

*A nosotros nos han explicado que en una mujer embarazada que se le inflama los pies o ya sea que se inflame toda ....o que tiene sangrado es una cosa de atención inmediata ahí nosotras no ponemos mano en ellas.... yo las mando de inmediato al Centro de Salud*  
**Grupos Focales con Comunitarios (Partera)**

*En los niños una cosa grave es la fiebre los vómitos y que respire cansadito ... eso es una urgencia*

**Grupos Focales con Comunitarios**

Las mismas dificultades de transmisión de la información sucede con los prestadores de servicios y los usuarios. Generalmente se aduce que es debido a la sobre carga de trabajo del personal sanitario, lo que repercute en que la información sea transmitida de manera insuficiente a la comprensión de las personas de las comunidades.

*“... digo yo que es que los médicos están muy llenos de trabajo, por eso es que explican poco... yo no pregunto pues los veo atareados...”*

**Grupos Focales con Usuarias de los Servicios de Salud**

*... hay uno médicos... no todos... que dicen cosas enredadas.. cuando ellos hablan así yo si les pregunto pero hay gente que no... como que les da pena.. usted sabe... hasta les da pena dejar entrever que no le entienden*

**Grupos Focales con Comunitarios**

*...hay doctores que tienen paciencia otros ni lo vuelven a ver a uno solo pasan escribe y escribe ...ni siquiera lo examinan a uno.. veo que las enfermeras le explican más a uno ... pero creo que es cosa de la forma de ser de las personas*

**Grupos Focales con Comunitarios**

En las comunidades indígenas y afrodescendientes la situación es aún más seria, ya que los prestadores de atención en una buena proporción es personal de servicio social, las que no son informadas de los aspectos culturales que predominan en las comunidades y no hablan en las lenguas madres de las comunidades, ni tienen una visión holística de la realidad de las comunidades en las que trabajan.

*...hay médicos que no creen en lo que nosotros consideramos enfermedad.. ya ve ellos no creen en “el ojo” que le da los niños.. por eso no lo saben curar .... hasta se les mueren los chigüines*

***Grupos Focales con Comunitarios (Partera)***

*“Es que ellos no entienden lo que nosotros les decimos y como ellos hablan rápido no les entendemos si no hay alguien que les traduzca nosotros no podemos explicarles.. hay médicos que son de estos lados y si hablan con nosotros en nuestro idioma”*

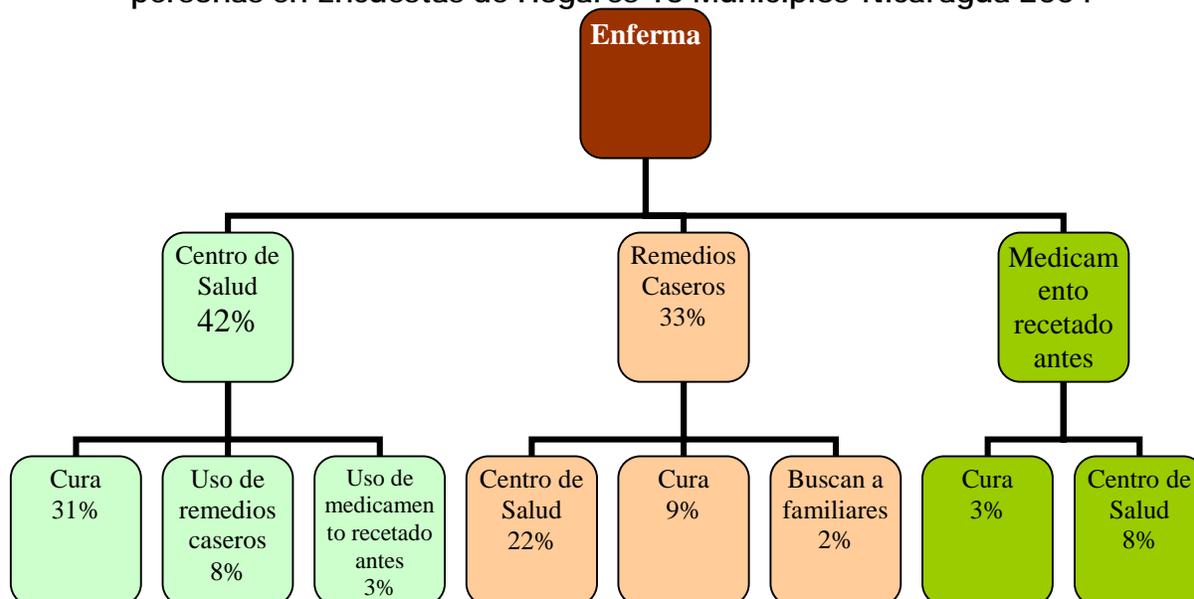
***Grupos Focales con Comunitarios***

Para valorar las preferencias o las prácticas de la población ante la búsqueda de atención en salud, el estudio trato de determinar en orden cronológico los sitios o las formas en que la población atiende sus principales problemas de salud.

Se puede observar que el primer lugar de búsqueda de la atención son las Unidades de salud del MINSA (41%), en orden de frecuencia buscan atención en primer lugar con remedios caseros(33%), y otros recurren en primera instancia a medicamentos recetados anteriormente (11%)

Cuando se indagó cual era el sitio de atención al que recurrían como segunda opción se pudo observar que la mayoría de los que acudían a las unidades de salud no necesitaron acudir a otro sitios 31% y solo una proporción muy pequeña de los que usaron terapia tradicional): de estos un 28% acudieron a las unidades de salud (estos provenían del grupo que recurrió a remedios caseros, los que usaron medicamentos recetados con anterioridad) y un 17% acudió a consultar con familiares, estos provenían de las personas que como primera opción consultaron con brigadistas, uso de medicamentos recetados antes y los que iniciaron terapia tradicional.

Tabla 2 Principales sitios a los que asistieron en búsqueda de atención las personas en Encuestas de Hogares 15 Municipios-Nicaragua 2004



La mayoría de la población ante una enfermedad o búsqueda de atención en salud recurre a tres formas de tratamiento fundamentalmente: En las Unidades de Salud (42%), al uso de medicamentos tradicionales (33%) y el uso de fármacos recetados anteriormente (11%).

De los que acuden a la atención en las unidades de Salud, la mayoría resuelve sin necesidad de realizar otra visita, otros usan el medicamento recetado en otras ocasiones y otros tratan de resolver con medicina tradicional.

Por otro lado los que en primera instancia resuelven la atención por medicina tradicional acuden en segundo lugar a las unidades de salud, otros buscan ayuda con familiares y otros esperan los efectos del medicamento por si solo.

De los que han utilizado medicamentos recetados anteriormente acuden a la Unidad de Salud y otros curan.

### Razones para no acudir a las Unidades de Salud

Las principales razones para no acudir a la atención prenatal que expusieron las mujeres encuestadas son 15/38 (39.5%) se sentían bien, no quieren ir 5/38 (13.3%), falta de tiempo 5/38 (13.3%), distancia 3/38 (8%). Solo una de las mujeres encuestadas refirió que no acude por el mal trato que le brinda el personal.

Para valorar las causas por las que las personas no acuden a las unidades de salud, tanto para la atención durante el embarazo parto y puerperio hemos tratado de hacer una diferenciación entre los tres tipos de informantes: Usuarias, No usuarias y el personal de salud

### *No usuarias de los servicios*

En las comunidades estudiadas a través de Grupos Focales, las personas que nunca han acudido a las unidades de salud, refieren que la principales causas para no acudir son:

- Las expectativas de este grupo están concentrada en la atención y no en las acciones de prevención, ni de detección del riesgo.
- Asocian toda atención en salud con uso de medicamentos y realización de exámenes de laboratorio
- El trasladarse a las unidades de salud implica para ellas la inversión de tiempo y dinero que no todas lo tienen disponible.

*“... para que voy a ir ... si ahí no les dan nada... solo le miden la barriga y vuelta para atrás... pierde uno el tiempo y los riales que hay que alistar para el transporte “*

#### **Grupos Focales con No Usuarias de los Servicios de Salud**

*“Yo creo que es cosa de cada cual pero yo no le veo nada de importancia... si uno se siente bien para que perder el tiempo”*

#### **Grupos Focales con No Usuarias de los Servicios de Salud**

#### ***Usuarias de los servicios de salud***

Como parte del estudio se indago entre las usuarias las razones por las que existen personas que no acuden a los servicios de salud y estas son:

- La distancia para la atención y las dificultades geográficas son las causas más importantes para que las personas inasistan a las unidades de salud.
- Los tiempos de espera en las unidades de salud suele ser una de las quejas más comunes.
- En algunas ocasiones han recibido un trato inapropiado por lo que han preferido ausentarse de la atención. En la mayoría de los casos refieren los nombres propios de las personas que le realizan el maltrato.
- Existen disposiciones administrativas en la atención (prioridad o grupos de riesgo) que hacen que se interprete como favoritismo en la atención .
- Medicamentos insuficientes o con precios extremadamente alto. Refieren solo recibir recetas y ordenes de exámenes y además no cuentan los recursos económicos para la realización de la compra de los servicios.
- Las personas de las áreas rurales alejadas refieren que el medicamento es escaso , y que las personas de las zonas del casco urbano están más “al tanto” de la llegada de los escasos medicamentos en las unidades de salud.

#### ***Agentes comunitarios***

- Los agentes comunitarios consideraron que en las usuarias existe temor por las muchas revisadas que se hace a las hospitalizadas
- La falta de medicamentos o sus precios extremadamente altos.
- Acceso de comunidades a los servicios de salud,
- No consideran que se trata de un problema cultural, ni de organización de los servicios de salud

### **Personal de salud**

- Consideran que el principal problema para la atención son: las distancias extremas entre las comunidades y los servicios de salud.
- Existe la percepción que para la atención del parto existen más barreras culturales que en el caso de la planificación familiar u otros programas de prevención que se ofertan en las unidades de salud
- Consideran que en general la población tiene confianza en el personal de salud
- Los mecanismos utilizados para la atención y la organización de los servicios de salud no los perciben como un obstáculo para las usuarias.

### **Tiempos de espera para la atención**

Cuando se les preguntó a cerca de la satisfacción en cuanto al tiempo para la atención un 54% de las personas atendidas las consideran adecuada el resto lo considera inadecuado Todo esto parece indicar que el tiempo que las personas están dispuestas a espera oscila entre media y una hora.

**Tabla 2 Tiempos de espera para la atención en 15 municipios de Nicaragua 2004**

<b>Tiempos de espera para la atención</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Menos de media hora	257	35.6%
Media Hora a una hora	187	25.9%
Una a dos horas	126	17.5%
Más de dos horas	148	20.5%
No sabe / no responde	3	0.4%
<b>Total</b>	<b>721</b>	<b>100.0%</b>

El 61.5% de las personas encuestadas sus tiempos de espera eran menores de una hora y este es el tiempo considerado como adecuado por los usuarios.

Cuando se indagó alrededor de la satisfacción de los usuarios con respecto a los tiempos de espera el 54% lo consideró como adecuado y un 45% los considera inadecuado.

**Tabla 3 Percepción acerca de los tiempos de espera en 15 municipios de Nicaragua 2004**

<b>Percepción acerca de los tiempos de espera</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Muy largo	323	45%
Adecuado	391	54%
No sabe /No responde	7	1%
<b>Total</b>	<b>721</b>	<b>100%</b>

Para el estudio fue importante la duración de la atención en los servicios de salud, un 23% de las personas son atendidas en menos de 10 minutos y un 77.3% de las personas son atendidas en los tiempos estimados por el MINSA para la atención. Se logró observar que

cerca del 4% de las personas son atendidas con tiempos por encima de la norma de duración de la atención promedio establecida por el MINSA.

Tabla 4 Duración de la atención en 15 municipios de Nicaragua -2004

<b>Duración de la atención</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
<10 minutos	164	22.7%
11-20 minutos	445	61.7%
21-30 minutos	87	12.1%
31-40 minutos	6	0.8%
41 a más	17	2.4%
No sabe /No responde	2	0.3%
<b>TOTAL</b>	<b>721</b>	<b>100.0%</b>

En los grupos focales las personas plantearon entre otras cosas: largos períodos de espera o de largas caminatas para lograr la atención y por otro lado la duración de la atención es corta.

### ***Personal de salud***

En los grupos focales se observó que el personal de la mayoría de las unidades consideran que se prioriza a las personas que vienen de comunidades lejanas sobre todo si son embarazadas. Sin embargo en algunas ocasiones esta prioridad no está lo suficientemente explicadas a la población y se tiende a pensar que la prioridad es un mecanismo viciado de favoritismos

*“Aquí nos dijeron que prioricemos a las personas embarazada y a los niños.... y además a las personas que son de las comunidades, cuando a alguien le dan el número uno, piensa que va a pasar de primero y si no es así ... lo que piensan es que son favoritismos de los que trabajamos en el centro”.*

#### **Grupos Focales con Prestadores de Servicios**

Una queja generalizada por parte de los prestadores de los servicios de salud es a cerca de las dificultades en recursos para la realización de la atención. Los rubros más tensionados son los medicamentos, la disponibilidad de los exámenes de laboratorio para los grupos priorizados.

*“... estamos cansados de decirlo... y a lo mejor ustedes ya estén cansados de oirlo... pero aquí se trabaja con las uñas ... hace falta de todo..... no se como no se muere más gente ....”*

#### **Grupos Focales con Prestadores de Servicios**

La infraestructura la consideran limitada porque la población que se atiende es muy grande y en algunas unidades se observa un marcado deterioro de las condiciones para la prestación de los servicios.

#### 4.1.2 PRÁCTICAS EN SALUD

El estudio trató de indagar a cerca de las percepciones de los usuarios externos de los servicios de salud. Para esto se realizaron grupos focales con usuarios de los servicios de salud, grupos focales con no usuarios de los servicios de salud, agentes comunitarios y se realizó una encuesta de satisfacción de usuarios de los servicios. Esta encuesta se realizó en los hogares de las comunidades alejadas y además se realizaron encuestas de satisfacción en los hospitales y casas maternas en los municipios seleccionados.

Los principales ejes analizados con los usuarios externos de los servicios son los relacionados a las prácticas en casos de Infecciones Respiratorias Agudas, Enfermedad Diarreica Aguda y Atención del Parto. Por otro lado se indagó en las causas de inasistencia a los servicios de salud, la satisfacción de la calidad, los roles, las propuestas de mejoras de los servicios de salud y la utilización de los mismos

Como parte del estudio se investigó a cerca de las principales enfermedades que afectan la salud de las mujeres y niñas/os del país. Los aspectos estudiados son los relacionados a la percepción del proceso de enfermedad o del parto y además de las diversas prácticas en los hogares principalmente para la curación.

Se pudo observar que para las tres situaciones de salud (IRA, EDA y parto) la población tienen conductas diferenciadas en dependencia de: la edad de las personas afectadas, las distancias a recorrer para la atención ( Acceso Geográfico- Económico) y la prolongación de los cuadros febriles o de los paroxismos sintomáticos de los afectados.

##### **Edad de las personas afectadas**

La edad de las personas afectadas hacen que las madres o curanderos tradicionales decidan tratar o no a los niños y niñas. A menor edad es más común que la búsqueda de atención sea más temprana.

*“... cuando el enfermo es un niño sobre todo pequeño nosotros mejor buscamos atención en el centro de salud”.*

##### **Grupos Focales con Usuarías de los Servicios de Salud**

*“...es que con los niños pequeños si que es problema... hasta la partera mejor nos manda a la atención de los doctores”...*

##### **Grupos Focales con Usuarías de los Servicios de Salud**

*“.....todavía con los adultos o los niños ya grandecitos uno le hace su diligencia o les prepara sus remedios caseros pero si el niño es muy pequeño mejor que lo lleven a un centro de salud”*

##### **Grupos Focales con Agentes Comunitarios ( Parteras)**

### 4.1.2.1 PRÁCTICAS EN IRA

Se puede observar que ante una IRA las conductas de los padres y tutores varía, en el caso de los niños menores de 1 año la conducta habitual es la búsqueda de atención en servicios de Salud. En el caso de las personas adultas o niños mayores suelen referir tener que esperar por períodos más prolongados para la búsqueda de la atención de la medicina occidental y es más común el uso de medicina tradicional en los adultos.

*“ ... es que las personas adultas aguantan pero los niños ... peor los chiquitos... que va.. es mejor buscar ayuda ”*

#### **Grupos Focales con Usuarías de los Servicios de Salud**

Otro aspecto que suele tener importancia es la distancia o las dificultades por Acceso Geográfico. Se puede observar que las personas que viven más distantes de las unidades de salud empiezan de forma temprana el uso de medicina tradicional.

*“... uno debe de buscar algo que le “oiga” a la infección... ya que uno vive largo y para poder llegar a un centro de salud tiene que caminar hasta cinco horas.. bajo sol y lluvia ... imagínese usted.... tengo que buscar remedio”*

#### **Grupos Focales con Usuarías de los Servicios de Salud**

Otras veces la búsqueda de la atención se hace en dependencia de la gravedad interpretada a través de los cuadros sintomáticos

*“... si yo veo que la cosa es leve ... que no le da calentura alta, que es una cosa pasajera... pues uno les puede dar sus “remeditos”, pero si es una fiebre, una tos que no se le quita.. aunque viva largo se debe de buscar ayuda*

#### **Grupos Focales con Usuarías de los Servicios de Salud**

Algunas otras características de los procesos relacionados con las Infecciones Respiratorias Agudas es que la población establecen una relación causal de las IRA casi estricta con las condiciones climática dejando por fuera la mal nutrición de los niños y contaminantes ambientales.

Los causales de estos procesos están relacionados de forma directa y casi exclusiva con los cambios bruscos de temperatura

*.... ya en esta época ( Noviembre) que hay frío... ese hielo les mantiene esa tos a los niños perenne y les va a ver aquellos mocos amarillos, amarillos.... creo que de eso es que vine*

#### **Grupos Focales con Usuarías de los Servicios de Salud**

Las principales prácticas de medicina tradicional son relacionadas al uso de plantas medicinales de las formas más variadas y no se presentan diferencias importantes en las comunidades indígenas. En todas las comunidades estudiadas las personas consideran que estas plantas tienen una importante capacidad de resolución.

*“En caso de infecciones respiratorias se utilizan remedios caseros como el té de zacate de limón, de eucalipto, hoja de marañón, Orégano, aceite de gallina”.*

## **Grupos Focales con No Usuarías de los Servicios de Salud**

En otras comunidades es común que las personas recurran a los medicamentos de consumo popular, los que son comprados de manera directa en las pulperías de las capitales municipales u otros poblados cercanos.

Las farmacias también son una de las opciones más utilizadas por las personas de las comunidades alejadas. Ellos suelen hacer compras en las comunidades o pueblos más grandes y aprovechan para tener listos medicamentos para urgencias. La mayoría de las veces asesorados por los dependientes de las farmacia.

