

LA ATENCIÓN EN SALUD A LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD, MODELO DE SALUD INTERCULTURAL MASI-RAAN

Manuel S. Salas Flores ^[1]

Resumen

A fin de contribuir al fortalecimiento de la atención de las personas de la tercera edad de las comunidades indígenas y afrodescendientes de la Costa Caribe Norte, enmarcado en el Modelo de Atención en Salud Intercultural (MASI). Se realizó un estudio en dos comunidades indígenas miskitas del Llano Norte y la comunidad afrodescendiente de Bilwi, de julio a noviembre del 2009. Contando con la participación de 45 ancianas y ancianos que en grupos focales nos expusieron su sentir con relación a la atención médica que reciben tanto en la medicina tradicional como en la occidental.

Se identificaron las principales causales que interfieren en dicha atención, la actual situación de los servicios de salud y la necesidad de combinar las prácticas de medicina tradicional con la medicina occidental para ofrecer mejores alternativas y resultados en la recuperación de la salud, como una opción para superar la inaccesibilidad económica y cultural. Se aprecia también la opinión de las autoridades regionales en la salud, que coinciden en la necesidad de elaborar nuevas normas, políticas y programas de salud de cara a la atención de los geriátricos, así como la adecuación cultural de los actuales programas.

Se observa el desconocimiento casi total de la geriatría como especialidad que aporta las herramientas adecuadas para la atención del adulto mayor, sus patologías relacionadas al envejecimiento y todo su entorno como un ser integral que ha realizado sus aportes a la sociedad actual, por tanto merece reconocimiento y respeto de sus derechos a la salud según su condición biológica, para contribuir a un envejecimiento exitoso.

Palabras Clave: Personas de la tercera edad; causales que interfieren con la atención; inaccesibilidad económica y cultural; atención a los geriátricos; geriatría; adulto mayor; envejecimiento exitoso; servicios de salud.

[1] Coordinador de la Licenciatura en Medicina Intercultural, Recinto-Bilwi. E-mail: manuellsalas@hotmail.com

Summary

In order to help strengthen the care of elderly people from the indigenous and afro-descendant communities of the North Caribbean Coast of Nicaragua, framed in the Intercultural Health Model (MASI), a study was conducted in two Miskitu indigenous communities of Llano Norte and the Afrodescendant community of Bilwi, from July to November 2009. The methodology applied was through a focus group with the participation of 45 elders who expressed their feelings regarding the medical care they receive both from the traditional and western health system.

The main causes that interfere with such care were identified, as well as the current situation of health services and the need to combine traditional medicine practices with western medicine in order to offer better alternatives and results in the health recovery, as an option to overcome the economic and cultural inaccessibility. The opinion of the regional health authorities is also seen, who agree on the need for new rules, policies and health programs related to geriatric care and cultural adequacy of the current programs.

It is evident the almost total lack of geriatrics as a specialty to provide appropriate tools for the elders care, its pathologies related to aging and all its surroundings as an integral being who has made contributions to modern society, and therefore deserves recognition and respect of their rights to health according to their biological condition, to contribute to a successful aging.

Keywords: Elderly people; causes that interfere with the attention; economic and cultural inaccessibility; geriatric care; geriatrics; elders; successful aging; health services.

I. Introducción

La población de la Región de las Américas está envejeciendo a un ritmo acelerado, por consiguiente, la inversión en la promoción de la salud durante el envejecimiento y el aplazamiento de la aparición de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento y las discapacidades, no sólo significará un éxito para la salud pública en la Región, sino que también contribuirá al bienestar de todas las generaciones.

Para el año 2025, 14% de la población de América Latina y el Caribe tendrá 60 años de edad o más. Esta tendencia tiene consecuencias inmensas para la salud pública debido a la posibilidad de que sobrecargue los servicios existentes y de que con ello se establezca una competencia inter generacional por los escasos recursos.

En Nicaragua el fenómeno demográfico también se hace manifiesto, pues, desde el decenio de 1940 nuestro país ha entrado en un proceso de transición demográfica

caracterizado por la marcada reducción de la tasa de mortalidad general – de 22.7 en aquellos años a 6.8 al 2001 – y la tasa de fecundidad también en descenso de 7.3 hijos por mujer a 5, de las variantes de crecimiento poblacional, la disminución de la mortalidad es la que ha tenido más impacto sobre el crecimiento y composición de la población. Nuestra población mayor de 60 años representa el 9% de la población total, con tendencias al incremento para los próximos veinte años. Asociado a los cambios demográficos, aumento de la esperanza de vida al nacer, esperanza de vida sana al nacer y la esperanza de vida sana a los 60 años, junto a los fenómenos del proceso de transición demográfica que determinan el crecimiento y la composición de la población. (OPS/OMS: 2002)

El presente estudio recoge la mayoría de las impresiones de los usuarios de los servicios de salud, mayores de 60 años que habitan en comunidades indígenas miskitus, Afrodescendientes y Mestizas de la RAAN. Para exponer las necesidades de adecuación de los mismos para ser atendidos de acuerdo a los cambios biológicos asociados al envejecimiento. Partiendo de la premisa que en el Modelo de Atención Intercultural de la RAAN, MASI-RAAN; este grupo etéreo es considerado priorizado y vulnerable.

Además del papel y figura preponderante que representan nuestros ancianos en todas nuestras culturas ancestrales. Tales como sabiduría, transmisión de valores y conocimiento de una generación a otra, la preservación de los valores ancestrales, el aporte que han dado al desarrollo de nuestras sociedades y la necesidad de ser atendidos en forma diferenciada de acuerdo a estándares internacionales y los definidos por ellos mismos desde su cosmovisión. Señala a su vez la falta de cultura geriátrica en los trabajadores de la salud, incluyendo tomadores de decisiones y dirigentes de gobierno. Así como la implicancia de esto en la calidad de la atención con relación a lo que las especialidades que estudian los cambios asociados al envejecimiento plantean en torno a la organización de salud frente a las demandas de la tercera edad en la medicina occidental y la medicina tradicional, modelos de salud para pueblos indígenas y la práctica médica occidental.

Previendo llegar a proporcionar una guía para facilitar la operacionalización, organización, desarrollo y seguimiento de la atención a las personas de la tercera edad en todos los niveles, desde la comunidad y el Puesto de Salud hasta los Hospitales Regionales.