*“Nosotros tenemos que un remedio para calentura, que algún jarabe para la tos otras veces compramos amoxicilina ... eso depende también si los reales ajustan”*

***Grupos Focales con Usuarías de los Servicios de Salud***

### **4.1.2.2 PRÁCTICAS EN EDA**

Los conocimientos y las prácticas a cerca de la Enfermedad Diarreica Aguda, como en la mayoría de los temas sanitarios, en estos momentos parecen encontrarse en un proceso de transición- integración de los conocimientos en la práctica diaria de las personas

Durante el estudio se logró evidenciar que el discurso de las personas es repetitivo y acorde con lo que el personal de salud suele recomendar, sin embargo en la práctica solo algunas de estas son aplicadas en los hogares. La población se encuentra integrando prácticas sanitarias apropiadas como son la lactancia materna exclusiva, la vacunación y la búsqueda de fuentes agua más seguras. Pero en los hogares continúan, por ejemplo, sin tener una disposición adecuada de excretas y el lavado de manos como medidas de prevención de la Enfermedad Diarreica Aguda.

La integración de los conocimientos a las prácticas diarias está determinada por las condiciones infraestructurales en que las poblaciones sobreviven. La integración de los conocimientos del lavado de manos depende de la disponibilidad de cantidad y calidad del agua que exista en los hogares y un retraso en la obtención de las mismas limita los cambios de comportamiento de las personas.

*“...es que es difícil para nosotros ya que tenemos que acarrear el agua desde largo y por eso la ocupamos para beber y medio lavar los trastes”*

***Grupos Focales con Usuarías de los Servicios de Salud***

En los diversos grupos estudiados no se logró establecer que las personas relacionen la enfermedad con prácticas higiénico-sanitarias inapropiadas. El mundo de lo invisible no es reflejado en su concepción de los riesgos (los microorganismos no los observan, por eso no piensan en ellos como los causales de los procesos infecciosos).

Otros de los aspectos relevantes es que la mayoría de las personas participantes en los grupos focales, no establece relación con las condiciones de las aguas de consumo humano con el apareamiento de la Enfermedad Diarreica Aguda. Generalmente la asociación es con el consumo de alimentos de difícil digestión o de incapacidades del sistema digestivo para procesar los alimentos.

*“... a veces eso viene de mala digestión... crudeza en el estómago.. “empachos” o a veces le pegan “sol”.... o le da “ojo”... yo se que los médicos no creen en eso pero se les mueren de un “ojo” un simple “ojo” como va creer que de eso se les mueran a los chavalos ... no lo saben tratar.... porque no creen en eso”*

### **Grupos Focales con Comunitarios (Partera)**

Por otro lado las personas participantes de los grupos focales no interpretan o asocian la inadecuada disposición de las excretas y de las basuras con la EDA.

El discurso se nota muy marcado con la influencia del personal sanitario, generalmente en un primer momento repiten lo que ellas consideran esperamos los investigadores. Al indagar de manera más profunda se pueden observar que los manejos en los hogares se realizan prácticas poco riesgosas o realmente beneficiosas.

*“Nosotros usamos remedios caseros como la cáscara de guayaba, atol de plátano, almidón de Saú.... se que otras personas utilizan Apazote para los parásitos, té de guayaba, ajo compuesto con apazote”.*

### **Grupos Focales con No Usuaris de los Servicios de Salud**

En el caso de los niños menores generalmente buscan ayuda temprana y suelen tener temores de tratarlos. En las zonas con difícil acceso, se puede observar que las personas inician el tratamiento tradicional basados en hierbas.

*“Nosotros cuando el niño empieza con esa diarrea le damos agua de arroz bastante, suero oral o los que se preparan en casa ... otros le dan te de hoja guayaba .... solo cuando un niño es más grandecito digamos un año o más ... lo tiernitos no le ponemos mano”.*

### **Grupos Focales con Comunitarios (Partera)**

Las consejerías y las capacitaciones brindadas por las unidades de salud parecen tener sus repercusión en las conductas de las personas ya que en la mayoría de los caos suelen iniciar de manera temprana la hidratación con Sales de rehidratación oral, lo que repercute en las complicaciones causadas por la EDA.

En el caso de las mujeres mayores de los grupos focales refirieron iniciar otras prácticas diferentes a la rehidratación oral. Algunas suelen darle a la diarrea otros nombres y otras explicaciones causales a las conocidas por la medicina tradicional utilizando el empacho, el sol, el ojo como entidades diferentes a la diarrea y las formas de tratarlas suelen ser de formas mágicas y no lo asocian a procesos infecciosos.

Se prefiere utilizar desde el inicio el Suero Oral aunque se tenga que comprar porque con frecuencia no hay disponible en las Casas bases o puestos de salud.

### **4.1.2.3 PRACTICAS PARA LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO**

#### **A. ATENCIÓN PRENATAL**

El país en su conjunto ha tenido un aumento considerable de las coberturas en la Atención Prenatal (ENDESA 2001) sin embargo, los logros en cuanto a la reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal son discretos debido a lo multicausal de estas muertes y sobre todo que están relacionadas con las posibilidades del desarrollo de infraestructura vial y de cercanía de la población a los servicios de salud.

Las estrategias más importantes adoptadas por el Ministerio de Salud para la reducción de la mortalidad materna y perinatal son: El aumento de las cobertura y calidad de la Atención Prenatal, aumento del parto institucional y aumento del trabajo comunitario incluyendo con las parteras enfocando sus acciones a la prevención.

En la mayorías de los casos las personas han asumido la importancia de la atención prenatal. Perciben la relevancia de la Atención Prenatal tanto para la prevención de complicaciones como para la para detección del riesgo

*“... es que sirve para chequearse, les hacen exámenes para ver como viene el niño y ven si hay algunas enfermedades pues las combaten....yo tuve una infección de los riñones y ya me terminé el tratamiento”*

*.... “si algo malo se presenta con el embarazo, ya le recomiendan a uno el lugar donde es mejor ir”...*

*... “una vecina mía .. de allá de mi lugar....le dijeron que le niño lo tenía cruzado entonces ya la despacharon para Jinotega... ahí la operaron”*

#### **Grupos Focales con Usuarias de los Servicios de Salud**

Cuando se revisa la cobertura de los servicios de Atención Prenatal en los embarazos ocurridos en los últimos cinco años, se encontró una cobertura alta a pesar que se han estudiado comunidades alejadas.

**Tabla 8 Cobertura de la Atención Prenatal durante en el último embarazo ocurrido en los últimos 5 años en quince municipios a Nivel Nacional . Nicaragua - 2004**

Acudió a Atención Prenatal	Número	Porcentaje
Si	522	84%
No	38	16%
Total *	564	100%

\*4 Terminaron en aborto

Un hallazgo importante es que parece tener la atención prenatal, en las zonas alejadas, las mujeres suelen acudir con las parteras durante el embarazo, para recibir recomendaciones, atención como “sobar” o acomodamiento del feto (maniobras de versión externa)

*“... yo iba al centro y además iba donde la partera, porque si no me da tiempo de llegar al centro, ella me atiende pero dice que tiene que estar me viendo antes... para ver si tengo algún problema... ella cuando hay problema no te atiende”*

*“Es bueno porque ella lo mira a uno con más calma que en los centros... en los centros a uno lo chequean pero no le explican nada”*

*“Allá en mi lugar solo con partera se mira la gente... el centro es largo y a veces ni llegan... por eso la gente opina más por las parteras”*

### **Grupos Focales con Usuarias y no Usuarias de los Servicios de Salud**

Generalmente utilizan un discurso repetitivo al utilizado por el personal sanitario. Hacen énfasis en la realización de los controles prenatales y en la atención del parto institucional, pero en la práctica, las serias dificultades de acceso a los servicios de salud hacen que continúen atendiéndose con parteras, las que también realizan acciones de control prenatal, para la detección de posiciones anormales

#### **Servicios para la Atención Prenatal**

La Atención Prenatal constituye el 21% de los motivos de consulta de las personas encuestadas.

Cuando se indagó a cerca del último embarazo ocurrido en los últimos cinco años se encontró que 564/721(78%) habían tenido al menos un embarazo en el periodo de estos embarazos el 55% de estos eran embarazos no planificados o deseados 317/ 554 (55.5%).

Del total de los nacimientos que ocurren el 7% terminan en aborto, en cesárea el 10.3% y 88.8% fueron partos normales. El 93.2% consultaron en algún momento para el control prenatal y el 98% de las que acudieron a la atención prenatal se las realizó en el sector estatal ( MINSA)

**Tabla 9 Sitios de atención de los embarazos acontecidos en los últimos 5 años ocurridos en los últimos 5 años en quince municipios a Nivel Nacional .  
Nicaragua –2004**

Sitios de atención durante los embarazos	#	%
Centro de Salud-MINSA	475	91%
Puesto de Salud-MINSA	23	4%
Privado	12	2%
Hospital Público	8	2%
Otros	4	2%
	522	100%

Se puede evidenciar a través del presente estudio que las opciones para la atención a disposición de la población son extremadamente reducidas por parte de otros proveedores diferentes al MINSA y que el papel de los establecimientos del estado es fundamental en la vida de las comunidades estudiadas.

### Razones para acudir a la Atención Prenatal

Por otro lado cuando se observan las razones por las que las personas acuden a esas unidades de salud se puede observar que es fundamental la red territorial de los servicios; cercanía (35%), la gratuidad o por barato el 28% y la confianza en el personal es un 15% de las razones expuestas para acudir a las unidades de salud.

**Tabla 9 Razones para acudir a los establecimientos de salud para la Atención Prenatal en los embarazos acontecidos en los últimos 5 años en quince municipios a Nivel Nacional . Nicaragua -2004**

<b>Razones para acudir ahí a las unidades de salud</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Mas Cercano	369	35%
Gratis	230	22%
Personal bien preparado	153	15%
Personal atiende bien	80	8%
No es caro	62	6%
El marido decidió	58	6%
Espera corta	33	3%
Le agrada	27	3%
Otras	37	4%
<b>Total ( Varias Respuestas )</b>	<b>1049</b>	<b>100%</b>

Cuando se indagó a cerca de la percepción de la atención prenatal en el último embarazo ocurrido en los últimos cinco años se encontró que 487/522 (93.3%) la atención la encontraron entre excelente y buena y solo el 0.6% la consideraron mala

**Tabla 10 Percepción de la Atención Prenatal en los embarazos acontecidos en los últimos 5 años ocurridos en quince municipios a Nivel Nacional . Nicaragua -2004**

<b>Percepción de la atención Prenatal</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Excelente	35	7%
Buena	452	87%
Regular	31	6%
Mala	3	1%
No Sabe / No responde	1	0%
<b>Total</b>	<b>522</b>	<b>100%</b>

## B. PARTO

El embarazo y sobre todo el parto es una condición de riesgo para las mujeres de las zonas alejadas y de esta forma es percibido por las mujeres participantes en el estudio.

*“No vaya a creer... uno debe de hacerse caso.. debe de sobarse, beber las cosas que le diga la partera..... lo importante es hacerse caso “*

*“Cualquiera se aflige a la hora del parto, sobre todo en esta soledad en vivimos... a que horas salimos con un problema... se muere uno ahí solo Dios nos ampara”*  
**Grupo Focal con Usuaris de los Servicios de Salud**

### *Sitos para la atención del parto*

En la población estudiada se encontró que el parto domiciliario es del 34% del total de mujeres encuestadas, los centros y puestos de salud estatales 23% y los hospitales el 39% de la población estudiadas.

Se puede observar el papel vital de las instituciones del estado o del MINSA. Estas varían en las diversas zonas estudiadas, ya que en las regiones del Atlántico el parto domiciliario prevalece a las otras formas de atención.

**Tabla 11 Distribución de los Sitios de Atención del Parto acontecidos en los últimos 5 años ocurridos en quince municipios a Nivel Nacional . Nicaragua -2004**

<b>Sitio de Atención del Parto</b>		<b>%</b>
Hospital Estatal	221	39%
En los Hogares	190	34%
Centro y Puesto de Salud estatal	131	23%
Otros	18	3%
<b>TOTAL</b>	<b>560</b>	<b>100%</b>

El papel de las parteras tradicionales, es muy importante en las comunidades alejadas y en ocasiones a pesar de contar con los servicios de salud,

**La atención del parto por las parteras es preferida por una importante cantidad de las mujeres por ofrecer las siguientes ventajas:**

- No tiene que recorrer distancias excesivas
- No tiene que abandonar el hogar y sus familias.
- Cuando han parido la primera vez en los hogares suelen presentar menor temor por lo que es menos posible que acudan a las unidades de salud, salvo que la atención del primer embarazo haya sido sumamente traumática.
- La calidez en el trato por parte de las parteras es comparado con la atención en las unidades de salud las que suelen ser impersonales y poco cálidas
- La amplia experiencia de las parteras por generaciones.
- La gente que no asiste a unidades de salud teme la realización de cesáreas.
- En algunos casos influye el aspecto religioso que se lo dejan a la voluntad de Dios.

- El otro aspecto es el temor al corte que se hace (episiotomía)

### Razones para acudir a la atención

Las principales razones para acudir a la atención a los lugares señalados se puede observar que la confianza ( calidad Técnica), la cercanía y la calidez son las principales razones por las que las personas seleccionan el sitio en que desean ser atendido.

**Tabla 12 Razones para acudir a los establecimientos de salud para la Atención del Parto en los embarazos acontecidos en los últimos 5 años en quince municipios a Nivel Nacional . Nicaragua –2004**

<b>Razones para acudir al local</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Personal Preparado	183	28.2%
Cercanía	138	21.3%
Personal Amable	74	11.4%
Seleccionó el marido	67	10.3%
Fui trasladada	60	9.2%
Tiempo de Espera corto	27	4.2%
Emergencia/Rápido	26	4.0%
Costumbre de ir a la partera	21	3.2%
Lugar Agradable	20	3.1%
No es caro	13	2.0%
Me siento segura	9	1.4%
Evitar complicaciones	6	0.9%
Temor o Miedo	3	0.5%
Asegurada	2	0.3%
<b>Total</b>	<b>649</b>	<b>100.0%</b>

Se puede observar que la usuarias de los servicios de salud para la atención del parto en caso de un 90% de ellas consideran la atención recibida entre buena y excelente y solo un 4.5% la considera mala o prefiere no responder.

**Tabla13 Percepción de la atención durante el parto en los embarazos acontecidos en los últimos 5 años en quince municipios a Nivel Nacional . Nicaragua -2004**

<b>Percepción de la atención</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Excelente	53	9.5%
Buena	449	80.2%
Regular	33	5.9%
Mala	5	0.9%
No Responde	20	3.6%
<b>Total</b>	<b>560</b>	<b>100.0%</b>

### *C. ATENCIÓN DEL PUERPERIO*

A nivel Nacional las cifras de cobertura del puerperio suelen ser bajas muy cercanas a un tercio de los partos ocurridos. En el presente grupo se puede observar que acuden al control del puerperio un 92% de las mujeres que tuvieron un embarazo en los últimos 5 años independientemente del sitio en que fue atendido su parto. Esta cifra se observa relativamente alta en comparación de las coberturas que registra el Ministerio de Salud.

Esta diferencia está marcada por los tiempos que el MINSA considera como CONTROL PUERPERAL y lo que la población considera como atención post-parto (problemente se refieren a periodos más prolongados que los estimados por el MINSA).

**Tabla 14 Asistencia a la atención del puerperio acontecidos en los últimos 5 años ocurridos en quince municipios a Nivel Nacional . Nicaragua -2004**

<b>ATENCIÓN DEL PUERPERIO</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Si	513	92%
NO	47	8%
<b>Total</b>	<b>560</b>	<b>100%</b>

Cuando se revisan los sitios de atención del puerperio se evidencia nuevamente la importancia de los establecimientos de salud estatales en los que casi la totalidad de la población se atiende el puerperio.

**Tabla 15 Distribución de los Sitios de Atención del Puerperio acontecidos en los últimos 5 años ocurridos en quince municipios a Nivel Nacional . Nicaragua – 2004**

<b>Sitio de Atención del Puerperio</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Centro y Puesto de Salud estatal	497	97%
Hospital Estatal	11	2%
Otros	5	1%
<b>Total</b>	<b>513</b>	<b>100%</b>

En cuanto a la percepción de la atención durante el puerperio se pudo observar que el 85% de las personas encuestadas y que habían tenido un embarazo en los últimos cinco años consideraron la atención entre excelente y buena y solo un 0.5% la consideraron mala.

Tabla 16 Percepción de la atención durante el puerperio en los embarazos acontecidos en los últimos 5 años en quince municipios a Nivel Nacional .  
Nicaragua –2004

<b>Percepción de la atención Puerperio</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Excelente	39	7.0%
Buena	439	78.4%
Regular	22	3.9%
Mala	3	0.5%
No Responde	10	1.8%
<b>Total</b>	<b>513</b>	<b>91.6%</b>

### ***PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD Y COMUNICACIÓN SOCIAL***

La necesidad de comunicarse en el entorno que se vive y transformarle una buena parte le corresponde al área de salud, ya que en ausencia de ella no existiera la aspiración de pasar de un estado de enfermedad a un estado de salud- vida en contraposición a la muerte máxime si se vive en condiciones desfavorables para las comunidades indígenas y de difícil acceso.

La comunicación social se revela como el mecanismo a través del cual las personas han forjado su manera específica de organizarse, de desarrollarse y de alcanzar metas comunes. Es el intercambio de información lo que permite socializar experiencias productivas ( médico paciente- paciente – medico- comunidad- puestos de servicios médicos) y así ver los esfuerzos vitales para sobrevivir en un medio que le presenta permanentemente riesgos, escasez de recursos. En otros términos los seres humanos construyen su realidad social por medio de la comunicación y si no se tiene una estrategia de comunicación eficaz esa realidad en cualquier ámbito de trabajo disminuye su calidad.

Durante el estudio se pudo observar que el proceso de comunicación cuenta con serias dificultades que son necesarias señalarlas para el mejoramiento del proceso que se produce en las unidades. Se pudo observar dificultades en el proceso de comunicación en los diversos niveles en que esta se establece:

**Semántica de la información:** Existen problemas en la interpretación de los mensajes tanto desde la perspectiva del paciente (receptor), como desde el emisor o trabajador de la salud. Durante la consulta se observa que la interpretación de los conceptos son variables para cada una de las partes del proceso de comunicación

**Materiales escritos:** Es notoria la abundancia de información escrita en paredes de las unidades de salud, sin embargo esta está presentada de manera inapropiada y con mensajes repetitivos, sin enfatizar en los mensajes prioritarios. En las regiones autónomas en ocasiones los mensajes se encuentran en español cuando la mayoría de la población son de lengua miskitu.