II. Revisión de literatura

A nivel de las Américas y desde la óptica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se está planteando que el envejecimiento de la población en esta región tiene tres características esenciales: todas las naciones lo están experimentando; el rápido crecimiento de la población que está envejeciendo plantea enormes retos a la capacidad y la voluntad de los sectores social y de la salud para que proporcionen sistemas

coordinados de atención; y la prolongación de la esperanza de vida sin discapacidad para las personas adultas mayores, es posible sólo si los gobiernos prestan el apoyo adecuado. (OPS, La Salud y el Envejecimiento, Marzo 2002)

Por tanto ha instado a los Estados Miembros a que establezcan políticas, planes, programas y servicios nacionales para las personas adultas mayores, haciendo hincapié en los servicios de promoción de la salud y atención primaria. Las naciones Unidas están preparando la Estrategia Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, 2002, que se presentará para su aprobación en los primeros decenios del siglo XXI. En dicho documento se proporciona a los Estados Miembros un análisis de las prioridades para lograr que las personas adultas mayores en toda la región puedan envejecer con seguridad y sigan participando en sus sociedades y familias con pleno derecho de acceso a la asistencia sanitaria de buena calidad.

También se presenta el itinerario del proceso de formación de la capacidad de los programas comunitarios para abordar los retos y las oportunidades de la salud y el envejecimiento (Políticas Nacionales de Salud de Nicaragua, Pág. 23). Desde las Políticas Nacionales de Salud de Nicaragua y todos los instrumentos constitucionales que definen la atención y gestión de la salud. (Políticas Nacionales de Salud de Nicaragua, Pág. 35)

En las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Norte tenemos el Modelo de Atención en Salud Intercultural (MASI-RAAN), enmarcado en todos los instrumentos jurídicos en materia de salud para los pueblos que habitan todo este territorio. Cuyos principios son: la integralidad de la atención en salud, la interculturalidad de la salud, la reciprocidad en las acciones, la equidad en la atención y la accesibilidad a los servicios de salud interculturales. (MASI-RAAN Pág. 22 - 23)

Sin embargo, hace falta definir como se hará en la práctica la atención a las personas de la tercera edad, los geriátricos. Tanto en el sistema de salud tradicional como el occidental, desde la comunidad, el Puesto de Salud, las Sub sedes, los Municipios y las unidades de atención del segundo nivel.

Cambios biológicos asociados al envejecimiento

“El Adulto Mayor no es simple continuación del adulto, así como el niño no es una miniatura del adulto”. (Moriguchi Yukio, Moriguchi Emilio, Pág. 12)

El Doctor Moriguchi en su obra *Biología Geriátrica Ilustrada*, establece claramente que los cambios biológicos asociados al envejecimiento marcan cambios importantes en el individuo, en sus funciones vitales y metabolismo basal. Así como la respuesta a fármacos y actividades de la vida diaria que pueden definir la calidad de vida en la

tercera edad y un envejecimiento exitoso o con mucha dependencia para las actividades cotidianas. Que, por tanto, determinarán su estado de salud en general.

Por tanto, la readecuación de los servicios de salud en todos los niveles debe ser prioritaria tomando en cuenta las proyecciones de población mayor de 60 años según la OMS para el año 2025, sus mandatos o recomendaciones para los Estados de la región para prepararse ante este fenómeno de transición demográfica y la actual organización de los servicios de salud en el país. A nivel regional el Modelo de Salud considera a las personas de la tercera edad como grupo prioritario, pero no define como será en la práctica sin perder el enfoque intercultural y de género hacia los habitantes de comunidades indígenas, afrodescendientes y mestizos.

Promover el envejecimiento activo y saludable significa, entre otros factores, valorar la autonomía y preservar la independencia física y psíquica de la población mayor, previniendo la pérdida de capacidad funcional o reduciendo los efectos negativos de eventos que la ocasionen. Además de eso, garantizar acceso a instrumentos diagnósticos adecuados, la medicación y la rehabilitación funcional.

Asegurar la igualdad

La discriminación manifiesta o implícita viola uno de los principios fundamentales de los derechos humanos y está a menudo en el origen de una mala salud. La discriminación de minorías étnicas, religiosas y lingüísticas, de los pueblos indígenas y de otros grupos marginados de la sociedad es un factor causal y potenciador de la pobreza y la mala salud.

Los geriátricos deben ser incluidos para asegurar la igualdad de derechos

Los datos estadísticos sobre el estado de salud de los pueblos indígenas son escasos, sobre todo en lo que se refiere a los pueblos indígenas de África, Asia y Europa Oriental. Para subsanar esta falta de información, es importante que los datos sean desagregados en función de variables pertinentes, tales como la etnia, la cultura, la tribu, la lengua o la región geográfica.

Existe poca información que aborde el tema de la salud de la tercera edad en los pueblos indígenas. La mayoría de las fuentes se refieren a derechos indígenas en general y todos visibilizan como grupos vulnerables a mujeres, niños, comunidades indígenas en general, afrodescendientes y otras etnias.

III. Materiales y métodos

Tipo de estudio: Es una investigación cualitativa de tipo descriptivo que pretenderá con la participación de los sujetos objeto de la investigación en aportar elementos

para diseñar una guía de atención, organización y gestión de los servicios de salud intercultural para las personas de la tercera edad.

Unidad de análisis: Tres comunidades indígenas miskitus del Llano Norte del Municipio de Puerto Cabezas, un barrio de la ciudad de Bilwi con mayor concentración de población afrodescendiente.

Sujeto de la investigación: Personas de la tercera edad perteneciente a las etnias miskita y creole. Personal de salud tradicional y occidental y autoridades de salud de la región.

Categorías:

- Perfil o características epidemiológicas de los usuarios.
- Perfil o características socio demográficas.
- Causales que interfieren con la atención integral e intercultural.
- Guía de atención en salud intercultural para los pacientes geriátricos.
- Propuesta de la organización y gerencia de los servicios de salud para los geriátricos.

Criterios de selección y exclusión:

Selección: De los usuarios en la edad mayor o igual a 65 años, que pertenezcan a las comunidades de Sisín y Santa Marta, pertenecientes a las etnias miskitus, afrodescendientes y mestizos.

Del personal de salud, prestadores de servicios de salud tradicional y occidental en las comunidades seleccionadas, de las unidades de salud en la cabecera municipal de Bilwi y Hospital Regional. Autoridades de salud (Presidente de la comisión de salud, Coordinadora y Asesora de la Secretaría de Salud del GRAAN y Directora del MINSA SILAIS, Hospital Regional y Centro de Salud)

Exclusión: De los usuarios en edad menor de 65 años que no pertenezcan a estas comunidades y etnias.

Del personal de salud, que no presten servicios de salud en estas comunidades ni aquellos que no ocupen cargos de autoridad en salud de la región.

Fuentes y obtención de datos:

Primarias: ancianos y ancianas de las comunidades donde se realizó el estudio y las autoridades de salud en la RAAN.

Secundarias: registros estadísticos de las unidades de salud, estudios previos (si hay), documentos referentes al tema de geriatría y organización de servicios de salud para la tercera edad.

Técnicas e instrumentos:

Técnicas:

1. Grupos focales.
2. Entrevistas.
3. Revisión bibliográfica.

Instrumentos:

1. Guía de entrevista para grupos focales.
2. Cuestionario con preguntas abiertas y cerradas.

Procesamiento y análisis de datos: Se utilizó para la recolección de los datos, grabadoras, cintas, cámara fotográfica y computador portátil con software de Word, Excel y Power Point. Posterior a la recolección de datos, se elaboró una matriz de análisis en la que fueron vertidos para su interpretación todos los datos recopilados en los grupos focales y entrevistas a informantes claves utilizando la triangulación.

Aspectos éticos:

1. Se solicitó permiso a los comunitarios para entrar a realizar el presente estudio.
2. Definimos con los sujetos de estudio la publicación de sus nombres.
3. Agradecimiento a todos los participantes de los grupos focales y entrevistas antes y después de cada actividad.
4. El estudio, no contempló aspectos de experimentación de ningún tipo.

Cuadro No. 1. Matriz de análisis de La Atención en Salud para las Personas de la Tercera Edad, enmarcada en el Modelo de Salud Intercultural de la RAAN – MASI-RAAN

Categorías	Definición	Fuente	Indicadores	Técnicas
Perfil o características epidemiológicas de los usuarios.	Edad, sexo.	Entrevista. Registros.	Nº Masculino/Total de entrevistados. Nº Femenino/Total de entrevistadas. Nº entrevistados según edad/Total.	Encuesta/ Observación.
Perfil o características socio demográficas.	Procedencia etnia, religión, estado civil, con quien vive.	Entrevista. Registros.	Nº etnia / Total. Nº religión/Total. Frecuencia de edo. civil.	Observación.
Causales que interfieren con la atención integral e intercultural.	Accesibilidad cultural, geográfica, económica. Atención diferenciada siguiendo los instrumentos para la evaluación geriátrica. Satisfacción de la atención.	Entrevista.	Datos obtenidos en la entrevista o grupo focal.	Grupo focal.
Guía de atención en salud intercultural para los pacientes geriátricos.	Documento impreso que contenga las instrucciones de cómo debe ser la atención a los pacientes geriátricos, basada en la Evaluación Geriátrica.	Documento.	Documento elaborado.	Consulta bibliográfica y elaboración del documento.
Propuesta de la organización y gerencia de los servicios de salud para los geriátricos.	Documento conteniendo todo sobre la organización de los servicios de salud y el personal integrante del equipo multidisciplinario. En cada nivel de atención.	Documento.	Documento elaborado.	Consulta bibliográfica y elaboración del documento.

III. Resultados y discusión

Perfil o características epidemiológicas de las personas ancianas

Procedencia

Los grupos focales se desarrollaron con un total de 45 participantes, procedentes de las comunidades indígenas miskitus de Santa Marta (16) 36%, Sisín (21) 47% y la comunidad Creole de Bilwi (8) 18%. No fue posible desarrollar la actividad con grupos mestizos y mayangnas debido a que no se logró reunirlos.

Edad

El rango de edades encontrado fue desde menores de 60 años hasta mayor de 86, siendo el grupo de mayor asistencia de 71 a 75 años con un 27% (12), siguiendo en orden de

frecuencia los siguientes grupos de edades, menor o igual a 60 el 23% (10), 60 a 65, 16% (7), 76 a 86 el 14% (6), 66 a 70 el 12% (5), 81 a 85 el 9% (4) y mayor de 86 con 3% (1).

Sexo

La mayoría de los asistentes eran del sexo masculino, 63% (28), del sexo femenino contamos con el 38% (17).

Religión

La mayoría de ellos se congregaba en la iglesia Morava, 43% (19) y en el siguiente orden los demás, Católica 34% (15), Anglicana 18% (8) y Adventista 7% (3).

Etnia

El 83% (37) de los participantes en los grupos focales pertenecía a la etnia miskitu, el 18% (8) era afrodescendiente.

Observamos que la distribución geográfica sigue el patrón de nuestra región, tendiendo siempre a una mayor concentración poblacional en las áreas rurales. Sin embargo el rango de edades fue variable, concentrándose más en el grupo de 71 a 75 años. Llamó la atención que el 23% de los participantes eran menores de 60 años. Para quienes los alentaba a participar, la preocupación del estado actual en la atención que se brinda a las personas de la tercera edad. También el hecho de que ellos están conscientes que llegarán a ser parte de este grupo etéreo y les gustaría contar con servicios de salud que respondan a sus necesidades y particularidades biológicas que se vendrán con el envejecimiento. La participación de las mujeres fue menor en relación con los hombres, probablemente porque están ocupadas de los quehaceres de la casa, en la preparación de alimentos o cuidando de los nietos.

La religión predominante siempre es la Morava, en estrecha relación con las tendencias históricas, de ser la primera iglesia en llegar a la Costa Caribe nicaragüense, así mismo en orden de frecuencia la iglesia Católica que fue la segunda en tener presencia entre los miskitus. Y además las iglesias han sido las primeras en desarrollar programas de atención en salud a las comunidades indígenas de la Costa Caribe combinando la medicina tradicional (generalmente fitoterapia) y la occidental.

Así mismo, la composición étnica conserva una relación con la diversidad de nuestra región y en particular del municipio de Bilwi, siendo la mayoría de los participantes de la etnia miskitu.

Las impresiones de los grupos étnicos mayangnas y mestizos no fue posible obtenerlas en vista de que no logramos reunirlos y además en el caso de los mayangnas la fuente de contacto expresó que casi no hay ancianos viviendo en este sector de la región. Sus comunidades están ubicadas en territorio mayangna primordialmente, más hacia el interior del departamento y norte del mismo.