**Cultura:** Como se ha señalado en otras ocasiones los aspectos culturales son determinantes para el establecimiento de procesos de comunicación apropiados. En las áreas rurales alejadas y en las regiones del Caribe la percepción del proceso salud enfermedad es diferente a la que se tiene en las zonas urbanas que es de donde provienen la mayoría de los prestadores de los servicios. Esta es una limitante importante para el establecimiento de procesos de comunicación efectivos.

**Lenguaje oral:** El lenguaje utilizado por el personal de salud no es adecuado tanto en las consultas, como a nivel de intercambio de información. Puede notarse un flujo de comunicación ascendente y descendente, desde el prestador de los servicios a los pacientes.

Por necesidades didácticas y para un abordaje focalizado describimos a continuación los momentos en que se encuentra la apropiación de la información sanitaria por parte de los usuarios de los servicios de salud y su aplicación a su vida cotidiana:

***Grupo 1 - Personas que nunca han sido informadas alrededor de las prácticas sanitarias adecuadas.***

En general la cantidad de personas que desconocen de forma absoluta las medidas higiénicas básicas son una minoría. Estas personas desconocen de manera total las formas de prevención de enfermedades y por supuesto no las aplica. Es importante mencionar que altos porcentajes de la población han tenido acceso a campañas informativas sobre medidas higiénicas básicas o de prevención de enfermedades (IRA, EDA), a través de los diferentes medios de comunicación o de manera directa en charlas brindadas en las unidades de salud etcétera.

Para que este grupo pueda acceder a la información es importante continuar desarrollando campañas de educación con mensajes claros, precisos y entendibles para este grupo de población (generalmente son poblaciones en condiciones de vulnerabilidad social extrema), con el fin de poder ir creando un residual cognoscitivo que le permita en algún momento poder incorporar los conocimientos a la práctica. Los mensajes deben ser acompañados por estrategias alternativas de acción.

***Grupo 2 - Personas que reconocen la mayoría de las prácticas sanitarias favorables sin embargo no los llevan a la práctica. (Segmento poblacional en transición).***

Este grupo de personas es el más alto de la población, empezarán por adoptar prácticas sanas a partir de los conocimientos adquiridos y a través de la confirmación de las evidencias de su utilidad.

Ante la diversidad de recomendaciones recibidas a través de los diferentes proyectos o las llamadas campañas educativas, la población selecciona los que son más viables o posibles de aplicar en su comunidad y los lleva a la práctica de forma ocasional hasta convertirlas en parte de sus prácticas cotidianas.

Otro aspecto clave es que la mayoría de los mensajes sanitarios enviados por diversos emisores comúnmente son enviados a una sola receptora ( la madre) y estos tienden a

llenar de información secundaria, por que le provocará dificultades para priorizar la información.

En la fase de inicio de la aplicación de algunas recomendaciones es necesario la información constante y se deben hacer énfasis en ir mostrando los beneficios del cambio en las prácticas.

Otro aspecto fundamental son las condiciones de infra-estructura y servicios de estas comunidades (falta de servicios básicos) para la aplicabilidad de muchas de los mensajes recibidos.

***Grupo 3 - Personas que han asumido las prácticas higiénicas y las han integrado a su forma de vida.***

Este grupo es una minoría de las personas, sin embargo se puede percibir personas que cumplen con las medidas de higiene básica y que las han integrado a sus actividades diarias.

Para cualquiera de los grupos los procesos educativos están mediados por las condiciones estructurales en que la población se encuentra. La velocidad de integración de esos conocimientos a su forma de vida, depende de la resolución de los problemas estructurales como son el acceso a agua potable, adecuada disposición de excretas y mejoramiento de las condiciones educativas y económicas en las familias.

Según los tres momentos del aprendizaje en que se encuentre la población, así deben de ser los mensajes educativos para cada segmento.

#### 4.1.2. SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD

La medición de la satisfacción calidad se hizo por medio de técnicas cualitativas y cuantitativas con las usuarias de los diferentes servicios de atención.

El estudio pretendió detectar los principales aspectos relacionados con la Satisfacción de la Calidad de la atención. A través del estudio se evidenció que las personas han transformado o reducido sus expectativas de la calidad de los servicios de salud. Al momento de asistir, las expectativas son: *i Presencia del personal en los puestos de salud, ii Prioridad para las personas de los lejanos, iii Disponibilidad de medicamentos y exámenes en las unidades*

##### 1. Presencia del personal en los puestos de salud

En muchas ocasiones por problemas de comunicación la población desconoce el funcionamiento y horarios de atención de los puestos de salud. En ocasiones las personas acuden a los sitios de atención y no encuentran el servicio.

*... pues claro que uno se alegra.( que haya atención)... imagínese después de caminar dos tres horas o que ha pagado el bus y con el enfermo en hamaca como no se alegra de ver que está abierto el puesto de salud.. a veces uno viene pidiendo a Dios que “haiga” médico*

##### Grupos Focales con Usuaris de los Servicios de Salud

Por parte de los agentes comunitarios se pudo observar una mayor demanda hacia los servicios de salud de cumplimiento con la atención

*.... a veces no abren los puestos porque dicen que los médicos andan en capacitaciones o están de vacaciones o que está enfermo... yo no le puedo decir que si es cierto o no pero afecta a la población*

##### Grupos Focales con Agentes Comunitarios

Cuando este mismo fenómeno se analiza desde la perspectiva de los Prestadores de los Servicios se puede observar que se carece de los canales apropiados de información para que la población pueda comprender o demandar el cumplimiento de la atención.

*Usted sabe que te citan para una cosa o para otra.... a veces son los talleres de una cosa o de la otra ... o bueno a veces en verdad es que uno va a su casa en las vacaciones a las que tiene derecho... se imagina uno tiene familia también ....¿no?.....*

##### Grupos Focales con Prestadores de Servicios( Enfermera)

##### 2 Necesidades de Atención para las personas de sitios lejanos

Uno de los problemas de las personas de las comunidades de difícil acceso geográfico es que salen más temprano de sus comunidades y acuden de forma tardía a los establecimiento de salud debido a la distancia. En otras ocasiones incurren en gastos mayores que las personas del casco urbano de las cabeceras municipales al tener que pernoctar para ser atendidas.

*... ya ve usted lo que me pasa a mí ....con mi gran panza... crucé el río ayer a las cuatro y media de la mañana con el agua hasta aquí eehh...(señala el pecho) . .. ya viene arrimando aquí como a las 10 y media porque estuve ahí “aguarda que espera” el bus ... cuando vine ....ya no había número... hasta me regañó la que da los números...*

*entonces me tuve que quedar hoy aquí en Pantasma donde unas mis parientes ... ya ve... hoy me “mañaneé” para ver si salgo temprano de consulta y así agarrar el bus que va a mi lugar .... y que me dijo la misma señora que da los números....me dijo:” y vos mujer ¿acaso usted no tiene nada que hacer en su casa que está tan de mañana aquí esperándome?”... ¿va usted a creer? Y¿ que hace uno? ni reclamar porque ella es la de los números*

### **Testimonio de Usuaria de los Servicios en Grupos Focales .**

Algunas de las unidades de salud estudiadas realizan prioridad en la atención a las personas de los sitios alejados, dejando para la atención vespertina a las personas que habitan más cercanas a las unidades de salud. Sin embargo estas acciones de priorización no son divulgadas de manera suficiente y pueden ser interpretadas por las usuarias de los servicios como “favoritismos” en la atención.

### **3 Disponibilidad de medicamentos y exámenes en las unidades**

Un elemento de insatisfacción señalado por los usuarios es lo concerniente con la escasez de medicamento en las unidades.

Estudios de Cuentas Nacionales en Salud realizados por el MINSA han encontrado que la inversión de los gastos de bolsillo por parte de los usuarios duplica o triplica la inversión realizada por el estado. Además el principal gasto en salud que la población realiza son los relacionados a los gastos para medicamentos, los que en los hogares más pobres son superiores al 20% de los ingresos de las familias lo que se constituye una catástrofe por las implicancias que este fenómeno tiene con la perpetuación de la pobreza en esos hogares.

Mientras el gasto para curarse sea muy alto (proporcionalmente) para los hogares más pobres, la población se sentirá insatisfecha o considerará la atención como escasa o carente de calidad.

*Cuando uno tiene un niño enfermo que le queda ... la otra vez yo vendí una gallinita que le tenía al niño... en 30 pesos... para comprarle el medicamento... ya que solo me dieron la receta....el niño se me mejoró.... pero ahora... ya no come su huevito diario.. ....que le queda a uno.....que no hace uno por sus hijos*

### **Grupos Focales con Usuaris de los Servicios de Salud**

### **Percepción de la Atención**

A pesar de las dificultades de escasez de personal y dificultades en el abastecimiento de medicamentos, las personas encuestadas consideran que la atención recibida es de calidad y calidez, como lo demuestra la encuesta de satisfacción de las usuarias.

Cuando se indagó a cerca de la percepción de la atención de manera general el 89% de las usuarias la consideraron buena o muy buena y solo el 4% refirieron que era mala o muy mala.

Tabla 17 Percepción de la atención general en las Unidades de Salud de 15 municipios de Nicaragua 2004

<b>Percepción de la Atención en General</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Muy Mala	6	0.9%
Mala	21	3.1%
Indiferente	48	7.1%
Buena	582	85.7%
Muy Buena	22	3.2%
<b>Total</b>	<b>679</b>	<b>100.0%</b>

### Aspectos Positivos Reconocidos

Los principales aspectos reconocidos por los usuarios/as de los servicios de salud son: Ubicación conveniente(34%), la atención rápida (17%), amabilidad (17%) y la calidad del personal(15%). Como se puede observar en la Tabla 17 existe un aspecto de organización de la atención la que ha permitido redes de atención eficientes o más cercanas a la población, y los demás aspectos reconocidos por la población son los relacionados al flujo interno y a la calidez del personal para la atención.

Tabla 18 Aspectos positivos reconocidos por los usuarios/as de los servicios de salud en quince municipios de Nicaragua -2004

<b>Que es lo que más le gustó de esta unidad ( varias respuestas)</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Ubicación conveniente	421	34%
Atención Rápida	210	17%
Son amables	210	17%
Calidad del Personal	191	15%
Confianza/Son personal conocido	102	8%
Higiene en la unidad	58	5%
Consulta Gratis	34	3%
No me gusta NADA	20	2%
Otros	16	1%
<b>TOTAL</b>	<b>1246</b>	<b>100%</b>

Cuando se solicita a las personas que establezcan comparaciones con otros servicios de salud a los que ellos han asistido y se encontró que la mayoría mencionó que era igual 40%, por lo que si el servicio en que se realizó la encuesta es el más cercano probablemente continúe asistiendo a esta unidad de salud. Por otro lado un 30% dijo que mejor o mucho

mejor. Un 15% han encontrado estos servicios peor o mucho peor y se puede observar un 14% que no respondió por NO CONOCER OTRO SITIO DE ATENCIÓN.

**Tabla 19 Ventajas comparativas de la unidad de atención a la que acudió para atención en 15 municipios del país-2004**

<b>En comparación con otros lugares como lo califica</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Mucho mejor	24	3%
Mejor	195	27%
Igual	290	40%
Peor	102	14%
Mucho peor	7	1%
No sabe/ No responde	103	14%
<b>Total</b>	<b>721</b>	<b>100%</b>

La gran mayoría de los usuarios de los servicios acuden de manera espontánea (77%) lo que es absolutamente normal en servicios de salud de atención primaria ya que las personas acuden en el primer episodio de alguna enfermedad. Las personas que acuden a la atención subsecuente son en su mayoría las asistentes a programas (23%)

Cuando se indagó entre las usuarias de los servicios de salud, se encuentra que en el 87% de las personas recibió las recomendaciones de cuidado para la salud por parte de los médicos y enfermeras y que el 85% de estas comprendieron claramente las recomendaciones de las personas que prestan los servicios.

Otro de los hallazgos es que el 76 % de las personas tuvo la recomendación de regresar para ser atendida en el mismo servicio.

#### **Calificación General de los Servicios**

A pesar de las condiciones de una buena parte de las unidades de salud, el 90% de las usuarias manifestaron haber tenido privacidad durante la consulta.

En cuanto a la calificación de la atención en general es muy bien calificada por parte de las usuarias. Existe un 80% de la población que considera la atención entre buena y excelente por parte de los médicos y por parte de las enfermeras esta proporción llega al 76%.

Tabla 20 Calificación General de los Servicios de Salud en 15 municipios de Nicaragua 2004

<b>Pregunta</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Acudió espontáneamente a consulta	555	77
Tenía cita para ser atendida	164	22.7
Le dieron recomendaciones (Medico/Enf)	625	86.7
Entendió claramente las recomendaciones	612	85
Le dijeron que tenía que regresar	548	76
Tuvo privacidad durante la consulta	645	90
Califica la atención del medico excelente/buena	576	80
Califica la atención de la enfermera excelente/buena	549	76.1
Acudieron a Farmacia	607	84.2
Le dieron explicaciones en farmacia	533	88
Comprendió lo que le explicaron	525	98.5
Consideran la limpieza del local- BUENA	519	72
En general se sintió MUY SATISFECHO/A- SATISFECHO/A	539	74

De las personas que acudieron a atención un 88% acudió la atención en farmacia y un 98% de la población comprendió las recomendaciones por parte del dependiente de farmacia.

Otro de los aspectos que llaman la atención es que el 72% de las usuarias consideran que las unidades se encuentran limpias. En cuanto a la satisfacción de las usuarias de los servicios de salud se encontró un 74% de las personas que se encuentra satisfecha o muy satisfecha.

Una de las variantes para la valoración de la calidad de los servicios de salud es las relacionadas con los tiempos de espera. Uno de los aspectos positivos señalados por las usuarias de los servicios de salud, es la atención rápida. Cerca del 62% de la población esta siendo atendidas en menos de una hora y de estos el 35.6% es atendido en menos de una hora. Adicionalmente se encontró que el 38% de la población tiene que esperar más de una hora para la atención.

Tabla 21 Principales Aspectos que no les gustó a las usuarias de los servicios de Salud de 15 municipios Nicaragua 2004

<b>Aspectos que NO LES GUSTO</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Poca Variedad de Medicamentos	402	48%
Atención Lenta	134	16%
Mala Calidad de atención del personal	108	13%
OTROS	77	9%
Mala presentación de la unidad de salud	37	4%
Falta personal medico/especialista	30	4%
Queda lejos	18	2%
Ningún medicamento	16	2%
No conoce al personal que la atendió	20	2%
<b>TOTAL</b>	<b>842</b>	<b>100%</b>

## 4.2 SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SEGUNDO NIVEL

El estudio pretendió reconocer la satisfacción de los usuarios de los Servicios Hospitalarios en cuatro Hospitales Nacionales. Para esto se aplicó una encuesta en 150 usuarios /as que habían egresado de los diferentes servicios que se brindan en estas Unidades de Salud.

### Características Generales de los/as entrevistados / as

La distribución por sexo de las personas encuestadas fue de 64% para mujeres y el resto en hombres. La mayoría de las personas estaban en las edades comprendidas entre los 15 y 34 años (52%). Predominan entre las usuarias de los servicios de salud las amas de casa y estudiantes

### Estructura

De acuerdo a lo expresado por los/as entrevistados/as con respecto a ciertos aspectos de los indicadores de estructura podemos señalar lo siguiente:

### Horario de Atención

La percepción de la disponibilidad de información acerca de los Horarios de Atención fue buena en un 45%. La opinión acerca de los horarios de atención en servicios específicos fue variada, encontrando que lo categorizaron como Regular con un 58% para consulta externa, bueno con proporciones entre el 83% y el 85% para los servicios de emergencia-Laboratorio-Farmacia, y también “bueno” pero en menores proporciones (56% y 57% respectivamente) para los Servicios de Rayos X y Ultrasonido.

### Mobiliario

Las condiciones del mobiliario tuvo opiniones divididas en cuanto a su estado, el 41% dijo que era Regular y otro 41% mencionaron que era Buena.

## Indicadores Procesos

### Servicios Utilizados

Entre los principales hallazgos asociados al Flujo de Atención se pudo identificar que las/os usuarias / os acuden para utilizar los servicios relacionados con la prestación propia de las unidades del segundo nivel de atención: Emergencia y Hospitalización (41% y 48% respectivamente y a las especialidades de Ginecología y Pediatría fundamentalmente), Consulta Externa (11%).

Además llegan usuarias / os que reciben otros servicios como Laboratorio, Farmacia, Imagenología, Fisioterapia y Trabajo Social (58%), es importante mencionar que de los servicios complementarios recibidos más del 90% corresponde a Laboratorio y Farmacia.

La intensidad de uso de los establecimientos por parte de las personas que asisten a estas unidades es de aproximadamente un 50% de usuarias / os que ya había acudido anteriormente por primera vez y un 28% habían acudido más de dos veces a la unidad de salud.

### Tiempo de Espera

La percepción acerca del tiempo de espera en que solicitó la cita y la fecha en que fueron atendidos fue definida como Buena por un 72% de los/as usuarios / as, el resto de las personas lo consideraron buena o regular.

### Accesibilidad

La facilidad para entrar por el portón de la unidad hospitalaria fue señalada como Buena por un 81%, el tiempo de espera para la atención también fue considerado como Bueno en 75% y el tiempo de espera durante la consulta fue señalado como Bueno en el 69% de los casos.

### Atención en la consulta

Del proceso de atención ofrecido por los prestadores de servicios, en el caso de la consulta médica propiamente, mencionaron que las actividades relacionadas con la minuciosidad del examen médico practicado, la explicación brindada por su doctor/a sobre su problema de salud, los cuidados recibidos del personal de Enfermería y la cantidad de tiempo que duró la consulta fueron considerados como Buenos (con valores entre el 63% y 67%).

Opiniones relacionadas con el trato recibido reflejan que las actitudes de amabilidad y cortesía brindadas fueron Buenas, encontrando proporciones diferentes según el perfil de los recursos humanos: por Médicos el 68%, por Enfermería el 56% y por el Personal de Seguridad un 65%. La privacidad fue considerada como Buena por el 69% de los/as entrevistados / as.

Aunque ya se ha iniciado el proceso de sensibilización del personal de salud con relación a la Ley General de Salud y su aplicación para mejorar la calidad de atención, se le preguntó a los/as usuarios / as cómo consideraron la información brindada acerca de sus derechos y deberes, la percepción fue de que ésta fue Mala en un 43% de los casos.

### Servicios de Apoyo

De los Servicios de Apoyo podemos describir que lo percibido por los/as usuarios / as con relación a la prontitud de la entrega en los resultados de Laboratorio fue Buena (61%).

En el caso de Farmacia, aunque señalaron como Buena la facilidad para obtener los medicamentos solamente en un 53% de los casos, fue mencionado que recibieron Buena

explicación (73%) sobre el medicamento recetado y también en igual proporción fue referida la efectividad del tratamiento médico que recibió.