Perfil de los informantes claves

Los cargos que ejercen son de autoridad en salud, tomadores de decisiones. Fueron entrevistados los siguientes: Presidente de la Comisión Regional de Salud del Consejo Regional, Directora de la Secretaría de Salud del Gobierno Regional y la Directora General del MINSA SILAIS RAAN. Dos de ellos pertenecen al pueblo indígena miskitu y una a la etnia mestiza. Dos de la religión católica y una de la morava, dos femeninas y un masculino.

Causales que interfieren con la atención integral e intercultural

Para conocer las opiniones de los participantes en los grupos focales acerca de la atención en salud intercultural e integral dirigida a las personas de la tercera edad, así como las causales principales que interfieren en el proceso. Se desarrollaron los grupos focales siguiendo un cuestionario previamente elaborado para tal fin.

Salud integral e intercultural

¿Para ustedes, qué es atención en salud integral e intercultural?

Las respuestas fueron variadas, pero en general revelan el poco o nulo conocimiento que hay en la población en general sobre la interculturalidad en salud y la integralidad. Los krioles expresaron desconocer que es atención intercultural, los miskitus de Sisín dijeron que no han recibido información sobre la interculturalidad, aunque los de Santa Marta dijeron conocer un poco sobre el Modelo de Atención en Salud Intercultural de la RAAN (MASI-RAAN), pero solamente les han dado un taller y consideran que hace falta profundizar en el tema.

El desconocimiento del MASI-RAAN y su esencia, conlleva a que los miembros de pueblos originarios no planteen demandas de su derecho a la atención en salud tomando en cuenta sus particularidades relacionadas a la edad. Hace falta mayor divulgación de nuestro modelo de salud, sus principios y razones de ser.

Los informantes claves dieron sus opiniones sobre estos conceptos, siendo los siguientes:

Directora de la Secretaría de Salud

- Atención integral es donde tienen que estar contempladas todas las atenciones que se pueden brindar en salud. Tomando en cuenta todas las edades, mujeres embarazadas, niños, ancianos, adolescentes, de ambos sexos y una atención que debe estar acompañada con la promoción, prevención. Incluye la atención primaria y secundaria a todos los pacientes.
- Cuando hablamos de interculturalidad nos referimos cómo retomar y respetar las prácticas tradicionales de todos los pueblos y grupos indígenas que existen en una región. Articulando todos los saberes ancestrales que tienen los agentes tradicionales, trabajando en armonía con la medicina occidental. Hablamos también de la revitalización cultural, es como rescatar las prácticas que se van perdiendo.

Presidente de la Comisión Regional de Salud

- Cuando hablamos de integralidad en la convivencia de las comunidades, todo es integral. Y cuando hablamos de salud, en la práctica implica sacar los embudos municipales desde las cabeceras y llevarlas a la comunidad.
- Tiene que ver con la atención en todos los niveles incluyendo la prevención. Conocer las enfermedades de la comunidad y la familia para llevar un control y dar una buena atención. Esto nos permite hacer proyecciones para cinco o diez años. El control nos permitiría proyectar y programar recursos a largo plazo.
- Debe ser no sólo curativa, sino también preventiva.

Directora General MINSA SILAIS-RAAN

- Salud integral es un conjunto de atenciones o prestaciones de servicio que se ofertan y brindan a los pacientes, respetando su cultura y cosmovisión.

Los conceptos de integralidad e interculturalidad en salud, están bien aproximados a lo que establece el MASI-RAAN en su documento general. Encontramos pues, que las actuales autoridades en salud para nuestra región manejan información relacionada al tema en mención. Que es básico para poder seguir generando conocimiento a partir de las siguientes preguntas desarrolladas en la entrevista.

¿Cómo son atendidos en la actualidad las ancianas y los ancianos?

Afrodescendientes

El estado actual de la atención de las personas ancianas en el municipio de Bilwi como referencia para la región, se indagó desde la medicina tradicional y occidental. Encontramos que los afrodescendientes consideran muy positivo el hecho que en la medicina tradicional no tienen que pagar ni un centavo, en cambio, en la medicina occidental no reciben el tratamiento completo, pero a veces esto se compensa con el buen trato de algunos doctores y doctoras, lo que les hace sentir bien. Otra participante expresó que combina la medicina occidental y la tradicional para manejar su problema de diabetes en vista de que no siempre le dan su tratamiento completo en el Programa de Atención a Pacientes Crónicos. Pero en general no se sienten satisfechos con la actual manera de ser atendidos.

Por otro lado, se encuentran con que el médico no habla inglés y esto dificulta la comunicación y por tanto la comprensión de las indicaciones para seguir el tratamiento y la recuperación de su salud. Y, para superar esta barrera se auxilian con interpretes miembros de su familia que los acompañan o con personal de enfermería. Otra expresión de la situación actual de los servicios de salud para los ancianos/ancianas se refleja en el hecho que es necesario gastar dinero para poder hacer exámenes de control por que no se hacen algunos exámenes en el centro de salud.

Los usuarios geriátricos afrodescendientes hacen uso de los servicios de salud para atender sus enfermedades crónicas, principalmente; sin embargo, se encuentran con algunas barreras de naturaleza cultural, económica y por la falta de abastecimiento a las unidades de salud del Ministerio de Salud en el municipio.

Como una alternativa terapéutica para superar las barreras, acuden a la medicina tradicional en cierta medida. Algunas veces, y otras veces en combinación con la medicina occidental.

Miskitus

La etnia miskitu expresó lo siguiente, en relación con el mismo tema.

En la medicina tradicional:

- A veces el costo económico es mayor que la otra medicina.
- Tenemos buen trato de parte del agente de medicina tradicional. Pero el costo alto, a veces hasta C\$ 1000.00.

- Los curanderos de Bilwi cobran más que los de las comunidades.
- El curandero da un trato diferente al anciano.
- Hay atención diferente.
- No se debe engañar a la gente.
- El curandero debe ser honesto y enviar al médico al paciente cuando sea necesario.

En la medicina occidental:

- Le dan más importancia a las mujeres embarazadas, a los ancianos no nos quieren ver.
- Por ser viejos, no piensan en nosotros. No hay medicinas.
- Sólo nos dan tratamientos incompletos y no tenemos dinero para comprar el resto.
- Cuando hay atención especializada, no hay prioridad para las comunidades.
- Toda la mejor atención se hace en Bilwi.
- La consulta privada no la podemos pagar.
- Algunos médicos y enfermeras atienden con amabilidad.
- En el Puesto de Salud la enfermera me atiende bien, en el hospital no.
- Nos dicen que todas nuestras enfermedades son a causa de la vejez.
- Dan recetas y no hay medicamentos en las farmacias.
- Sólo hay medicamentos en las farmacias privadas.
- En algunos Puestos de Salud, las enfermeras o enfermeros venden el medicamento.

La percepción que tienen las personas ancianas de la etnia mískitu no difiere mucho en relación con lo planteado por los afrodescendientes al verter sus consideraciones acerca de la calidad de la atención que están recibiendo en la medicina

tradicional y occidental. Llama la atención el sentir de los ancianos y ancianas de nuestras comunidades indígenas y afrodescendientes tomando en cuenta que no se corresponde el trato con el valor de ellos en las comunidades; y el papel preponderante en la transmisión de valores, conservación y revitalización de las culturas y su aporte a la sociedad actual en la que vivimos.

Señalan algunas diferencias desde la accesibilidad económica, cultural y geográfica. Pero al final todos coinciden en que en la actualidad no están siendo atendidos de acuerdo a los cambios que van experimentando con la edad. Sus dolencias son vistas en general como algo que les debe suceder por ser “viejos” y por tanto no requieren mucha atención en relación con mujeres embarazadas y niños.

Sus patologías en general son abordadas como las de cualquier otro adulto joven, sus enfermedades crónicas son atendidas en un programa para enfermedades crónicas que no cuenta con los medicamentos necesarios, exámenes de laboratorio ni espacios físicos exclusivos para atender a personas de la tercera edad, mucho menos personal entrenado para este fin.

Entrevista a informantes clave

Al opinar sobre la atención actual que reciben los ancianos/ancianas tanto en la medicina tradicional como en la occidental, expresaron lo siguiente.

Directora de la Secretaría de Salud del GRAAN:

- **En la medicina tradicional:** Son atendidos en sus hogares, por lo general. Las personas ancianas confían mucho en sus agentes tradicionales. Asisten a su consulta para que los soben.
- **En la medicina occidental:** En las unidades de salud son atendidos en los programas de enfermedades crónicas. Donde son valorados según su patología y de ahí son referidos al especialista necesario. Sin embargo, no es un programa exclusivo de ancianos.

Presidente de la Comisión Regional de Salud del CRAAN

- **En la medicina tradicional:** Cuando se enferman buscan la curación con yerbas o raíces. En ocasiones al no ser utilizadas en dosis y formas adecuadas corren el riesgo de intoxicaciones. No se toma en cuenta que el cuerpo cambia con los años.
- **En la medicina occidental** Son atendidos de manera ligera, atribuyéndosele todos los males a “enfermedad de los viejos”. Se decide el diagnóstico sin hacer estudios requeridos. Estamos mal.

Directora General MINSA SILAIS RAAN:

- **En la medicina tradicional:** Cuando se enferman buscan la curación con yerbas o raíces. En ocasiones al no ser utilizadas en dosis y formas adecuadas corren el riesgo de intoxicaciones. No se toma en cuenta que el cuerpo cambia con los años.

- **En la medicina occidental:** Se les atiende por el problema que acuden, aunque con el nuevo modelo de salud se está trabajando en tener un programa de dispensarizados para los pacientes con enfermedades crónicas con el objetivo de mejorar la calidad de la atención de estos pacientes. Así como garantizarles su medicamento y contar con suficientes reactivos para sus exámenes.

Además estamos tratando de incorporar la detección precoz del cáncer de próstata. Estamos programando fondos en vista de que se consideran parte de la atención en salud reproductiva. Históricamente se ha priorizado a la madre y el niño. Pero en este nuevo modelo nos obligamos a tener identificados a todos estos pacientes.

Podemos apreciar, que nuestras autoridades en salud coinciden en que los pacientes de la tercera edad, atendidos en ambos sistemas de salud pero no se siguen los protocolos de la evaluación geriátrica como herramienta vital para el abordaje de sus problemas de salud. A diferencia de lo que se realiza en otros países de América Latina, tales como Brasil, Costa Rica, Cuba.

Se tienen previstas algunas actividades de tipo asistencial para estos pacientes a corto y mediano plazo, pero aún con esto, hará falta un programa de atención geriátrica intercultural a todos los niveles, tal y como se desarrollan en otros países del área.

Servicios de Salud Intercultural para personas de la tercera edad. Con el propósito de recoger opiniones que pudieran seguir aportando elementos para la construcción de una guía para la organización de servicios interculturales de salud para el adulto mayor en la Costa Caribe Norte, se realizó la pregunta: ¿Cómo deben ser atendidos los ancianos y ancianas?

Grupos focales

Los afrodescendientes proponen lo siguiente:

En la medicina occidental

- Que me haga sentir satisfecho.
- Que den el tratamiento completo. No tener que comprar nada.

- No hacernos esperar demasiado tiempo en la consulta ni en las agendas de citas.
- Mejorar la información en el centro de salud y hospital para los ancianos.
- Debería haber un espacio especial sólo para atender a los ancianos y ancianas.
- Debe haber una atención igual para todos, no se debe preferir a ninguno por razones de etnias o color. Sino en el orden de llegada a menos que sea emergencia.
- En el hospital debe existir también un lugar solo para las personas ancianas de las diferentes etnias.
- Los servicios de salud deberían estar adecuados para atender a los ancianos en su propia lengua y respetando su cultura.
- El médico debe hablar despacio y claro. A los médicos cubanos no podemos entenderlos.
- Debe haber privacidad en los espacios de atención.
- Deben haber doctores para atender a domicilio para los ancianos que no pueden moverse de su casa.

En la medicina tradicional, a igual que en la otra medicina.

Desde la etnia miskitu obtuvimos las siguientes propuestas

En la medicina tradicional:

- Con la misma calidad y cuidado que en la medicina occidental.
- Sería bueno saber, quien le pagará al médico tradicional.

En la medicina occidental:

- Los ancianos necesitan ser atendidos bien, pero no tienen dinero para ir hasta Bilwi a buscar la atención.
- El gobierno debería abastecernos de todo lo básico necesario para la atención en nuestras comunidades.
- Deben ser atendidos por médicos tradicionales y occidentales en el mismo sitio.