De forma general, expresaron que la limpieza del establecimiento era Buena solamente por un 39% de los/as entrevistados / as y Regular por otra cifra igual. Al realizar la pregunta de qué tipo de recomendación darían a las personas para que fueran atendidas en este hospital, los usuarios / as expresaron que SI lo harían en un 86%.

**Tabla 22**  
**Características Generales de las personas encuestadas**  
**Encuesta de Satisfacción de Usuarios / as en Hospitales**

<b>Sexo</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Masculino	54	36
Femenino	96	64
<b>Edad</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Menor de 15 años	29	19.3
Entre 15 y 34 años	78	52
Entre 35 y 49 años	24	16
Entre 50 o más años	19	12.7
<b>Profesión u Oficio</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Ama de Casa	75	50%
Obrero	13	9%
Domestica	12	8%
Profesional	2	1%
Técnico	8	5%
Estudiante	16	11%
Agricultor	11	7%
Comerciante	10	7%
Otro	3	2%
<b>Número de Veces que las personas han sido atendidas</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Una vez	74	49.3
Dos veces	34	22.7
Tres veces o más	42	28
<b>Sitios del hospital en que se atienden los usuarios de los servicios</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Emergencia	97	41%
Consulta Externa	25	11%
Hospitalización	113	48%
Total de Sitios en los que se atiende	235	100%
<b>Proporción de personas que reciben dos o más servicios diferentes</b>	<b>87</b>	<b>58%</b>
<b>Tipos de servicios adicionales recibidos</b>		
Laboratorio	78	90%
Ultrasonido	16	18.40%
Fisioterapia	2	2.30%
Radiología	21	24%
Trabajo Social	1	1.20%
Farmacia	78	90%

**Tabla 23 Principales respuesta de las personas encuestadas  
Encuesta de Satisfacción de Usuarios / as en Hospitales  
Nicaragua, Noviembre 2004**

INDICADOR DE ESTRUCTURA	No	%
Facilidad para entrar por el portón –BUENA	121	81%
Tiempo de espera para la atención –BUENA	108	75%
Tiempo de espera durante la consulta-BUENA	84	69%
Disponibilidad a cerca de Horarios de Atención-BUENA	66	45%
Horario de atención en consulta externa- REGULAR-MALA	45	73%
Horario de atención en Emergencia BUENA	120	85%
Horario de atención en Farmacia BUENA	112	83%
Horario de atención en Laboratorio BUENA	115	83%
Horario de atención en Radiología BUENA	40	67%
Horario de atención en Ultrasonido BUENA	32	56%
Condiciones del Mobiliario REGULAR – MALA	75	50%
Minuciosos en el examen médico BUENO	99	66%
Explicación del medico a cerca del problema de Salud- BUENA	100	67%
Cuidados del personal de Enfermería BUENO	94	63%
Tiempo de duración de la consulta- BUENO	101	67%
Amabilidad y cortesía del médico BUENA	102	68%
Amabilidad y cortesía del PERSONAL DE SEGURIDAD BUENA	98	65%
Amabilidad y cortesía del ENFERMERÍA BUENA	84	56%
Prontitud de entrega de resultados de laboratorio- BUENA	83	61%
Facilidad para obtener medicamentos- BUENO	77	51%
Explicación sobre el medicamento recetado BUENO	110	73%
Efectividad del tratamiento médico recibido –BUENA	108	72%
Percepción de ESPERA PARA LA CITA –BUENA	108	72%
Como considera la limpieza- REGULAR –MALA	86	57%
Como considera la PRIVACIDAD BUENA	104	69%
Información brindada a cerca de derechos y deberes – MALA	64	43%
Recomendaría a otra persona para ser atendida en este HOSPITAL SI	129	86%

Como se pueda observar la calidad de los servicios de salud de segundo Nivel desde la percepción de los usuarios son aceptados de forma adecuada , tanto en sus aspectos técnicos como desde la condición humana en la prestación de los servicios.

Uno de los aspectos que más relevantes es que los horarios de la atención de la consulta externa es desaprobada por los usuarios. Por otro lado la carencia de medicamentos y

material de reposición periódica significan erogaciones de los bolsillo de los usuarios lo que causa insatisfacción de los usuarios.

Otra situación en la se enfatiza es en las condiciones de limpieza de las unidades hospitalaria y es uno de los aspectos que con bajo costo puede ser revertido.

## 4.3 CASAS MATERNAS

### 4.3.1 SATISFACCIÓN DE USUARIAS DE CASAS MATERNAS

Como parte del estudio se realizó un sondeo rápido con las usuarias de las casas maternas para conocer la satisfacción de las usuarias de estos servicios:

Tabla 24 Caracterización de las usuarias de las Casas Maternas Bluefields, Rama, Bilwi, Matagalpa 2004

<b><i>Edad de las Usuarías</i></b>	<b>No</b>	<b>%</b>
menos 19	16	38%
20-24 años	10	24%
24-29años	4	10%
30-34	5	12%
mas de 35	7	16%
<b><i>Numero de Hijos</i></b>	<b>No</b>	<b>%</b>
0	15	36%
1	7	17%
2	7	17%
3	5	12%
mas de 4	8	19%
<b><i>Escolaridad</i></b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Analfabeta	9	21%
Primaria	29	69%
Secundaria	4	10%

Se puede observar que el grupo de mujeres que acude a la atención en las Casas Maternas son las de menor edad en los grupos de edades reproductivas, esto puede deberse a la renuencia de las mayores en abandonar sus hogares o su menor capacidad de percibir los riesgos sobre todo cuando han tenido otras experiencia no riesgosa. El número de hijos por mujer está relacionado a las edades de las usuarias. Llama la atención la escolaridad de las usuarias la que en apariencia es "alta" en comparación con la media de estas poblaciones alejadas. Esto puede deberse que las mujeres de más baja escolaridad ( Analfabetas) no quieran acudir a las Casas Maternas

Las usuarias actuales han estado anteriormente en la Casa Materna en un 21% y perciben la atención en un 56% como mejor. Se puede observar que los tiempos de estancia son muy cortos en la mayoría de los casos 3 días ( menos de una semana 67%). Las usuarias de este tipo de servicio tienen una excelente o buena percepción de los Controles Prenatales que les han realizado durante este embarazo (90%).

Las personas refieren que los aspectos que más valoran para acudir o lo que más les ha gustado son: Amabilidad de las personas que le atienden 50%, Atención Rápida 19%, calidad del personal y confianza 14% cada una.

El 90% de las personas están dispuestas a volver y en proporciones similares estarían dispuestas a recomendar esos servicios. Se puede deducir de los resultados de las encuestas que el problema más trascendente para las usuarias es la lejanía que se encuentran de sus hogares.

Tabla 25 Satisfacción de usuarias de Casas Maternas: Bluefields, Rama, Bilwi, Matagalpa  
2004

<b>Ha estado ingesada en esta Casa Materna anteriormente</b>	9	21%
<b>Como percibe ahora la atención</b>		
igual	4	44%
Mejor	5	56%
<b>Tiempo de estancia</b>		
Menos de una semana	6	67%
una semana a un mes	2	22%
Mas de un mes	1	11%
<b>Percepción del Control Prnatal</b>		
Excelente	6	14%
Buena	32	76%
Regular	4	10%
<b>Que es lo que más les gustó</b>		
Atención Rapida	8	19%
Calidad del Personal	6	14%
Confianza	6	14%
Amables	21	50%
Otra	1	2%
<b>Qué no les gustó</b>		
Lejania de sus hogares	11	26%
Regaños	1	2%
Todo Bien	30	71%
<b>Estaría Dispuesta a Volver</b>		
Si	38	90%
No	2	5%
NO sabe	2	5%

### **4.3.2 FACTIBILIDAD DE LA CASA MATERNA.**

#### **4.3.2.1 Actores locales interesados**

Una parte importante del estudio pretendió determinar la factibilidad social de las Casas u Hogares Maternos en los 15 municipios estudiados. Para esto se organizó una convocatoria en la que participaron diferentes agentes ubicados en los municipios del estudio. En todos se logró una participación amplia de las autoridades de gobierno local y representantes de instituciones nacionales, pobladores, agentes comunitarios en salud y proyectos ubicados en los territorios.

#### **4.3.2.2. Conformación de Comité**

Los comités están conformados por los participantes en nombre de sus organizaciones, lográndose amplio consenso en la elección de las personas que tendrán el impulso de las tareas relacionadas a la conformación de los Hogares Maternos.

Existen cuatro tipos de personas o instituciones encargadas de la coordinación del trabajo:

- 1) Gobiernos locales a través de sus comités de desarrollo
- 2) Organizaciones de la Sociedad Civil especialmente las Redes de Mujeres
- 3) Organizaciones religiosas
- 4) Redes de parteras de las localidades

Uno de los principales inconvenientes que se enfrentó durante el proceso de conformación de los Comités fue que hay instituciones que carecen de personería jurídica por lo que esto se resolvió a través de coaliciones entre organizaciones con personería Jurídica y las instituciones electas.

#### **4.3.2.3 Compromisos**

Durante la reunión con los comités de las casas maternas se establecieron acuerdos relacionados al impulso de las acciones:

- Las Alcaldías de las localidades se han comprometido con la ubicación, revisión de locales y la legalización para la realización de los Hogares Maternos
- Las Redes de Mujeres se comprometieron establecer roles para la atención de las mujeres albergadas, capacitación laboral y consejería en salud.
- Las redes promotoras y parteras comprometen a la divulgación de la iniciativa en las comunidades y el apoyo a las mujeres albergadas.
- Las radios comunitarias y medios de comunicación local han puesto a disposición de la iniciativa los espacios para la divulgación.
- Los organismos religiosos han comprometido ayuda con donaciones de alimentos y ropas para personas ingresadas para la atención.
- Los institutos y centros de formación de Secundaria han comprometido ayuda para la limpieza y mantenimiento de los locales.
- Comerciantes y productores privados han prometido ayuda con alimentos y dinero en efectivo para la atención de las personas ingresadas.

## 4.4 ARTICULACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE ATENCIÓN

Los Servicios de Salud Hospitalarios han enfrentado procesos de desarrollo disímiles, es por eso que es muy difícil compararlos entre sí. El desarrollo de los hospitales está marcado por la tradición de organización que estos han tenido y los programas de apoyo con los que han contado para el desarrollo gerencial de los mismos.

Se puede observar las siguientes características de funcionamiento de los hospitales nacionales que afectan la articulación de ambos niveles:

- Los hospitales cuentan con personal altamente calificado y con remuneraciones por debajo de las capacidades de los recursos. Esto provoca alta permisibilidad por parte de las autoridades con la indisciplina laboral de estos recursos humanos exclusivamente, lo que afecta la atención de la población demandante de los servicios.
- Escasa flexibilidad en el personal médico a los cambios. Esto se observa en diversos ámbitos incluyendo los horarios de atención al público, estos no están acorde con las necesidades de los usuarios de estos servicios.
- Congestión de los servicios de salud por las mañanas y escasa demanda en servicios de consulta externa por las tardes. La gran mayoría de las acciones o actividades de los hospitales se realiza por las mañanas y por la tarde existe tensionamiento en la atención por la reducción drástica de la oferta, y menor calificación del personal de turno.
- El personal hospitalario tiene poca comprensión y conocimientos de las dificultades que enfrentan los servicios de salud municipales (Nivel de Resolución, Capacidad técnica del personal o limitaciones con los recursos para la atención).
- Los equipos de Dirección no contaban con experiencia en Gerencia de Hospitales por ende no existía comprensión de la necesidad de la articulación entre los niveles. El programa aportó elementos para una mayor comprensión del trabajo y funcionamiento de los niveles.
- Como consecuencia de esto se han realizado inversiones de importancia en el desarrollo de las capacidades gerenciales; sin embargo esta no ha surtido los efectos esperados debido a que la alta rotación de los equipos.
- La atención de la referencia realizada por parte las unidades de salud, son percibidas por el personal de los hospitales, como una sobre carga de trabajo a la que ellos acceden atender y no a una responsabilidad como miembros de las redes
- Salvo en algunos lugares muy específicos han habido rotaciones del personal médico de Segundo Nivel en Servicios de Primer Nivel. Esto es una experiencia que ayuda a una mejor comprensión entre los Niveles.
- Existe escasa de difusión de los servicios y procedimientos que se brindan en los hospitales por lo que el personal de las unidades de Primer Nivel.

Los servicios municipales de salud (Primer Nivel) tienen las siguientes características que afectan el funcionamiento de la articulación entre los niveles:

- En las zonas alejadas los directores cuentan con poca experiencia para establecer la vinculación con los hospitales.
- El personal de salud de las comunidades alejadas o el personal en general de los servicios de Primer Nivel no tiene las posibilidades de realizar actualizaciones que permitan mantener un debate técnico con el personal del Segundo Nivel. Esto hace que la relación entre los médicos de Primero y Segundo Nivel sea de subordinación de los primeros con respecto a los segundos.
- La actitud crítica del personal de Hospitales alrededor de la calidad de los traslados o por los motivos de traslados, produce dos tipos reacciones en el personal de salud de los Centros de Atención Primaria: Subordinación hacia la recriminación o genera una actitud defensiva. En cualquiera de los casos estas actitudes no son de colaboración entre las partes.
- Es urgente la creación de la instancias de conducción para llevar a efecto la articulación entre los niveles. Esta instancia en un primer momento será exclusiva para los aspectos relacionados con la atención y se debe separar de los aspectos presupuestarios y financieros. Una adecuada medida es la revisión de casos de mortalidad en estas instancias.

Para lograr una mayor comprensión entre los niveles debe de procurar las rotaciones de refrescamiento del personal de primer nivel en los hospitales y que el personal de los hospitales roten por períodos cortos en las unidades de primer nivel lo que mejorará la comprensión entre ambos.

## **4.5 AUDITORÍA SOCIAL**

La auditoria social es un proceso que permite a una organización evaluar su eficacia social y su comportamiento ético en relación a sus objetivos, de manera a que pueda mejorar sus resultados sociales o solidarios y dar cuenta de ellos a todas las personas comprometidas por su actividad. Surge como estrategia que permite a las organizaciones evaluar, medir y controlar, con fines de mejoramiento progresivo, la gestión de lo social

Para esto la auditoría social incluye planes, estrategias, proyectos, políticas, procedimientos y practicas ejercidas por la organización o institución auditada. Por otro lado la Auditoria Social revisa el sistema de información, contratos y programas, estructura y funcionamiento de las unidades organizacionales, sus productos y servicios, además de los estados financieros, cumplimiento de leyes y regulaciones.

### **4.5.1 PARTICIPACIÓN Y CONTROL SOCIAL EN SALUD EN NICARAGUA**

Nicaragua tiene una amplia experiencia en participación social o comunitaria para la resolución de los principales problemas de salud. Fue en los años ochenta que la participación en salud de la población fue masiva, sin embargo, esta tenía un amplio control por parte de las instituciones del estado. La conformación de los Consejos Populares en Salud tenía un carácter de representatividad de las instituciones del estado y la participación de las organizaciones populares de apoyo al gobierno revolucionario. Esto hizo que el vínculo estrecho entre las organizaciones y el estado provocó una alta dependencia entre sí. Esta situación de alguna manera impidió el desarrollo y autonomía de las organizaciones sociales que trabajaban en salud.

Las acciones fiscalizadoras no fueron una prioridad para los Consejos Populares en Salud que eran las instancias de gestión en los municipios y áreas de salud.

En los años noventa en Nicaragua, las mismas organizaciones que en los años ochenta tenían una marcada dependencia del estado, se reestructuraron para funcionar sin la tutela del mismo, lo que marcó un desarrollo de sus capacidades para la gestión y fiscalización de los procesos en el MINSA.

Existe muy poca experiencia en el desarrollo de procesos de Auditoria Social, es hasta 1998, después del paso del Huracán MITCH (1998), que se conforman instancias para auditar los fondos provenientes de la ayuda en salud al país. Desgraciadamente estas instancias se concentraron en acciones temporales propias de las necesidades de la reconstrucción post- Mitch y su papel fiscalizador fue postergado o relegado por las necesidades urgentes de la reconstrucción nacional.

Uno de los aspectos que caracteriza el período actual, es que las personas que trabajan en las redes se han apropiado del rol que tienen como miembros de sus comunidades. En estos momentos se ha revertido una tendencia peligrosa que se presentó en los años 90, en la que los Proyectos ubicados en las comunidades se “apropiaban” con los agentes comunitarios, lo que provocó fraccionamientos y rupturas entre los colaboradores de las comunidades.

La ventaja principal que ha tenido el movimiento social involucrado en las acciones en salud a nivel nacional es que las estructuras organizativas y la disposición a participar de las comunidades han permanecido casi invariables a pesar de los cambios de gobierno y los cambios políticos experimentados por el país.

Las principales situaciones que afecta la ejecución de una Auditoría Social eficaz en los servicios de salud investigados son:

- El proceso no ha tenido un desarrollo efectivo en los municipios estudiados ya que comúnmente la participación de los agentes comunitarios ha sido de colaboración a las actividades de salud sin involucrarse en procesos más complejos relacionados con la Auditoría Social.
- Los agentes comunitarios que colaboran en salud, no han tenido la capacitación suficientes para desarrollar habilidades para la aplicación del proceso de Auditoría Social.
- El Ministerio de Salud en estos momentos de su desarrollo no tiene las obligaciones legales ni parece tener entre sus prioridades políticas ni estratégicas propiciar la Auditoría Social con todas las implicaciones que el proceso tiene.
- Por otro lado las organizaciones y organismos de la Sociedad Civil no han contado con espacios que permitan su involucramiento en los aspectos fundamentales de la Auditoría Social, es más, en estos momentos la mayoría de estas organizaciones se muestran más interesados por la ejecución de los proyectos o Programas en los que se encuentran involucrados en ejercer las acciones de auditoría social.

Existen algunas experiencias en las que se ha promovido el proceso de Planificación y Presupuestación de los Proyectos de los Servicios Municipales de Salud a continuación se detallan algunas de estos esfuerzos.

### ***PROSALAIS***

Se trata de un Proyecto con financiamiento de ASDI en 32 municipios a Nivel Nacional que promovió la realización de los procesos de Planificación y Presupuestación del Proyecto en específico y la elaboración de los Planes Operativos Anuales del Proyecto. Este proceso incluyó la participación de las Comisiones de Salud en Pleno y se hacía a través de Metodología con Enfoque de Marco Lógico.

Una de las mayores limitaciones es que una vez que el Plan se presentaba, el proceso de ajuste lo realizaban las Unidades de Salud y no era posible por parte de las representaciones involucradas en el proceso, conocer o incidir en los ajustes que se le realizaban a los mismos, ni han tenido acceso para incidir en la ejecución presupuestaria.

### ***PROSIM- gtz***

Este proyecto se diseñó por medio de la participación de las diversas expresiones de la sociedad civil de los municipios en que el Proyecto ha tenido influencia. La metodología utilizada para la elaboración es por medio de los ZOOP (Planificación Orientada a Problemas). Los alcances de la participación comunitaria han estado limitado a la Planificación.