- Deben ser priorizados porque son muy frágiles y con muchos síntomas a veces.
- El médico occidental debe permanecer en la comunidad siempre.

Todas las propuestas apuntan a la necesidad urgente de una reforma a los planes, programas y modelos de salud regional intercultural, de manera que den salida a estas necesidades planteadas. En la práctica esto se traduce en la creación de espacios físicos destinados a la atención de los geriátricos de los diferentes grupos étnicos de nuestra región, con personal formado en geriatría, un equipo multidisciplinario que conozca las lenguas autóctonas, con dominio del inglés y amplios conocimientos de la salud intercultural.

Consideran que la atención debe organizarse de manera que tome en cuenta la fragilidad de los pacientes ancianos, sus cambios biológicos asociados al envejecimiento, sus capacidades o discapacidades por enfermedades crónicas degenerativas que tienden a aparecer en esta fase de la vida. Articulando las prácticas de la medicina tradicional con la occidental, que cuenten con un adecuado abastecimiento técnico material (medicamentos, reactivos de laboratorio, aparatos de rehabilitación, prótesis, etc). Todo ello debería ser asumido por el Gobierno y servido a los usuarios de la tercera edad, de manera gratuita. Sin costos adicionales que tengan que asumir al no existir el abastecimiento en las farmacias, laboratorios, puestos de salud, centros de salud y hospitales.

Señalan la necesidad de hacer realidad el hecho de ser un grupo vulnerable y por ende priorizado, ya que en la práctica solamente se prioriza la atención de mujeres embarazadas y niños, los ancianos son relegados o se les hace esperar largas horas para recibir la atención o una cita especializada.

Deben crearse centros de atención exclusivos para las personas de la tercera edad, con atención intercultural e integral. Donde se articulen las prácticas de la medicina tradicional y occidental, con el debido y mutuo respeto entre los usuarios y prestadores de servicios. Además, descentralizar la atención de calidad hacia las áreas rurales, no concentrar los mejores recursos sólo en las cabeceras departamentales.

Informantes clave

Directora de la Secretaría de Salud del Gobierno Regional

- En la medicina tradicional no podemos opinar cómo deben ser atendidos. Ya que es una tradición.
- En la medicina occidental, acá se pueden hacer algunos cambios para organizar la atención directa a los ancianos y ancianas. Con médicos asignados y espacios.

Así como sus horarios. Siempre en compañía del personal de los programas de enfermedades crónicas.

- Organizando visitas domiciliarias que podrían irse incluyendo en las nuevas formas organizativas de las sub sedes que se están organizando en el MASI-RAAN

Presidente de la Comisión Regional de Salud del Consejo Regional Autónomo

- En la medicina tradicional – no podemos opinar como deben ser atendidos. Ya que es una tradición.
- En la medicina occidental – si nosotros consideramos alguna protección a los niños, también debemos hacerlo para las personas de la tercera edad. Debe ser una atención muy especial incluso en los espacios físicos. Insistir en el cuidado de las personas. Tomando en cuenta los déficit de audición.
- Los médicos deben especializarse para atender ancianos.

Directora General MINSA SILAIS RAAN

• En la medicina tradicional

Cuando se enferman buscan la curación con yerbas o raíces. En ocasiones al no ser utilizadas en dosis y formas adecuadas corren el riesgo de intoxicaciones. No se toma en cuenta que el cuerpo cambia con los años.

• En la medicina occidental

Se le atiende por el problema que acude, aunque con el nuevo modelo de salud se está trabajando en tener un programa de dispensarizados para los pacientes con enfermedades crónicas con el objetivo de mejorar la calidad de la atención de estos pacientes. Así como garantizarles su medicamento y contar con suficientes reactivos para sus exámenes.

Además estamos tratando de incorporar la detección precoz del cáncer de próstata. Estamos programando fondos en vista de que se consideran parte de la atención en salud reproductiva. Históricamente se ha priorizado a la madre y el niño. Pero en este nuevo modelo nos obligamos a tener identificados a todos estos pacientes. Vemos que todos coinciden en la necesidad de un cambio para la atención de los adultos mayores sin embargo, nadie ha hecho señalamientos puntuales en vista de la poca o nula disponibilidad de mejor información sobre la salud de los pueblos indígenas que pueda permitir adoptar medidas que aseguren el acceso a una atención sanitaria adaptada a su cultura, así como al agua potable, a una vivienda adecuada y a la educación sanitaria.9

Además que los geriátricos deben ser incluidos en todas estas políticas, para que pueda hablarse de asegurar verdaderamente la igualdad de derechos y de atención.

Todo esto de acuerdo a lo planteado en V Sesión del Foro Permanente sobre Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas.

Por otro lado, tampoco se menciona que la base en el diseño de normas, programas y protocolos de atención, son los cambios biológicos asociados al envejecimiento. Según lo que plantea el Dr. Yukio Moriguchi en su obra *Biología Geriátrica Ilustrada*.

Causales que interfieren con la atención integral e intercultural

Grupos focales

¿Cuáles son las principales causas que no permiten que usted reciba una atención integral e intercultural como persona de la tercera edad?

Desde la óptica de los afrodescendientes las principales causas son las siguientes:

- Las camas están sucias.
- Existe desconfianza, los doctores deben inspirar confianza en los ancianos y ancianas.
- No hay privacidad. No hay cuartos suficientes para colocar a los pacientes en espacios más privados, limpios y tranquilos.
- Tener que llevar todo para ser atendidos, sábanas, almohadas... porque no hay en el hospital.
- Los médicos no hablan nuestras lenguas y no conocen la cultura.
- Hace falta más paciencia de parte de los doctores para atender a los ancianos y ancianas.
- La atención debe ser diferente.
- Hace falta que los prioricen en la atención, deben ser atendidos de primero.
- Deben haber doctores y doctoras para asegurar la atención a mujeres y varones.

Vemos que todas las causales identificadas por los creoles de Bilwi sugieren con mayor relevancia, la falta de un espacio exclusivo para los ancianos/ancianas, privacidad,

atención en su lengua materna, respeto a su condición de anciano, amabilidad en el trato, atención con enfoque de género, el desabastecimiento en las unidades de salud y la falta de personal entrenado para atender pacientes geriátricos.

Desde la etnia miskitu se identificaron las siguientes causales

- Hacen falta recursos económicos suficientes para que no nos manden a las farmacias privadas a buscar el tratamiento.
- Hace falta medicamento en los hospitales y puestos de salud.
- No hablar español a veces no nos permite tomar un buen tratamiento.
- Las citas para consultas especializadas son muy retiradas.
- Hacen falta laboratorios y consultas especializadas.
- Algunos prejuicios sobre la edad, “ya está viejo” “ya va a morir”.
- Los médicos no hablan miskitu.
- El desconocimiento de la realidad de parte de algunos médicos.
- La distancia afecta negativamente para ir en busca de la atención.

La percepción de estos comunitarios coincide mucho con lo planteado desde la visión de los afrodescendientes, señalando aspectos que tienen que ver con las barreras culturales, geográficas y económicas. Asociado a la falta de conocimientos en geriatría y gerontología del personal de salud.

Para poder asegurar la igualdad que se plantea desde la V Sesión del Foro Permanente sobre Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas en su Nota descriptiva n° 1: Identidad y Pueblos Indígenas. 2 La Salud de los Pueblos Indígenas. Hace falta hacer coincidir estas recomendaciones y planteamientos con los principios del MASI-RAAN para proceder a la creación de políticas públicas de salud y la organización de los servicios de cara a la atención de los geriátricos en todos los niveles.

Para seguir ahondando en las causas que interfieren la adecuada atención se planteó la siguiente pregunta ¿En su opinión, porque será que en los consultorios de médicos tradicionales, Puestos de Salud, Centro de Salud, laboratorios y hospital no siempre les atienden en su propia lengua?

A ello, los afrodescendientes expresaron:

- Porque los que trabajan ahí (Puestos de Salud, Centro de Salud, Hospital) no hablan inglés creole y nosotros no hablamos español.
- Sólo dan la atención en español.
- Necesitan tener traductores.

Los grupos miskitus por su parte plantearon:

- La mayoría de los médicos no hablan miskitu, y los enfermos no hablamos español.
- Algunos no quieren hablar su propia lengua.
- Los doctores que no conocen la lengua miskitu, deberían ser preparados para ello.
- Los médicos vienen del Pacífico y no conocen nuestra realidad ni cultura.
- Hace falta la calidad de enseñanza en nuestras lenguas autóctonas (mayangna y miskitu).
- No hay mayangnas estudiando la carrera de medicina.

De estos planteamientos se deriva la necesidad de que cada vez más, se requiere de personal en salud bilingüe con conocimiento y dominio de temas interculturales en salud, incluyendo a todas las etnias.

Al preguntarles cómo siente el respeto a sus creencias y prácticas de salud tradicional cuando pasa la consulta, respondieron lo siguiente:

Afrodescendientes

a. Con los sukias (médico tradicional), grandis (parteras) y otros que dan atención de medicina tradicional.

- Respetan muy bien y me tratan bien.

b. Con las enfermeras, doctores de los Puestos de Salud, Centro de Salud y Hospital.

- No preguntan nada sobre el tratamiento en medicina tradicional.
- Me dicen que es mala medicina, la tradicional, que debo parar de usarla.

Desde la visión miskitu se plantea:

- a. Con los sukias, grandis y otros que dan atención de medicina tradicional.
 - Si, respetan mis creencias y culturas.
- b. Con las enfermeras, doctores de los Puestos de Salud, Centro de Salud y Hospital.

- Ahora respetan un poco más.

Con los sukias, grandis y otros que dan atención de medicina tradicional.

- Si, respetan mis creencias y culturas. Pero a veces piden mucho dinero.

Con las enfermeras, doctores de los Puestos de Salud, Centro de Salud y Hospital.

- Algunos tienen respeto a la cultura.

Atribuyen todas las enfermedades a la vejez. Y no respetan la cultura de los ancianos y ancianas.

Podemos apreciar que los descendientes de los pueblos originarios, indígenas y afrodescendientes no se sienten identificados en el actual sistema de salud, en general y en particular, los ancianos y ancianas tampoco lo sienten. Reconocen que existe poco respeto de algunos prestadores de servicio de la medicina occidental, hacia sus prácticas de salud tradicional y resto de la cultura.

En cambio, sí identifican respeto a sus creencias y prácticas de salud tradicional y otras prácticas ancestrales en torno a la salud.

Informantes claves

Directora SSGRAAN

- No contamos con especialistas y el personal de salud está más enfocado en roles amplios de atención.
- No hay grupo capacitado en la atención a las patologías de la tercera edad.

- Poco personal de salud dentro del sistema.

Presidente de la Comisión Regional de Salud del CRAAN

- Las principales causas están relacionadas a que no existe una política del Estado o de la institución hacia la atención diferenciada a estas personas.
- No contar con el conocimiento básico para brindar la atención a los adultos mayores.

Directora MINSA SILAIS-RAAN

- La gran demanda de atención de mujeres y niños, más del 50%.
- Insuficientes recursos humanos para la atención.

Con el nuevo modelo, hay un mayor acercamiento y seguimiento hacia ellos. Se han priorizado en algunas actividades y programas, tales como la vacuna contra la influenza estacional y la AH1N1.

El nuevo modelo, también permite identificar los factores de riesgo o discapacidades que puedan tener para de alguna forma garantizarles aparatos de apoyo que les ayuden a su movilización y mejor calidad de vida.

Los informantes claves, señalan tres aspectos de relevancia como causales que interfieren con una buena atención geriátrica, tales como, la poca disponibilidad de recursos humanos en las unidades de salud, personal sin preparación en materia de geriatría, la atención está más dirigida al binomio madre – niño.

Sin embargo, sabemos que está planteado por la OMS en la 6ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo – Washington, D.C., EUA, del 25 al 27 de Marzo del 2002. La salud y el envejecimiento que los Estados miembros son instados a establecer políticas, planes, programas y servicios nacionales para las personas adultas mayores, haciendo hincapié en los servicios de promoción de la salud y atención primaria.

Otras causales que interfieren la atención intercultural e integral a los geriátricos identificada por los informantes clave son:

Directora SSGRAAN

- En la medicina tradicional casi no existen barreras por el idioma.

- El problema de la barrera de lengua está más en la medicina occidental.
- En los PS la atención generalmente es en lengua materna, en vista de que están cubiertos por auxiliares de enfermería de la misma comunidad.
- También hay barreras desde el punto de vista del sexo, las mujeres no permiten ser atendidas por hombres.

Presidente de la Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo

- Debido a que no hay una política clara. Y no sólo con los ancianos, en general a todas las personas las atienden en español.
- Los médicos no hablan la lengua del paciente o incluso, aun que conozcan la lengua, no brindan la atención en esa lengua.