### **PMSS**

El Programa de Modernización del Sector Salud, ha realizado esfuerzos importantes, para el desarrollo de un sistema de Planificación, Programación y Ejecución de los Fondos del Tesoro y de otras fuentes utilizadas en las Unidades en las que el Proyecto tiene influencia.

Una de las dificultades que enfrenta el Modelo es que los Agentes Comunitarios no tienen la posibilidad de incidir en los cambios o “recortes” que realizan las instancias que manejan las finanzas públicas de forma centralizada.

Existen algunas experiencias con los Consejos Consultivos de los Hospitales Pilotos en el PMSS. Sin embargo las acciones se limitan al mejoramiento de la articulación entre los establecimientos de atención primaria y los hospitales y al proceso de rendición de cuentas a los Consejos, el que se lleva a efecto de forma esporádica en algunas unidades de salud.

#### **4.5.2. INSTANCIAS DE CONTROL SOCIAL( INSTITUCIONAL)**

En los municipios estudiados se pudo observar diversas formas organizadas para la atención de los problemas de salud de las comunidades.

Las principales instancias existentes en los municipios de aplicación del estudio son : Comisiones Comunitarias para Salud, Comisiones de Salud Municipal, Comités de Desarrollo Municipal y Comisiones de Salud de los Consejos Regionales.

##### **4.5.2.1 Comisiones de Salud Municipal**

Las instancia de control social más importantes en los municipios de la Región del Centro y del Pacífico del país son las Comisiones de Salud Municipal. Estas comisiones en la mayoría de los casos son instancias convocadas por la representación del MINSA en los municipios y cuentan con amplia representatividad y su accionar es fundamentalmente de apoyo exclusivo para el impulso de los planes de salud de las unidades.

Existe representatividad de las diversas expresiones de la Sociedad Civil ( promotores de salud, parteras empíricas adiestradas, iglesias de diferentes denominaciones), Instituciones del Gobierno Nacional y Local, las que son convocadas por los Directores Municipales.

Las principales características del funcionamiento de las comisiones de Salud Municipal son:

- El funcionamiento de las comisiones es de forma periódica convocada por los Directores Municipales.
- Prevalece en las autoridades de salud una mentalidad utilitaria de la comisión, es decir son convocados en los momentos en que las necesidades de salud se vuelven apremiantes.
- La participación de la población y las diversas expresiones organizadas del municipio depende de las coyunturas sanitaria y de las necesidades planteadas por el MINSA
- En la gran mayoría de los casos no tienen incidencia en las acciones relacionadas a la auditoría social.

### ***4.5.2.2 Comités de Desarrollo Municipal***

Los Comités de Desarrollo Municipal son instancias adscritas a los Gobiernos Municipales que gozan de carácter legal o personería jurídica. Estos cuentan con una comisión para la atención de la Salud.

Cuentan con una amplia participación de las autoridades locales, Organizaciones No Gubernamentales, Instituciones de Gobierno y de las diversas expresiones organizadas en cada territorio.

Estos comités son una expresión más sólida que las anteriores pero no ha sido una instancia muy utilizada aún. Depende su funcionamiento de los siguientes factores:

- El nivel de prioridad que el establece el Concejo Municipal y el Alcalde Municipal a los asuntos relacionados a la salud
- El grado de vinculación de las autoridades de salud con las autoridades locales, las que pasan por el nivel de vinculación de ambos y la apertura de los Alcaldes con las instituciones del Gobierno Central.
- La vinculación depende de las voluntades de las partes y no tiene un carácter de obligación de ley.
- Es muy vulnerable a los problemas políticos en general.

### ***4.5.2.3 Comisiones de Salud de Los Consejos Regionales***

En el caso de la Costa Caribe, existen Consejos Regionales Autónomos y estos tienen adscritas las Comisiones de Salud Regionales. Estos espacios son instancias amplias de participación de los diferentes sectores representativos de la comunidad de ambas regiones, con representatividad de los diversos grupos étnicos y de las instituciones y organizaciones en estas Regiones.

El proceso de autonomía ha traído consigo la creación de instancias de mayor participación social, no solo en apoyo a las actividades de salud sino en todos los órdenes de la vida política y social de las Regiones.

Las principales características de las Comisiones Regionales de Salud son:

- Los Consejos Regionales han transitado en un proceso unificación y concertación a lo interno para poder mantener planteamientos de consenso ante las autoridades nacionales, este proceso ha sido largo y lleno de dificultades. Sin embargo han logrado consenso en lo fundamental de sus planteamientos
- Las Comisiones Regionales de Salud en conjunto con los Concejos Regionales, mantienen una búsqueda constante de los espacios de poder que les brinda la Constitución de la República, Ley de Autonomía y la Ley General de Salud.
- Como resultado de esto, se presentan múltiples contradicciones entre el Gobierno Nacional y el gobierno regional. Este proceso de transferencia de poderes a las autoridades locales conlleva normales resistencias a los cambios.
- Una de las actividades prioritarias de las Comisiones ha sido la Elaboración del Modelo de Atención en Salud, propia para cada una de las Regiones. En este

modelo se incluyen los aspectos relacionados a la medicina tradicional de los pueblos indígenas y de la comunidad afrodescendiente y además se promueve un modelo de salud acorde con las prácticas y la cosmovisión en salud de estos pueblos.

- Por atribuciones de Ley, la Comisión de Salud tiene un carácter rector de las acciones de salud de las Regiones de la Costa Caribe Nicaragüense.

#### ***4.5.2.4 Consejos Consultivos de los Hospitales***

Para la realización del estudio se tomó a los Consejos Consultivos Hospitalarios como instancia de gestión desde las diversas expresiones organizadas de la Sociedad Civil. Para esto se realizó un taller con la presencia de los Consejos Consultivo en tres diferentes Hospitales Nacionales.

En general se observaron las siguientes características:

- El funcionamiento de los Consejos Consultivos ha tenido diferentes variables que son propias del nivel de desarrollo de la participación social, además depende del marco regulatorio que ha regido este proceso (el cuál ha sido variado), de la voluntad política de la institución de impulsarlo y de la capacidad de consenso de los gerentes de las unidades hospitalarias.
- Como regla general establecen mecanismos de reuniones periódicas y extraordinarias según las necesidades.
- Las actividades hasta ahora realizadas son predominantemente de gestión o consecución de recursos materiales para el funcionamiento de las unidades y las actividades de Auditoría Social no han sido de su jurisdicción
- Se plantea que los Directores de Hospital y en el MINSA Central ha prevalecido un mentalidad “ utilitaria” de los Consejos Consultivos y probablemente la visión humanista de los miembros se ha acoplado con los mecanismos definidos por el sistema.
- Perciben que las autoridades del MINSA Nacional no han permitido los espacios suficientes para que los Consejos tengan un papel protagónico en el quehacer del Hospital. Este hecho probablemente ha esto marcado por otras experiencias traumáticas con las Juntas Directivas Hospitalarias y la carencia de una cultura participativa de las autoridades.
- Se estableció el compromiso de los Consejos de pasar a la realización de acciones más relacionadas con auditoría social, sin embargo para este proceso se plantearon necesidades de capacitación en los aspectos generales y de nombramiento de personas específicas, con destrezas para el abordaje de aspectos específicos.

A continuación se presenta un resumen de la situación de los Consejos Consultivos de Bluefields, Juigalpa y Bilwi Puerto Cabezas:

##### ***a. CONSEJO CONSULTIVO DE HOSPITAL DE BLUEFIELDS***

## **FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO CONSULTIVO**

El Consejo consultivo del Hospital está organizado como una instancia de apoyo a la gestión de la Dirección del Hospital. Ha tenido una composición variada de sus miembros. Se encuentra una amplia participación de ONG, Iglesias de las diversas denominaciones, empresarios y personalidades de la comunidad con mucho prestigio ante la ciudadanía.

Su principal labor es el Apoyo a la Gestión de Fondos y Donaciones para el hospital.

Algunas de las características del Consejo Consultivo son las siguientes:

- Esta conformado por personas de mucha reputación en la Comunidad
- Tienen contactos en el extranjero para la gestión de fondos, estos los logran de donantes que potencialmente no estarían dispuestos a entregarlos a las unidades de salud del MINSA.
- Han trabajado desde la perspectiva de la ayuda al HOSPITAL y no se han involucrado en los aspectos relacionados a la revisión de la producción de servicios de salud, planificación, monitoreo y rendición de cuentas..
- El Consejo Consultivo juega el rol que les asigna la Dirección del Hospital y se involucra según la demanda de la Dirección del Hospital (Visión Utilitaria de Participación Comunitaria).
- Desconocen la Frontera entre sus responsabilidades, deberes y derechos de los consejos consultivos.
- El escaso nivel de desarrollo alcanzado en los procesos de Planificación, Presupuestación y Supervisión se debe a que no se les han mencionado estas actividades como parte del ámbito o Jurisdicción del Consejo.
- Las capacidades para la interpretación de indicadores y de auditoria social son escasas

## **MECANISMOS UTILIZADOS PARA EL FUNCIONAMIENTO**

El Consejo Consultivo por medio de su junta directiva convoca al resto miembros para las reuniones periódicas, que se realizan mensualmente. Uno de los aspectos mencionados es que las reuniones extraordinarias son convocadas por el Consejo.

La junta Directiva esta conformada por ocho miembros que son electos por un año.

El Consejo Consultivo desconoce los indicadores de Auditoria Social en los Compromisos de Gestión . Consideran que son importantes los indicadores pero que es más importante la capacitación de las personas que conforman los Consejos Consultivos.

## **PERTINENCIA DEL CONSEJO PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDITORIA SOCIAL**

En el grupo existe dudas a cerca de las posibilidades de tiempo o de capacidades de los miembros de los Consejos para la realización del trabajo de auditoria social.

Se sugiere crecer en el consejo con miembros que tengan experticias en áreas contables y el manejo de gerencial de servicios de salud, los que serían de gran utilidad para la realización de las funciones relacionadas con la auditoria social

## **PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES**

EL consejo del Hospital de Bluefields considera que puede asumir la responsabilidad del control social si existe un proceso de acompañamiento de estos procesos. No existe certeza que si los otros miembros actuales asumirían la responsabilidad de realizar el control social.

Se deben de incluir personas en los consejos consultivos con experticia en los temas contables y salud pública

Se deben de producir cuatro condiciones importantes para que el proceso de auditoria social se cumpla en los Consejos Consultivos:

1. Decisión por parte del MINSA – Central y Local (Dirección del Hospital), para comprometerse con estrategias que refuercen el accionar de los Consejos Consultivos, esta es de trascendental importancia, porque es un mecanismo democrático, que fomenta la confianza y la sostenibilidad en los proyectos del MINSA
2. Se debe establecer el marco regulatorio que contemple el espacio para los Grupos Consultivos, debiendo establecerse los límites para su funcionamiento y las responsabilidades de las diversas partes involucradas.
3. La capacitación de los miembros de los consejos para la realización de una eficiente auditoría social
4. La capacitación de las personas que ejercen la conducción o gerencia de las unidades hospitalarias, a cerca de estos procesos relacionados a la Auditoria Social.

### *b. Consejo Consultivo de Hospital Asunción de Julgalpa*

#### **FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO CONSULTIVO**

El Consejo Consultivo del Hospital está organizado como una instancia de apoyo a la gestión de la Dirección del Hospital. Sin embargo se han logrado pasos importantes en los procesos de planificación y rendición de cuentas

La composición de los miembros es variada. Se encuentra una amplia participación de organizaciones de la Sociedad Civil, ONG, políticos locales, y personalidades de la comunidad con mucho prestigio ante la ciudadanía.

En el contexto del cumplimiento de los compromisos de gestión del Hospital Asunción se establecieron mecanismos orientados a la conformación y funcionamientos

La principal labor desarrollada hasta este momento es de apoyo a la gestión de fondos y donaciones para el hospital; sin embargo se ha avanzado en los mecanismos de aseguramiento de la calidad de los servicios de salud y de rendición de cuentas .

Algunos de los Proyectos que impulsa o que tienen planificados para ejecutar son Búsqueda de donaciones para cubrir los rubros sin financiamientos como son medicamentos, equipamientos y material de reposición periódica.

Realización de Casa Materna para la población de las comunidades alejadas

Algunas de las características del Consejo Consultivo son las siguientes:

- Esta conformado por personas de mucha reputación en la Comunidad
- Tienen contactos en el departamento para la gestión de fondos
- Participan como testigos de honor en el momentos de la firma de los compromisos de gestión del Hospital
- Han trabajado desde la perspectiva de la ayuda al HOSPITAL y su involucramiento al mejoramiento de la calidad de los servicios
- La conducción del Hospital cuenta con el liderazgo suficiente con el Consejo Consultivo lo que permite armonía entre las partes y en las gestión de recursos.
- El funcionamiento apropiado del Consejo Consultivo depende en gran medida, del compromiso y convencimiento de los beneficios por parte del Director del Hospital .
- Desconocen el límite o alcance de su accionar como Consejo Consultivo.
- Son reconocidos por los trabajadores del hospital y existe aceptación de su labor, esto favorece las acciones de Auditoria
- El escaso nivel de desarrollo alcanzado en los procesos de planificación, presupuestación y supervisión se debe a que no se les han mencionado estas actividades como parte del ámbito o Jurisdicción del Consejo.
- Las capacidades para la interpretación de indicadores y de auditoria social son escasas y es por eso que para poder llevar a efecto estos procesos es prioridad número uno la capacitación de los miembros /as de los Consejos Consultivos

## **MECANISMOS UTILIZADOS PARA EL FUNCIONAMIENTO**

El Consejo Consultivo por medio de su Junta Directiva convoca al resto de miembros para las reuniones periódicas que se realizan mensualmente. Uno de los aspectos mencionados es que las reuniones extraordinarias son convocadas por la Dirección del Hospital.

## **PERTINENCIA DEL CONSEJO PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDITORIA SOCIAL**

En el grupo se menciona que existe capacidad para asumir los aspectos concernientes a la Auditoria Social, sin embargo existen aspectos que ellos desconocen, para lo cual harían uso de personas con capacidades específicas por áreas a auditar.

Se menciona la pertinencia de una capacitación general para todos los miembros del consejo y una específica para las personas que tendrán la responsabilidad de apoyar los aspectos sanitarios y financieros.

## **PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES**

- Deben de existir resoluciones del MINSA donde de manera explícita se defina el papel de los Consejos Consultivos en la dinámica del hospital
- Debe de existir la decisión política por parte del MINSA en todas sus instancias para apoyar el proceso. Es necesario se que presente como un proceso democrático, participativo y propositivo en que las diversas expresiones de la sociedad civil se compromete a un papel protagónico o de corresponsabilidad en la gestión del estado.

- Se deben de incluir personas en los Consejos Consultivos con experticia en los temas contables y salud pública para que apoyen al consejo en aspectos puntuales relacionados a estas áreas.
- Se debe capacitar a las personas que ejercen la conducción o gerencia de las unidades hospitalarias a cerca de los procesos relacionados a la Auditoría Social y el papel de los Consejos Consultivos, esto permitiría armonía y mejor acceso a la información como condicionantes de los procesos de Auditoría Social .
- Debe de realizarse un proceso dinámico de capacitación general de los miembros de los consejos para la realización de una eficiente Auditoría Social. Estos Planes de capacitación deberán de incluir como prioridad los siguientes temas:
  - LEY GENERAL DE SALUD
  - REGLAMENTOS VIGENTES Y CONVENIOS DEL MINSA
  - PRINCIPALES INDICADORES HOSPITALARIOS
  - SIAFE
  - SIMINSA
  - GENERALIDADES DEL SISTEMA ADMINISTRATIVOS FINANCIERO.

*c. Consejo Consultivo de Hospital Nancy Bach Bilwi Puerto Cabezas*

#### **FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO CONSULTIVO**

Durante la sesión se auspició la reunión para el replanteamiento del funcionamiento del Consejo Consultivos

Los miembros del Consejo Consultivo del Hospital valoran que el accionar del mismo debe ser orientado a la gestión de recursos debido a las serias dificultades que el Hospital Presenta.

Su accionar lo basan en que es importante apoyar en primer lugar para luego poder realizar las labores de Auditoría Social.

Se plantearon diversas situaciones específicas que hacen difícil la Auditoría Social debido a que no se tiene un desarrollo apropiado en las áreas administrativas y sus controles.

Algunos ejemplos son:

- No se cuenta con condiciones de infraestructura para realizar las labores asistenciales y administrativas.
- Consideran que no se puede evaluar la producción y calidad de los servicios por no contar con las plantillas mínimas y el equipamiento necesario.
- Otro aspecto importante señalado es que el papel del Consejo Consultivo a estado a expensas de los cambios de funcionarios en la dirección del Hospital y a la voluntad de participación democrática que estos han tenido.
- Reconocen que en pocas ocasiones como esta ,a través de la Directora Actual, ha existido la voluntad de fortalecimiento del papel del Consejo Consultivo.
- La composición de los miembros es variada. Se encuentra una amplia participación de organizaciones de la Sociedad Civil, Iglesias de Diversas Denominaciones y reconocido

prestigio en la comunidad, ONG, empresarios y personalidades de la comunidad con mucho prestigio ante la ciudadanía.

- Se planteó la urgencia de Apoyo a la Gestión de Fondos y Donaciones para el hospital.

Algunas de las características del Consejo Consultivo son las siguientes:

- Esta conformado por personas de mucha reputación en la Comunidad
- Apenas se ha reactivado durante la convocatoria actual.
- A diferencia con otras situaciones la conducción del Hospital en estos momentos existe en la conducción del hospital mayor anuencia para la participación efectiva del Consejo Consultivo.

### **MECANISMOS UTILIZADOS PARA EL FUNCIONAMIENTO**

En estos momentos se estipularon las reuniones periódicas de forma mensual y el mecanismo acordado es que Junta Directiva hará las convocatorias.

Se seleccionó la siguiente junta directiva:

1. Roy Foster Coordinador
2. Elvis Dublon Vice Coordinador
3. Rodolfo French Tesorero
4. Eliza Watson Secetaria
5. James Edwards Vocal
6. Alejandro Ruiz Fiscal
7. Norman López Vocal
8. Oswaldo Silva Divulgador

### **PERTINENCIA DEL CONSEJO PARA LA REALIZACIÓN DE LA AUDITORIA SOCIAL**

En el grupo se menciona que existe capacidad para asumir los aspectos concernientes a la Auditoria Social que en estos momentos se disponen de las personas suficientes para poder realizarla y se acordó una sesión de rendición de cuentas para el mes siguiente.

La capacitación del Consejo no se observa como una prioridad.

### **PROPUESTA PARA EL DESARROLLO DE CAPACIDADES**

- Se prioriza la gestión para la consecución de recursos y se determina como de segunda prioridad la capacitación del Consejo Consultivo.
- Se solicita el compromiso de la Dirección para impulsar la gestión y la decisión de las autoridades nacionales para el funcionamiento.

### 4.5.3 PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

En la mayoría de las unidades de salud del Ministerio de Salud se ha pretendido la conformación y fortalecimiento de una red comunitaria que desarrolle actividades de captación y capacitación de sus miembros con el propósito de que estos realicen actividades conducentes al fortalecimiento de la gestión para el desarrollo de las comunidades. Además se pretende el fortalecimiento de la gestión y promoción en salud por medio del desarrollo del liderazgo local, del mejoramiento de los conocimientos y prácticas sanitarias de la población beneficiaria.

El Ministerio de Salud en los municipios estudiados promueve la Participación Comunitaria en Salud, lo que significa participación local en el diseño y prestación de servicios de promoción, prevención y atención en salud. Sin embargo los esfuerzos están exclusivamente orientados para lograr la participación de agentes y de la comunidad en la resolución de problemas de salud específicos y no se logra el involucramiento de la comunidad en acciones de auditoría social.

En las comunidades de los 15 municipios estudiados la experiencia de participación comunitaria en salud es muy común, sin embargo, en algunas de las comunidades estudiadas se limitan a acciones aisladas o dispersas, muchas veces dependientes de las voluntades de las personas que dirigen los servicios de salud y de manera general existe una tendencia utilitaria del voluntariado por parte de las autoridades y personal de salud local.

*...a veces nos cita el MINSA y ahí estamos para ayudar a lo que sea salud... pero eso de las cuentas, y estar ya directamente involucrados en eso .... a nosotros nunca se nos ha invitado”*

**Grupo Focal con Líderes Comunitarios**

El voluntariado o promotores comunitarios, en las comunidades estudiadas está compuesto por personas de muy bajos recursos, habitantes de las comunidades más afectadas y con similares necesidades a las de las personas que asisten. En los municipios estudiados los servicios de salud funcionan sobre la base de recursos limitados y la participación comunitaria es un mecanismo necesario para cubrir el déficit.

*“... yo participo porque quiero que mi comunidad prospere.... talvez reales no puedo dar pero gestionar si se puede.. verdad?”*

**Grupo Focal con Líderes Comunitarios**

Las capacitaciones a los miembros de redes comunitarias están orientadas a los temas técnicos destinados en específico a la promoción y prevención de la salud entre los pobladores de las comunidades de influencia.

*“ las capacitaciones son buenas pero los temas abordados son los mismos y no se....de eso que usted dice ahora no tengo mucha información... la verdad no se que es auditoría social*

**Grupo Focal con Líderes Comunitarios**

A través de los años se han venido impulsando diversas estrategias de trabajo de los colaboradores comunitarios y se han asignado diferentes funciones a éstos, sin embargo esto no ha incluido la formación o capacitación de recursos para la realización de auditoría social de las instituciones prestadoras de servicios.

*“... yo es la primera vez que oigo hablar de eso ... las verdad que no le entiendo...porque uno colabora porque es nuestra comunidad.. pero eso que usted dice no me he dado cuenta*  
**Grupo Focal con Líderes Comunitarios**

### **Contenido de la participación**

En la mayoría de los casos de los municipios se ha tomado la decisión de adiestrar en acciones de prevención y aún de atención (Parteras) lo que es correcto, si tomamos en cuenta que la población de las comunidades de difícil acceso tienen necesidades de apoyo asistencial mientras llegan a los servicios de salud institucionales.

Las acciones en salud desarrolladas por el personal comunitario varían dependiendo de las comunidades en que se encuentran ubicados los promotores comunitarios y además las características personales de estos y de las responsabilidades dispuestas a cumplir.

Se puede observar que las responsabilidades de los promotores comunitarios de las zonas alejadas suelen ser mayores y su presencia es mayor necesidad que las observadas en los cascos urbanos de los municipios estudiados.

Se pudo observar que en comunidades alejadas sobre todo de la Costa Caribe algunas Organizaciones No Gubernamentales, como Acción Médica Cristiana, ha desarrollado habilidades en los miembros de las Redes capacidades para la atención de Enfermedades Prevalentes en la Infancia y estos son abastecidos por medio Farmacias Populares.

Un esfuerzo particularmente importante que desarrolla el MINSA, es el adiestramiento de parteras empíricas las que son capacitadas para la atención del parto en condiciones seguras. Este esfuerzo ha sido sostenido desde hace más de 25 años, pero tiene la limitante en estos momentos de no contar con financiamiento suficiente para el abastecimiento de los materiales de reposición periódica.

*“A nosotros nos han capacitado los del Centro de Salud... somos “tituladas”... pero de un tiempo para acá no contamos con materiales... como nos daban antes...”*  
**Partera Empírica en Grupos Focales con agentes comunitarias**

### **Tareas asignadas**

Las tareas asignadas a los promotores son de complejidad técnica acorde con los planes de capacitación de los diversos proyectos que se ejecutan en los territorios.

Algunas de las acciones que realizan son:

1. Atención integral a la mujer y niñez: Comprende todas las etapas que van desde la captación para los el cuidado prenatal hasta la vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño/a. En algunas comunidades participan con diversos programas de vigilancia del estado nutricional impulsados por ONG y otros organismos que trabajan con financiamiento de MIFAMILIA (PAINIM- Red de Protección Social etc)

En el área Materno Infantil se realizan tareas bien definidas, relacionadas con la inmunización de madre y niño, nutrición apropiada, higiene general y planificación de la familia. Sus principales capacitaciones han sido en temas relacionados a este tipo de atención. La gran mayoría de los municipios de salud impulsan estas acciones de Salud Mujer-Niñez, con las redes de promotores o voluntarios de la comunidad

2. Servicios curativos esenciales: Algunos miembros de las redes comunitarias emplean técnicas simples y apropiadas para enfermedades comunes en algunos casos algunos proyectos han capacitado en técnicas de Primeros Auxilios, rehabilitación con base en la comunidad y otros brindan atenciones en enfermedades de prevalencia en la infancia. En la Región del Caribe algunos organismos capacitan en temas concernientes a la atención de pacientes en las zonas alejadas en casos de Enfermedades Prevalentes en la Infancia.
3. Vigilancia Epidemiológica: Las personas miembros de la Red Comunitaria cumplen funciones de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles o potencialmente epidémicas. Estas se realizan a través de mecanismos diversos. Uno de los Componentes de SICO (Sistema de Información Comunitaria) impulsada por el MINSA, incluye aspectos concernientes a la Vigilancia Epidemiológica.
4. Refieren casos o buscan solución a los problemas mediante un nexo permanente con los puestos de salud de la comunidad, los que no siempre es posible atender en los servicios de salud.
5. Una acción de Primer Orden que impulsa el MINSA es la implantación y ejecución del SICO (Sistema de Información Comunitaria). Por medio del mismo se pretende, la organización, capacitación y vinculación de las Redes Comunitarias con el Ministerio de Salud. Adicionalmente, por medio del Registro de las Actividades Comunitaria, la Vigilancia Epidemiológica y el Sistema de Referencia y Contrarreferencia Comunitario se pretende mantener un tendido extenso que en el país sobrepasa los 50 mil voluntarios en Salud a Nivel Nacional. En los municipios estudiados a excepción de las Regiones Autónomas ya se encuentra implantado produciendo información apropiada para la toma de decisiones.

### **Los problemas más comunes de la red de promotores**

Los problemas más comunes encontrados de la red de promotores son:

- a) Existe una rotación importante de los agentes comunitarios debido a razones personales, o económicas las que restringen su participación. (Migraciones Internas e Externas).
- b) En relación a la remuneración económica del trabajo realizado por los promotores, en casos muy específicos por un lado se observó que algunos proyectos realizan "pagos" de viáticos por la participación, lo que perjudica el principio de la voluntariedad y por otro lado, existen proyectos o instituciones (incluyendo al Ministerio de Salud) que no contemplan los gastos mínimos en que incurren los brigadistas para el desarrollo de su trabajo teniendo estos que cubrir los gastos de transporte u otros durante sus funciones. Por su puesto, tiende a provocar la deserción y alta rotación de promotores. En ambos casos las situaciones son perjudiciales.

- c) Ante las carencias de servicios de salud, en la gran mayoría de los casos la comunidad asume o se les transfiere responsabilidades institucionales y es por eso que en algunas ocasiones las personas que se encargan del monitoreo de las redes suelen actuar con exigencias institucionales con el personal voluntario.
- d) No existen mecanismos formales que establezcan la manera en que la unidad se dispone para el seguimiento del accionar de las redes comunitarias. Una buena parte de los Planes y Programas tiene sus mayores dificultades debido a la falta de evaluación y monitoreo de las acciones que se implantan. Para que esto casi nunca se lleve a cabo tiene que ver con las capacidades reales de las unidades de salud de seguimiento a las comisiones de las comunidades muy alejadas.

#### ***4.5.2.1. Factibilidad de la planificación***

Se percibe que en las comisiones actuales no existe una necesidad expresa de participar en los procesos relacionados a la planificación. Por otro lado los actores comunitarios muestran poco conocimiento de las ventajas de su participación en estos procesos.

Las condiciones para la aplicación de procesos de planificación con participación de agentes comunitarios y las diversas expresiones de la sociedad, es un proceso factible en los municipios estudiados debido a las experiencias exitosa a través de los Consejos Populares de Salud, las Comisiones de Salud y la experiencia de algunos proyectos que han ensayado esta modalidad.

#### ***4.5.2.2. Factibilidad de la evaluación.***

El MINSA como institución tiene dificultades presupuestarias y técnicas para la realización de los procesos de evaluación, monitoreo y asistencia en el desempeño.

El proceso de evaluación de los servicios de salud y sus planes operativos desde la perspectiva de los agentes comunitarios, enfrentaría serias dificultades para que se lleve a efecto. No existe una metodología de evaluación sistemática

Para lograr este proceso se requiere desarrollar capacidades técnicas por parte de las personas que auditan los servicios de salud y en estos momentos no existen capacidades creadas para impulsar el proceso.

#### ***4.5.2.3. Factibilidad para la presupuestación***

Al igual que los otros procesos relacionados a la auditoría social, la presupuestación es una etapa en que los agentes comunitarios no cuentan con las capacidades para la realizarla. Se pudo observar que el nivel de desarrollo de los agentes necesitará de la capacitación de los mismos.

## **4.6 PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRODECENDIENTES**

### ***4.6.1 El contexto geopolítico y social***

En Nicaragua se reconoce constitucionalmente la existencia de los Pueblos Indígenas y particularmente en la Costa Caribe. Legalmente se expresa que Nicaragua es una nación diversa en culturas y lenguas, sin embargo en la práctica, la cosmovisión y las formas de vida de estos pueblos ha estado siendo obviado por un Estado que escasamente las reconoce en sus planes y programas.

En Nicaragua desde la conquista, ha existido una fuerte resistencia ante la cultura “letrada y mestizante” impuesta por grupos hegemónicos del Pacífico y del extranjero.

A pesar de la resistencia, en los principales centros urbanos de las Regiones Autónomas o en las cabeceras municipales, la población indígena y afro-descendiente está transitando por diferentes etapas del proceso de aculturación. A esto se le suman los efectos de la implantación de modelos exógenos de desarrollo, la migración interna y externa, y las propuestas de "integración nacional" que han provocado en buena parte la desarticulación de las culturas indígenas y afrodescendientes, y la continua desvalorización de la identidad indígena, con la marginación resultante.

Una de las características más importante es que este tipo de política han pretendido entre otras cosas el equiparamiento del concepto de estado, con el concepto de Nación.

Este tipo de contradicciones hacen que en diversos momentos de la historia ha existido una severa confrontación entre las comunidades indígenas y los gobiernos nacionales.

En el Pacífico y Centro del país la tradición indígena de Nicaragua fue enmascarada de manera constante al producirse la transculturación (o el mestizaje) sin embargo muchos de los aspectos relacionados a la lengua y costumbres han quedado explícitamente representado a pesar del proceso de mestizaje impuesto. En estos momentos tanto la cultura indígena como la cultura ladina en el país participan en un común proceso de mestizaje / transculturación / hibridización.

En 1987 se aprobó la Ley de Autonomía ( Ley 28) que reconce no solo reconoce la diversidad lingüística sino también aspectos como la educación en las leguas maternas , rescate y promoción de las culturas , aprovechamiento del os recursos naturales, propiedad comunal sobre las tierras y además el reconocimiento a las formas tradicionales de resolución.

### ***4.6.2 Características de la Situación de las poblaciones Indígenas y Afro-descendientes***

Comprender la salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes requiere reconocer la gran diversidad étnica y cultural, así como las complejas interrelaciones entre pueblos y culturas, identidad y salud.

La situación de las poblaciones indígenas se caracteriza por lo siguiente:

- ***Carencias de reconocimiento como grupos diversos***  
La tendencia general ha sido utilizar definiciones cambiantes, o simplemente omitir la calificación étnica en los censos nacionales, así como de los registros continuos de información demográfica: nacimientos, defunciones y migraciones.  
En Nicaragua tiene vigencia la Ley de Autonomía que reconoce los derechos de los pueblos que habitan la Costa del Caribe Nicaragüense sin embargo la reglamentación y aplicación de la misma fue postergada por largos períodos. A pesar de esto, en ambas regiones existe cada vez más conciencia y acciones para la implantación del espíritu y la letra de la ley.
- ***Situación de pobreza extrema***  
La situación de pobreza de las poblaciones indígenas es peor que la del resto de la sociedad. Las condiciones de vida, el ingreso per cápita, el empleo, la educación, el acceso a servicios básicos como agua, saneamiento y salud, las condiciones de vivienda y la disponibilidad de alimentos son inferiores a los promedios nacionales. Los municipios que en Nicaragua se encuentran en mayores índices de pobreza son los ubicados en estas regiones.
- ***Problemas de Propiedad de las comunidades indígena***  
Existe un serio problema de propiedad y explotación de las tierras pertenecientes a las comunidades indígenas. Las tierras de estas comunidades son ocupadas por personas ajenas provenientes de poblaciones pobres de otras regiones del país. Esto representa un problema de primera magnitud, ya que la tierra y los ríos es parte central de la vida, de la cultura y de la historia, y a su vez determinante de la supervivencia de la población indígena, como también de sus niveles de vida, salud y nutrición. La lucha constante por mantener sus tierras ancestrales hace de esto una prioridad para las comunidades.  
  
Actualmente se ha iniciado un proceso de demarcación y titulación de territorios amparado en la Ley 445, sin embargo este proceso puede volverse lento y además produce tensionamiento entre los habitantes de estas zonas afectadas por el problema de propiedad.
- ***Extensión de la frontera agrícola***  
La extensión de la frontera agrícola es el mecanismo por el cual, campesinos pobres de las regiones del Centro y Pacífico del país han tenido que migrar a zonas selváticas de la Costa Caribe con las consiguiente deforestación para siembra de sus productos de sobre vivencia. Esto en algunas zonas produce el tensionamiento entre

ambos grupos humanos marginados, lo que mantiene en zozobra a las comunidades indígenas y afro descendiente de la zona.

- ***Migraciones externas e internas***

Por efectos de la guerra en los años 80, las condiciones económicas en los 90 y las tendencias migratorias que los países subdesarrollados presentan a nivel mundial, se puede observar una tendencia a la urbanización de las poblaciones y a una mayor concentración en los centros urbanos y por consiguiente ,la pérdida de fuerza productiva joven en las comunidades.

- **Marginación de los Programas de Gobierno**

Las comunidades de Indígenas y afro descendientes de Nicaragua, han tenido una tradicional exclusión de los planes de desarrollo de los Gobiernos Nacionales. En la mayoría de los casos, los reclamos y necesidades de esta población no son escuchados en la Sede del Gobierno Central

Los Gobiernos Regionales y Municipales han elaborado sus propios planes Estratégicos para el desarrollo de la región; no obstante estos se encuentran desfinanciados por la escasa prioridad que estos han tenido por parte del Gobierno Central.

### ***4.6.3 Salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes.***

La situación de salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes está determinada por un proceso histórico cuyo resultado ha sido la dependencia, pérdida de identidad y marginación. En esto ha sido determinantes las condiciones geográficas y de incomunicación en que se encuentra la población de la Costa Caribe.

- El perfil de enfermedades que presentan los pueblos indígenas y afrodescendientes de las Regiones Autónomas muestran las mismas entidades que agobian a los grupos socio-económicos más desfavorecidos de las otras regiones del país. Sin embargo en estas comunidades sufren de mayores dificultades para acceder a los servicios de salud.

*“Aquí lo que más afecta a los niños son las diarreas, y esa tos que anda dando... lo difícil es venir hasta aquí con esa lluvia y esos caminos que no hay pasada... y con un niño enfermo....”*

#### ***Grupos Focales de Usuaris***

- En poblaciones rurales (de origen indígenas) del Centro y Pacífico del país se puede observar la percepción indígena en los conceptos en el proceso salud-enfermedad. A pesar de la occidentalización de la atención en salud se observa que muchas de las prácticas de medicina tradicional son de origen indígena.
- Según las autoridades de salud de las Regiones, persisten los problemas de malnutrición proteicoenergética y de enfermedades por deficiencia de micro-nutrientes, en particular el hierro, encontrándose altos índices de anemia. Por otro lado las altas tasas de Mortalidad Materna y Perinatal son considerados los principales problemas de salud que estas poblaciones enfrentan. Según los indicadores de salud, estas

comunidades tienen una expectativa de vida más corta, mayores tasas de mortalidad y un perfil de morbilidad diferente y cambiante según su nivel de vida, su posición social y grado de aculturación.

- Una de las principales características del modelo atención en salud que prevalece en los servicios del estado, es que no se toman en cuenta las diferentes concepciones de salud que tienen las comunidades indígenas y afrodescendientes del país. Por otro lado, los modelos de atención propios de estas comunidades no son tomados en cuenta por los modelos de atención “occidental” que prevalece en el país. Sin embargo en las regiones autónomas hay esfuerzos para la aplicación de modelos de salud propio de las regiones.
- 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 que se presentan en estas comunidades. Las prácticas médicas tradicionales, han sido reconocidas como eficientes en el manejo de varias dolencias y síndromes de base cultural Grisis Siknis,
- Algunas prácticas tradicionales 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, el Stress, VIH-SIDA, enfermedades degenerativas, etc), a las que los pueblos indígenas y afro descendientes si bien están expuestos, carecen de respuestas tanto en el plano biológico (e.g. inmunidad) como en el plano socio-cultural (por ejemplo, prácticas médicas tradicionales). Desde esta perspectiva, la salud, los procesos salud-enfermedad y los propios sistemas de salud, no son abordados como sistemas culturales.
- A pesar de estar incluidos en el modelo de atención de las comunidades indígenas, no existen iniciativas sostenidas ni el financiamiento adecuado para desarrollar políticas y programas específicos en relación a la medicina tradicional y sus recursos terapéuticos (por ejemplo, plantas medicinales), o investigación y desarrollo de modelos alternativos de atención para poblaciones indígenas o grupos étnicos específicos.
- Por otro lado, el perfil de salud de la mujer indígena y las afro-descendientes, está en buena parte determinado por la situación de subordinación en su relación de cónyuges y con los sectores dominantes de la sociedad local y nacional.

*“Los hombres son muy machistas hasta le prohíben a las mujeres asistir a consulta.. definitivamente es difícil”*

#### **Grupos Focales con prestadores de Servicios**

- Se deben de agregar los problemas de salud propio de las mujeres pobres del país (e.g. embarazos en edades tempranas; complicaciones del embarazo y parto; anemia ferropiva, etc.) y otros del campo de la salud mental (por ejemplo abusos sexuales y violencias; alcoholismo y abuso de drogas), así como otros más específicos, derivados de riesgos por su trabajo en la agricultura.

- Las principales barreras identificadas para el acceso a los servicios de salud, son los siguientes:
- De tipo geográfico: Las personas de las comunidades estudiadas deben de recorrer largas distancias para acceder a los servicios de salud. Existe la necesidad de que los programas y servicios de salud, incluidas las actividades de promoción de la salud, estén ubicados de forma accesible para las comunidades indígenas o en sus inmediaciones.

*“... yo para venir pase el río hasta el pecho a las 5 de la mañana y mire que no me han atendido ahora no llego a mi casa”*

**Grupos Focales de Usuaris**

- De tipo cultural: Existen diferencias de idioma, el analfabetismo, la falta de comprensión sobre la cultura por parte de los prestadores de los servicios

*“a veces pasan muchas horas esperando, si no hay un mayangna que nos hable y atienda, no pasamos consulta”.*

**Usuaris de Grupos Focales (Cerlinia,).**

*Es que los médicos no creen en el Ojo , o en Sol que le pegan a los niños por eso no lo saben curar*

**Grupos Focales de Usuaris**

*“... no entiendo a veces lo que dicen ... lo dicen en español y rápido por eso no le entiendo”*

**Grupos Focales de Usuaris**

*“...hay médicos que nos atienden bien y saben de lo que les estamos hablando, pero hay otros que no les importa nada, si le entendés bien sino no les importa”*

**Grupos Focales de Usuaris**

*“Observamos que cuando son mayangnas no nos atienden bien, la gente está afuera o en la sala de espera, se prioriza a la población mestiza”.*

**(Roselene,).**

*“Hay ventaja en la atención porque la enfermera es mujer y habla miskitu. Yo no hablo nada de español, pero ahí hay una miskita y ella me traduce”.*

**(usuaris,)**

- De tipo económico: Falta de capacidad económica para pagar los servicios o para el pago de medios de transportación hacia los servicios de salud. El aspecto más mencionado por las personas que participaron en el estudio son las dificultades para el pago de medicamentos.

•

*“El pasaje ha subido... la panga está cara .. a veces no tenemos para trasladarnos que menos para los medicamentos”*

*“...si compro medicamentos .... con que les doy a los otros (niños)de comer”*

- De marginación: dificultades para participar en otros procesos o sistemas no indígenas en el concierto nacional, comunitaria, municipal, estatal y nacional.

*“... a nosotros no nos invitan... no se porque será ... yo poco conozco debe ser por lo que vivimos tan lejos ... aquí nadie viene.*

**Grupos Focal Agentes Comunitarios**

- De información: Falta de datos sobre la salud y las condiciones sociales de los indígenas, rara vez incluyen como variable al grupo étnico. Además, con frecuencia los datos tienen deficiencias en lo relativo a zonas rurales o aisladas, que son precisamente aquellas en las que suelen estar radicados muchos pueblos indígenas y afrodescendientes.

Ante esta situación existen algunos pasos orientados al reordenamiento del modelo atención en salud por parte del MINSA:

- Como parte del esfuerzo nacional por la inclusión del tema indígena a las prioridades de salud, de forma reciente el MINSA ha iniciado a hacer la separación y registro de la información según las diversas etnias existentes en el país. Sin embargo, por lo reciente de la recopilación de la información se tiene poca o ninguna información sobre la situación de salud y las condiciones de vida de los pueblos indígenas y afrodescendientes separados de la población general.
- La heterogeneidad en la composición étnica y cultural de los pueblos indígenas y afrodescendientes hace difícil--si no imposible--la aplicación de programas únicos o modelos de atención universales. En medio de este contexto existe un amplio esfuerzo para la realización de un modelo de atención propio de las Regiones. Este proceso está concluido en su elaboración en la RAAN y en discusión en la RAAS

*“Como Modelo de Salud Mayangna hemos participado de la gestión, revisamos el plan, y reunimos todos los miembros del Comité de Salud en el municipio. Nosotros tenemos a la comunidad organizada, denominada, comisión de salud comunitaria, tenemos una organización territorial para ver la salud y un representante ante el MINSA por parte de las comunidades mayangnas. A los comunitarios se les informa de algunas situaciones. Con las comunidades se les reúnen y les dan insumos, también se recogen las demandas y luego nos reunimos con las instancias municipales”.*

**(Antolín, Indígena Mayagna 2004).**

- Para lograr procesos de inclusión más amplio, se ha creado a través del consenso los modelos de Atención por Regiones y por sectores étnicos. Cambiando de esta manera la forma en que el Ministerio se acerca a esta población. En estos momentos no está dictando lo que tendrá que hacer la comunidad, esta vez la población está opinando, decidiendo y llegando a consenso y por otro lado el Ministerio de Salud se encuentra apoyando la conformación y decisiones que estas organizaciones impulsa.

## V CONCLUSIONES

### Utilización de los servicios de Salud

- Las opciones para la atención a disposición de la población son extremadamente reducidas y el papel de los establecimientos del estado es fundamental en la vida de las comunidades estudiadas.
- Al momento de enfermarse aproximadamente la mitad de las personas entrevistadas acuden en primer lugar a los servicios de salud establecidos por el Ministerio de Salud y una tercera parte recurren a la medicina tradicional. Un tercio de los nacimientos se producen en las casas y dos tercios ocurren en las unidades estatales de atención, sin embargo esto es muy variable de una comunidad a otra.
- Las principales razones expuestas por los/as usuarias de los servicios de salud para acudir a la atención en los establecimientos de salud son: La confianza en los prestadores de atención (calidad técnica), la cercanía y la calidez, la que se evidencia sobretodo en este tipo de comunidades alejadas en las que los trabajadores de salud son integrados al funcionamiento de las comunidades.
- No se observó diferencias significativas en la utilización de los servicios según regiones o grupos étnicos, lo que parece ser más determinante, son las condiciones de incomunicación en que se encuentre la población.

### Atención Prenatal, parto y puerperio

- En la mayoría de los casos las personas han asumido la importancia de la atención prenatal. Perciben la relevancia de la atención prenatal tanto para la prevención de complicaciones como para la para detección del riesgo presentando proporciones altas en las coberturas de estos servicios y durante el puerperio.
- La atención del parto realizadas por las parteras es preferido por un tercio de la mujeres debido a que: No tiene que recorrer distancias excesivas, no tiene que abandonar el hogar y sus familias, la calidez en el trato brindado, y algunas creencias como; temor a que se les realice cesárea, episiotomía, machismo de los hombres y factores religiosos.
- Existe amplia cobertura en general de los servicios de atención para la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo de los niños y niñas.

### Satisfacción de la Calidad

- Existe una muy buena calificación de los servicios por parte de las usuarias. Ocho de cada diez usuarias considera la atención recibida en los establecimientos de salud entre buena y excelente por parte de los médicos y enfermeras. Otras acciones educativas durante las consultas son bien aceptadas por la usuarias encuestadas.
- Las personas que nunca han acudido a las unidades de salud, refieren que la principales causas para no acudir son: Escasa dotación de medicamentos y exámenes

de laboratorio (no siempre les son brindados), dificultades de acceso geográfico, económico y cultural, mal trato por parte de los prestadores de los servicios.

## **Prácticas de Salud**

### **EDA/IRA**

- Para las tres situaciones de salud investigadas (IRA, EDA y parto) la población tiene conductas diferenciadas en dependencia de: la edad de las personas afectadas, las distancias a recorrer para la atención (Acceso Geográfico- Económico) y la prolongación de los cuadros febriles o de los paroxismos sintomáticos de las personas que sufre alguna enfermedad.
- Existe desconocimiento de la población de los signos de alarma en casos de EDA, IRA Y EMBARAZO sin embargo los Agentes Comunitarios los saben reconocer de forma apropiada. Por lo que se puede inferir que no se está produciendo la transmisión de información adecuada entre los Agentes Comunitarios y la población.
- Se evidencia que el discurso de las personas alrededor de las medidas de prevención es repetitivo y acorde con lo que el personal de salud suele recomendar, sin embargo en la práctica solo algunas de estas son aplicadas en los hogares.
- La integración de los conocimientos a las prácticas diarias está determinada por las condiciones infraestructurales en que las poblaciones sobreviven. La población se encuentra integrando prácticas sanitarias apropiadas como son la lactancia materna exclusiva, la vacunación y la búsqueda de fuentes agua más seguras. Pero en los hogares continúan, por ejemplo, sin tener una disposición adecuada de excretas y el lavado de manos como medidas de prevención de la Enfermedad Diarreica Aguda.
- Las consejerías y las capacitaciones brindadas por las unidades de salud tienen su repercusión beneficiosas en las conductas de las personas, ya que en la mayoría de los casos suelen iniciar de manera temprana la hidratación con Sales de Rehidratación Oral, lo que repercute en las complicaciones causadas por la EDA.

### **Servicios de atención de Segundo Nivel**

- Los indicadores de satisfacción de los usuarios de los servicios hospitalarios son aceptables en su mayoría. Las persona que los utilizan los aceptan tanto en sus aspectos técnicos como desde la condición humana en la prestación de los servicios.
- El personal dedicado a la atención tiene la aprobación de la mayoría de las personas encuestadas, por otro lado se refleja confianza técnica en las personas que les brindan la atención.
- Hay satisfacción con los tiempos de espera en los diversos servicios de la cuatro unidades hospitalarias estudiadas. En general hay aceptación de los horarios y funcionamiento de los diversos servicios a excepción de la consulta externa que se caracteriza por tener una atención exclusivamente matutina.

- Otra situación señalada como causa de insatisfacción, es la suciedad o falta de limpieza de las unidades hospitalarias y el estado deplorable del mobiliario de las unidades.
- La carencia de medicamentos y material de reposición periódica, significan erogaciones de los bolsillo de los usuarios lo que causa insatisfacción de los usuarios.

### **Factibilidad de Casas Maternas**

- En los municipios en que ya existen Casas Maternas se evidencia satisfacción con los servicios recibidos por las usuarias. En particular por la calidez con la que estas personas refieren sentirse atendidas en estas unidades.
- En los 15 municipios estudiados se encontró que existen condiciones subjetivas y objetivas para la realización de las Casas Maternas. En las autoridades locales y en los comités conformados existe plena posibilidad de acondicionamiento y sostenibilidad de las mismas a excepción de la comunidad de SAHASA en el municipio de Puerto Cabezas.

### **Articulación entre Niveles**

#### **Condiciones de los hospitales que afectan la articulación entre Niveles**

La problemática de los hospitales nacionales es muy particular para cada uno de ellos debido al desarrollo tan diferente entre si. Estos están determinados por la tradición de organización que estos han tenido y los programas de apoyo con los que han contado para el desarrollo gerencial de los mismos.

Antes de la ejecución del Programa, no existía comprensión de la necesidad de la articulación entre los niveles y si existía no había una lógica de conducción para lograrlo. El programa aportó elementos para una mayor comprensión del trabajo y funcionamiento de los niveles.

Los hospitales cuentan con personal altamente calificado y con remuneraciones por debajo de las capacidades de los recursos. Esto provoca alta permisibilidad por parte de las autoridades con la indisciplina laboral de estos recursos humanos exclusivamente. Lo que afecta la atención de la población demandante de los servicios sobretodo en la atención de las consultas externas.

La gran mayoría de las acciones o actividades de los hospitales se realiza por las mañanas y por la tarde existe tensionamiento en la atención por la reducción drástica de la oferta, y menor calificación del personal de turno.

El personal hospitalario tiene poca comprensión y conocimientos de las dificultades que enfrentan los servicios de salud municipales (nivel de resolución, capacidad técnica del personal o limitaciones con los recursos para la atención). Como consecuencia de esto se han realizado inversiones de importancia en el desarrollo de las capacidades gerenciales; sin embargo esta no ha surtido los efectos esperados debido a que la alta rotación de los equipos.

La atención de la referencia realizada por parte las unidades de salud, son percibidas por el personal de los hospitales, como una sobre carga de trabajo a la que ellos acceden atender y no a una responsabilidad como miembros de las redes

Salvo en algunos lugares muy específicos han habido rotaciones del personal médico de Segundo Nivel en Servicios de Primer Nivel. Esto es una experiencia que ayuda a una mejor comprensión entre los Niveles.

Existe escasa de difusión de los servicios y procedimientos que se brindan en los hospitales por lo que el personal de las unidades de Primer Nivel los desconocen, provocando referencias inapropiadas y mayor sufrimiento de la población que acude a las unidades.

La articulación con las unidades de Primer Nivel es un proceso “ voluntario” para los hospitales o son producto de compromisos de gestión ( como es el caso del PMSS) lo que no garantiza la sostenibilidad de estos procesos.

### **Condiciones de los Servicios de Atención Primaria que afectan la articulación con los Hospitales.**

- En las zonas alejadas los directores cuentan con poca experiencia para establecer la vinculación con los hospitales.
- El personal de salud de las comunidades alejadas o el personal en general de los servicios de Primer Nivel no cuenta con las posibilidades de realizar actualizaciones que permitan mantener un debate técnico con el personal del Segundo Nivel. Esto hace que la relación entre los médicos de Primero y Segundo Nivel sea de subordinación de los primeros con respecto a los segundos.
- La actitud crítica del personal de Hospitales alrededor de la calidad de los traslados o por los motivos de traslados, produce dos tipos reacciones en el personal de salud de los Centros de Atención Primaria: Subordinación hacia la recriminación o genera una actitud defensiva. En cualquiera de los casos estas actitudes no son de colaboración entre las partes.

### **Auditoría Social**

- El proceso no ha tenido un desarrollo efectivo en los municipios estudiados ya que comúnmente la participación de los agentes comunitarios ha sido de colaboración a las actividades de salud sin involucrarse en procesos más complejos relacionados con la Auditoría Social.
- Las organizaciones y organismos de la Sociedad Civil (ONGs) no han contado con espacios que permitan su involucramiento en los aspectos fundamentales de la Auditoría Social; es más, en estos momentos la mayoría de estas organizaciones se muestran más interesados por la ejecución de los proyectos o Programas en los que se encuentran involucrados en ejercer las Acciones de Auditoría Social.

- Las comisiones de salud en los municipios tienen un funcionamiento irregular salvo en raras excepciones. Generalmente los miembros son convocados en los momentos en que las necesidades de salud se vuelven apremiantes (coyuntura sanitaria desfavorable) .
- En las comunidades de los 15 municipios estudiados la experiencia de participación comunitaria en salud es muy común; en algunas de las comunidades estudiadas se limitan a acciones aisladas o dispersas impulsadas por los voluntarios y la dirección de los centros de salud. En general existe una tendencia utilitaria del voluntariado por parte de las autoridades y personal de salud local.
- En las Regiones Autónomas del Caribe Nicaragüense, el proceso de autonomía ha traído consigo la creación de instancias de mayor participación social con alto nivel de consenso, no solo en apoyo a las actividades de salud sino en todos los órdenes de la vida política y social de las Regiones. En los municipios de estas Regiones del País existe una amplia participación en los procesos de planificación y presupuestación
- Las condiciones para la aplicación de procesos de planificación con participación de Agentes Comunitarios y las diversas expresiones de la sociedad, es un proceso factible en los municipios estudiados debido a las experiencias exitosas a través de los Consejos Populares de Salud, las comisiones de salud y algunos proyectos que han ensayado esta modalidad.
- El proceso de evaluación de los servicios de salud y sus planes operativos desde la perspectiva de los agentes comunitarios, enfrentaría serias dificultades para que se lleve a efecto. No existe una metodología de evaluación sistemática. Para lograr este proceso se requiere desarrollar capacidades técnicas por parte de las personas que auditan los servicios de salud y en estos momentos no existen capacidades creadas para impulsar el proceso y ni una metodología de evaluación sistemática

### **Consejos Consultivos**

- El funcionamiento de los Consejos Consultivos ha tenido diferentes variables que son propias del nivel de desarrollo de la participación social en las comunidades, del marco regulatorio que ha regido este proceso que ha sido muy variable y contradictorio, de la voluntad política de la institución y de la figura de los gerentes de las unidades hospitalarias.
- Como regla general se establecen mecanismos de reuniones periódicas y extraordinarias según las necesidades.
- Las actividades hasta ahora realizadas son predominantemente de gestión o consecución de recursos materiales para el funcionamiento de las unidades y las actividades de Auditoría Social no han sido de su jurisdicción
- Se plantea que en los Directores de Hospital y en el MINSA Central ha prevalecido un mentalidad “ utilitaria” de los Consejos Consultivos y por otro lado la mayoría de los miembros de los mismos se ha integrado por consejos consultivos probablemente la

visión humanista de los miembros se ha acoplado con los mecanismos definidos por el sistema.

- Perciben que las autoridades del MINSA Nacional no han permitido los espacios suficientes para que los Consejos jueguen un papel protagónico en el quehacer del Hospital. Este hecho probablemente esto está marcado por otras experiencias traumáticas con las Juntas Directivas Hospitalarias y a la carencia de una cultura participativa y democrática de las autoridades.
- Se estableció el compromiso de los Consejos de pasar a la realización de acciones más relacionadas con auditoría social, sin embargo para este proceso se avisan necesidades de capacitación en los aspectos generales y de nombramiento de personas específicas con destrezas para el abordaje de aspectos específicos.

### **Medicina Tradicional**

- El uso de la medicina tradicional para tratar las diferentes afecciones de salud, tiene un componente cultural importante para un tercio de la población y se caracterizan principalmente por prácticas de uso de los recursos botánicos disponibles en las comunidades. Estas prácticas no han sido lo suficientemente reconocidas, investigadas, financiadas, ni integradas por el sistema de salud “occidentalizado” de salud y casi siempre son obviadas por carecer de sustentación “científica”. En este momento en el diseño de los Modelos de Atención para los diversos grupos étnicos que se impulsa en el Caribe Nicaragüense, se han integrado estas prácticas. Por otro lado, en las zonas diferentes al Caribe no son prioridad para el Ministerio de Salud.
- Para la utilización de la medicina tradicional, existen dos tendencias: un sector de la población lo utiliza como una opción más barata y accesible ante la imposibilidad de acceder a los medicamentos químicos o por tratarse de situaciones leves y otra, es que consideran la medicina tradicional como la forma más efectiva de combatir situaciones relacionadas con la salud (prevención y atención).
- Los conocimientos de la medicina tradicional tienen dos niveles de usuarios directos: la población enferma que por tradición oral ha aprendido su uso y otros usuarios que cumplen funciones de atención “medica” en las comunidades (Chamanes, herbolarios, parteras etcétera) los que la utilizan estas prácticas tradicionales como una forma de servicio a la comunidad y no siempre son remunerados.

### **Comunidades Indígenas y Afro-descendientes**

- Para la atención de la población que pertenece a los diferentes grupos étnicos, existen barreras de tipo geográfico, cultural, económico, marginación y información.
- La prestación de los servicios a estas comunidades enfrenta serias dificultades para los prestadores y los usuarios de los servicios de salud. La atención es brindada en una buena parte por personal de servicio social, que no tienen un proceso de inducción adecuado al llegar a las regiones, en su mayoría son hombres y no hablan la lengua de los habitantes de las comunidades lo que crea desconfianza en la población sobretodo femenina que resulta ser doblemente excluida.

- Una de las principales características del modelo atención en salud que prevalece en los servicios del estado, es que no se toman en cuenta las diferentes percepciones de salud que tienen las comunidades indígenas y afrodescendientes del país. Por otro lado, los modelos de atención propios de estas comunidades no son tomados en cuenta por los modelos de atención “occidental” que prevalece en el país. Sin embargo en las regiones autónomas hay esfuerzos para la aplicación de sus propio modelo de Atención en Salud
- No existen iniciativas sostenidas ni el financiamiento adecuado para desarrollar políticas y programas específicos en relación a la medicina tradicional y sus recursos terapéuticos (por ejemplo, plantas medicinales), o investigación y desarrollo de modelos alternativos de atención para poblaciones indígenas o grupos étnicos específicos.
- Como parte del esfuerzo nacional por la inclusión del tema indígena a las prioridades de salud, de forma reciente el MINSA ha iniciado a hacer el registro de la información según las diversas etnias existentes en el país. Sin embargo, por lo reciente de la recopilación de la información se tiene poca o ninguna información sobre la situación de salud y las condiciones de vida de los pueblos indígenas y afro-descendientes separados de la población general.
- La heterogeneidad en la composición étnica y cultural de los pueblos indígenas y afrodescendientes hace difícil--si no imposible--la aplicación de programas únicos o modelos de atención universales. En medio de este contexto existe un amplio esfuerzo para la realización de un modelo de atención propio de las Regiones. Este proceso está concluido en su elaboración en la RAAN y en discusión en la RAAS.

## VI RECOMENDACIONES

### Utilización de los servicios de Salud

- El MINSA es el principal proveedor de los servicios de salud en estas comunidades, por lo que es de vital importancia estratégica reforzar el funcionamiento de los Puestos de Salud, como el establecimiento del MINSA más cercana a la comunidad.
- Se debe establecer como de prioridad alta el equipamiento y abastecimiento de los Puestos de Salud, se deben de crear los mecanismos de seguimiento y control para que esta disposición sea cumplida a cabalidad por las autoridades municipales, SILAIS y el Nivel Nacional.
- Impulsar una política de fortalecimiento de condiciones de las unidades de salud y dotar de los recursos humanos en calidad y cantidad suficientes.

Algunas de las líneas de acción para el reforzamiento de la labor del personal son:

- Realizar procesos de inducción del personal médico y de enfermería para que estos conozcan la cosmovisión y la idiosincrasia de las comunidades en que desarrollarán sus labores.
- El MINSA con los gobiernos locales, debe definir una política de remuneración salarial y de facilidades para la convivencia con sus familias para el personal de los puestos de salud y centros de comunidades lo que estimularía la permanencia de los recursos humanos en las regiones. La exclusiva o reiterada política de envío de personal en servicio social obligatorio hace que cada año se enfrenten dificultades de alta rotación de esta fuerza laboral.
- Una alternativa a considerar es que en conjunto con los gobiernos locales se estimule a los recursos humanos con facilidades para realizar actividades económicas paralelas que le permitan ingresos que comprometan su presencia en la región
- En conjunto con los centros formadores se deben de establecer convenios para permitir el ingreso de personas provenientes de estas comunidades a las carreras de medicina y enfermería estableciendo los compromisos de retorno a sus comunidades de origen durante su vida profesional

### Satisfacción de la Atención

- Aunque la satisfacción de la población es alta y se han desarrollado esfuerzos por mejorarla, esto puede estar siendo afectado por las expectativas bajas de la población o al desconocimiento que estas tienen de sus deberes y derechos con respecto a la atención en salud, es por esta razón que se deben de continuar las acciones sostenidas de mejoramiento, debiéndose desarrollar esfuerzos orientados para focalizar la organización de la atención enfatizando en los horarios, la priorización de los medicamentos a los grupos más vulnerables y dotar material de reposición periódica para los Puestos de Salud más alejados que atienden a población altamente vulnerable

## Disposiciones para la atención en Salud

- Se deben impulsar las Campañas o Estrategias de comunicación orientadas a lograr que la información que los agentes comunitarios reciben en sus capacitaciones puedan ser transmitido a la población de su área de influencia. Por otro lado se debe de concentrar los esfuerzos en los aspectos relacionados a los signos de alarma y de búsqueda de ayuda en las enfermedades prevalentes en la infancia y las que se producen durante el parto y puerperio.
- Establecer como prioridad para la atención a las personas de las comunidades alejadas y dejar los sectores urbanos para la atención vespertina
- Explicar a la población las medidas organizativas para priorización de los grupos meta
- Promover que el trabajador de la salud que clasifica a los pacientes sea una de las personas clave para la atención además se debe de conseguir que en estas personas la voluntad de atención al cliente.

## ARTICULACIÓN ENTRE NIVELES

### Con el Nivel Comunitario

- EL Sistema de Información Comunitario de reciente implementación por parte del MINSA recoge de forma apropiada las actividades que a nivel comunitario se realizan, incluyendo la referencia y contrarreferencia desde la comunidad. Este es un proceso reciente que esta sirviendo para que los Agentes Comunitarios reflejen sus acciones en el sistema de información institucional y puedan además realizar una mejor orientación de sus esfuerzos. Se debe de expandir a nivel nacional el modelo.
- Difundir el SICO con el personal de salud, sobre todo a nivel de los hospitales y algunos centros de salud.
- En las regiones del Atlántico Norte y Sur se trabaja en un diseño y una metodología más acorde con el modelo de salud se elabora en estas regiones. Este proceso debe de ser acompañado por el MINSA y es preferible que el sistema sea fácilmente adaptado al sistema de información del MINSA

### Primero y Segundo Nivel

- Para lograr la articulación de los dos niveles de atención es una necesidad urgente de que la Gerencia de los SILAIS tengan bajo su conducción los hospitales Departamentales al menos en los aspectos relacionados a la atención. Una experiencia útil es la conformación de las comisiones de revisión de los casos de mortalidad materno infantil, en estas se deberá involucrar en un primer momento el personal gerencial y de atención directa con usuarias, para posteriormente incluir a las diversas instancias que ejercen la auditoria social en los hospitales y territorio.

- Para que exista un proceso de mayor comprensión entre los niveles, se deben de procurar las rotaciones de refrescamiento del personal de primer nivel en los hospitales y que el personal de los hospitales roten por períodos cortos en las unidades de primer nivel lo que mejorará la articulación y comprensión entre ambos niveles .
- Por otro lado, la estructura organizativa de separación entre los niveles que prevalece en el Nivel Central tiende en sus réplicas locales a causar una separación en el accionar de las mismas. Cualquier proceso de integración o articulación que se pretenda realizar deberá de incluir todas las estructuras incluyendo el Nivel Central.
- Existe un modelo propuesto de Referencia y Contrarreferencia entre Primer y Segundo Nivel, las fallas en el funcionamiento no es propio del modelo propuesto, sino del nivel de difusión que ha tenido y del seguimiento inapropiado de su implementación es por eso que el esfuerzo mayor debe de ser para el mejoramiento los mecanismos de seguimiento y monitoreo del mismo.
- Los aspectos a desarrollar para una referencia apropiada son:
  - El establecimiento del nivel de prioridad a través de las diversas formas de comunicación entre los niveles ( radio comunicadores, boletas diferenciadas etcétra)
  - El énfasis de los aspectos éticos entre el personal de salud, durante el envío realizado por personal de atención primaria.
  - Para el desarrollo de una contrarreferencia eficaz, se deben de realizar modificaciones a los criterios de egreso por servicios, en la que se incluya la posibilidad de poder poner en conocimiento de las unidades de atención primaria el egreso de pacientes que ameritan contrarreferencias. Se debe hacer llegar a las unidades de atención primaria la copia de las contrarreferencia o epicrisis emitidas por el hospital ( se puede utilizar cuando es posible el correo.
  - Como parte del comité revisión de los casos de mortalidad, se debe de capacitar a sus miembros para el seguimiento de traslados de las referencias y contrarreferencias.

### **Casas Maternas**

- Debido a que existe una amplia comprensión de la necesidad por parte de los tomadores de decisión en los municipios estudiados y por otro lado se han conformado comités para el impulso de esta acción es necesario que el personal de seguimiento del Programa y el Personal del MINSA en los territorios mantengan acciones sostenidas para el fortalecimiento de los mismos y para la consecución de fondos. En los 15 municipios estudiados la mayor dificultad se presentará en SAHSA ya que no existen condiciones sociales ni de organización de los servicios del MINSA que permita un funcionamiento adecuado.
- El MINSA y el Programa deben de continuar impulsando el funcionamiento de los comités ya conformados evitando de esta forma que las personas que se comprometieron a coordinar el trabajo se desmotiven.

### **Medicina Tradicional**

- El trabajo por rescatar e integrar la Medicina Tradicional en el Modelo de Salud imperante, debe de realizarse en el contexto global que incluye la sistematización de las experiencias, investigación científica y estudios de costo beneficios o factibilidad de la implantación de una estrategia de rescate y difusión de estas prácticas. Un enfoque simplista orientado a la utilización de la medicina tradicional como “alternativa” ante la carencia de los medicamentos podría hacer caer en desprestigio el esfuerzo reivindicador por la misma.

### **Auditoria Social**

- Se deben de realizar esfuerzos orientados a aumentar la masa crítica para el impulso de los temas de auditoria social tanto en las autoridades de salud como en los miembros de la Sociedad Civil. Aunque existen algunas organizaciones interesadas en el tema otras desconocen los alcances y beneficios que esta pueda tener; por lo que es conveniente el impulso de estos temas a lo interno de la institución y en las organizaciones de la Sociedad Civil.
- Los esfuerzos más importantes deben de ser orientados a difundir la importancia de la Auditoria Social y posteriormente se deben de concentrar los esfuerzos en la capacitación de las diversas instancias creadas de control social (Consejos Regionales y Consultivos, Comisiones de Salud Municipales
- En la RAAN y RAAS , promover el fortalecimiento de la Comisión Regional de Salud como la instancia técnica de alto nivel, la que con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas y afrodescendientes, para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas;

### **Comunidades Indígenas y afrodescendiente**

El principal problema de las comunidades indígenas y afrodescendientes es el asilamiento en que éstas viven, algunas están aisladas desde el punto de vista geográfico y otras desde el punto de vista cultural (diferencias de idiomas, falta de acceso a la tecnología de comunicación, a la educación, discriminación, etcétera). Este es el principal reto que enfrenta esta población tanto para atenderse en salud como para su desarrollo mismo. Las personas de estas comunidades evidentemente tendrán dificultades severas para la sobrevivencia, y cualquier institución que pretenda acompañarles para el mejoramiento de sus condiciones de vida deberá de enfrentar costos exorbitantes y resultados discretos. A continuación se detallan algunas de las acciones que son de vital importancia para lograr una atención en salud acorde a las necesidades de esta población:

- Fortalecer la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables del impulso de los modelos de atención a los grupos étnicos, a fin de superar progresivamente la falta de información en este

campo y asegurar mayor acceso a servicios de salud y atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad.

- Es necesario transformar la formación de los recursos humanos de salud, con la introducción de un enfoque intercultural. De igual modo, hay que fomentar la formación de personal de salud originario de los pueblos indígenas en todos los niveles, técnico y universitario. Además, las poblaciones indígenas deben poder intervenir en la elección de su personal de salud.
- Es necesario el reconocimiento de los terapeutas tradicionales, sin embargo, este reconocimiento debe basarse en el respeto y en la validación de la medicina tradicional a como lo contempla la realización del modelo atención para las comunidades de la RAAN Y RAAS.
- Promover la transformación de los sistemas de salud y apoyar el desarrollo del modelo alternativo de atención en Salud de las Regiones Autónomas. Es conveniente la inclusión la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad de la misma.
- Promover el desarrollo de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud para atender problemas y áreas de mayor importancia en materia de salud indígena de cada una de las Regiones Autónomas.
- Promover la participación de los indígenas y sus comunidades en todos los aspectos del trabajo sobre salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes a través de las comisiones de salud y del diseño y operativización del modelo de atención en salud en estas regiones.
- Identificar dentro de los programas de cooperación, recursos de cooperación técnica y prestar apoyo a la movilización de recursos adicionales a nivel internacional y nacional para la puesta en marcha y evaluación de esta iniciativa
- Coordinación y esfuerzos para promover la formación de redes de información y colaboración recíproca entre organizaciones, centros e instituciones que trabajan en el campo de la salud de pueblos indígenas y afrodescendientes, utilizando los mecanismos, iniciativas y programas existentes a nivel internacional procurando obtener la cooperación de otros organismos y organizaciones;
- Ampliar las actividades de evaluación de las condiciones de vida y situación de salud para incluir a los pueblos indígenas y afrodescendientes de la Región, con el fin de superar paulatinamente la actual falta de información en este campo tanto a nivel regional como a nivel de los países;
- Promover la investigación colaborativa, a nivel de la Región y países seleccionados, en temas prioritarios de salud y atención de la salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes

## INDICE DE TABLAS

TABLA 1 UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA ÚLTIMA CONSULTA PARA LA ATENCIÓN. ENCUESTA DE HOGARES EN QUINCE MUNICIPIOS DE NICARAGUA 2004.	11
TABLA 2 PRINCIPALES SITIOS A LOS QUE ASISTIERON EN BÚSQUEDA DE ATENCIÓN LAS PERSONAS EN ENCUESTAS DE HOGARES 15 MUNICIPIOS- NICARAGUA 2004	14
TABLA 2 TIEMPOS DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN EN 15 MUNICIPIOS DE NICARAGUA 2004	16
TABLA 3 PERCEPCIÓN ACERCA DE LOS TIEMPOS DE ESPERA EN 15 MUNICIPIOS DE NICARAGUA 2004	16
TABLA 4 DURACIÓN DE LA ATENCIÓN EN 15 MUNICIPIOS DE NICARAGUA -2004	17
TABLA 5 TIEMPOS DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN EN 15 MUNICIPIOS DE NICARAGUA 2004	18
TABLA 6 PERCEPCIÓN ACERCA DE LOS TIEMPOS DE ESPERA EN 15 MUNICIPIOS DE NICARAGUA 2004	18
TABLA 7 DURACIÓN DE LA ATENCIÓN EN 15 MUNICIPIOS DE NICARAGUA -2004	18
TABLA 8 COBERTURA DE LA ATENCIÓN PRENATAL DURANTE EN EL ÚLTIMO EMBARAZO OCURRIDO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN QUINCE MUNICIPIOS A NIVEL NACIONAL . NICARAGUA -2004	26
TABLA 9 RAZONES PARA ACUDIR A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN PRENATAL EN LOS EMBARAZOS ACONTECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN QUINCE MUNICIPIOS A NIVEL NACIONAL . NICARAGUA - 2004	27
TABLA 10 PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN PRENATAL EN LOS EMBARAZOS ACONTECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS OCURRIDOS EN QUINCE MUNICIPIOS A NIVEL NACIONAL . NICARAGUA -2004	28
TABLA 11 DISTRIBUCIÓN DE LOS SITIOS DE ATENCIÓN DEL PARTO ACONTECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS OCURRIDOS EN QUINCE MUNICIPIOS A NIVEL NACIONAL . NICARAGUA -2004	28

TABLA 12 RAZONES PARA ACUDIR A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO EN LOS EMBARAZOS ACONTECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN QUINCE MUNICIPIOS A NIVEL NACIONAL . NICARAGUA – 2004	29
TABLA13 PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN DURANTE EL PARTO EN LOS EMBARAZOS ACONTECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN QUINCE MUNICIPIOS A NIVEL NACIONAL . NICARAGUA -2004	30
TABLA 14 ASISTENCIA A LA ATENCIÓN DEL PUERPERIO ACONTECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS OCURRIDOS EN QUINCE MUNICIPIOS A NIVEL NACIONAL . NICARAGUA -2004	30
TABLA 15 DISTRIBUCIÓN DE LOS SITIOS DE ATENCIÓN DEL PUERPERIO ACONTECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS OCURRIDOS EN QUINCE MUNICIPIOS A NIVEL NACIONAL . NICARAGUA –2004	30
TABLA 16 PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO EN LOS EMBARAZOS ACONTECIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN QUINCE MUNICIPIOS A NIVEL NACIONAL . NICARAGUA –2004	31
TABLA 17 PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN GENERAL EN LAS UNIDADES DE SALUD DE 15 MUNICIPIOS DE NICARAGUA 2004	37
TABLA 18 ASPECTOS POSITIVOS RECONOCIDOS POR LOS USUARIOS/AS DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN QUINCE MUNICIPIOS DE NICARAGUA -2004	37
TABLA 19 VENTAJAS COMPARATIVAS DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA QUE ACUDIÓ PARA ATENCIÓN EN 15 MUNICIPIOS DEL PAÍS-2004	38
TABLA 20 CALIFICACIÓN GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN 15 MUNICIPIOS DE NICARAGUA 2004	39
TABLA 21 PRINCIPALES ASPECTOS QUE NO LES GUSTÓ A LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE 15 MUNICIPIOS NICARAGUA 2004	40
TABLA 22 PRINCIPALES ASPECTOS QUE NO LES GUSTÓ A LAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE 15 MUNICIPIOS NICARAGUA 2004	40
23 CARACTERIZACIÓN DE LAS USUARIAS DE LAS CASAS MATERNAS BLUEFIELDS, RAMA, BILWI, MATAGALPA 2004	44
24 SATISFACCIÓN DE USUARIAS DE CASAS MATERNAS: BLUEFIELDS, RAMA, BILWI, MATAGALPA 2004	45