Directora General MINSA SILAIS RAAN

- No siempre contamos con traductores (mayangnas, miskitos, inglés), hemos carecido siempre sobre todo en el caso de los mayangnas.
- Los profesionales mayangnas aún están en formación en su mayoría y aún con esto no se dará la cobertura suficiente.

La falta del conocimiento de la lengua y la cultura de la etnia en cuestión es la principal causal identificada que interfiere para que la atención no sea dada a los pacientes en su propia lengua. La mayoría de los médicos no son originarios de esta región. En cambio, en los puestos de salud generalmente sí son atendidos en su lengua en vista de que la mayoría del personal de enfermería o son autóctonos o han aprendido la lengua de los indígenas miskitus o mayangnas o Afrodescendientes.

Con relación al respeto a la cultura durante la atención de los pacientes geriátricos, los informantes claves consideraron diferentes opiniones haciendo la diferencia en la atención por agentes de la medicina tradicional y occidental:

Directora de la Secretaría de Salud del Gobierno Regional

Con los sukias, grandis y otros que dan atención de medicina tradicional.

- Si son respetadas.

Con las enfermeras, doctores de los Puestos de Salud, Centro de Salud y Hospital.

- Existen debilidades en algunas enfermeras y médicos.

- El problema es mayor en las cabeceras departamentales.

Presidente de la Comisión Regional de Salud Consejo Regional Autónomo

Con los sukias, grandis y otros que dan atención de medicina tradicional.

- Hay tres niveles en la medicina tradicional. El que conoce yerbas, no es muy popular y respetan la cultura. Aun que tengan pocos conocimientos.
- Existen los charlatanes que se aprovechan de la condición cultural de las personas para sacar beneficio propio.
- El otro nivel es el sukia que tiene mayores conocimientos y brinda atención.

Directora MINSA SILAIS RAAN

- Con los sukias, grandis y otros que dan atención de medicina tradicional.

Sí, son respetados.

- Con las enfermeras, doctores de los Puestos de Salud, Centro de Salud y Hospital.

Aún estamos en un proceso de sensibilización y aprendizaje del personal de Servicio Social, debido a la rotación de grupos que normalmente tenemos cada año o cada dos años. Sin embargo hemos tenido avances en estos aspectos.

En las unidades de salud es permitido que los pacientes hospitalizados puedan tener alguna práctica de medicina tradicional.

Las autoridades en salud de la Costa Caribe Norte, identifican que el respeto a la cultura de los pacientes es un hecho en la medicina tradicional, no así en la medicina occidental, en la que aún hay algunas barreras que superar dadas sobre todo por la falta de personal médico autóctono y se tiene que contar con médicos de otras regiones del país que desconocen todos los aspectos culturales en torno a la salud y la enfermedad por parte de nuestros pueblos indígenas, afrodescendientes y mestizos de esta región.

Articulación de la medicina tradicional y occidental para la atención a los geriátricos

Ante los planteamientos de los participantes en los diferentes grupos focales, en torno a la actual situación de los servicios de salud de cara a las necesidades de los geriátricos, las principales causales de la inadecuada atención identificada y las consideraciones de cómo debe ser ésta, así como la utilidad de las prácticas médicas occidentales y la

prácticas de medicina tradicional. Se les preguntó ¿Cómo se podrían conectar estas dos formas de atender a los ancianos/ancianas enfermas para mejorar?

- a. En la comunidad.
- b. En el Puesto de Salud.
- c. En el Centro de Salud.
- d. En el Hospital.

Grupos focales

Los afrodescendientes consideraron lo siguiente:

- Combinando las medicinas (tradicional – occidental) en dependencia de cuáles funcionen para mejorar la salud.
- Explicar al médico cuando se está usando una medicina tradicional.
- Podría ser bueno si ambos (occidental – tradicional) trabajaran juntos para atender a la gente.

Los miskitus por su parte consideraron:

- a. En la comunidad, Combinar terapias. Los curanderos deben atender lo que les corresponda. Conversando.
- b. En el Puesto de Salud, combinar terapias y valorar conjuntamente a los pacientes.
- c. En el Centro de Salud, combinar terapias y atención conjunta, llamar al médico tradicional cuando sea necesario.
- d. En el Hospital – combinar terapias.

Ambos grupos étnicos consideran que la combinación de ambas alternativas terapéuticas podría contribuir a reducir costos y mejorar la accesibilidad y calidad de la atención. Desde la comunidad hacia los puestos de salud, centro de salud y hospital regional.

Informantes clave

Directora Secretaría de Salud del Gobierno Regional

En la comunidad

- Capacitando al personal de salud para la atención especializada en la atención a la tercera edad. Así como ir buscando un espacio.
- Abrir un club en cada comunidad o territorio, organizar encuentros.
- Brindar charlas, distracción, intercambio de conocimientos.

En el Puesto de Salud, Centro de Salud y Hospital

- Impulsando el MASI-RAAN.

Presidente de la Comisión Regional de Salud del Consejo Regional

- En la comunidad – Conociendo el protocolo de ambos. Hasta el momento se han capacitado a los médicos tradicionales en algunas enfermedades que no son de su competencia con el fin de que puedan referirlos a los médicos occidentales. Sin embargo, aún nadie capacitó a los médicos occidentales para reconocer las enfermedades de filiación cultural.
- En el Puesto de Salud, Centro de Salud y Hospital - Que los médicos permitan que los agentes de la medicina tradicional puedan atender en el mismo lugar a sus pacientes.

Directora General MINSA SILAIS-RAAN

- En la comunidad es la tarea pendiente por definir y es la razón de ser de organizar el sistema de salud desde una secretaría de salud del gobierno regional para lograr la armonización.
- En el Puesto de Salud, Centro de Salud y Hospital hace falta desarrollar la organización de cara a la articulación de ambos sistemas de salud.

En la opinión de las autoridades de salud de esta región, la articulación de la medicina tradicional y la occidental está ligada a muchos procesos de cambio que involucran al personal asistencial, la organización de servicios en todos los niveles y el impulso o desarrollo del MASI-RAAN y sus componentes para que se pueda abrir un espacio a la organización de la atención para los adultos mayores de las diferentes etnias de la región.

Reformas a la atención en salud

Con relación a la necesidad de hacer nuevas normas y programas para atender mejor a las personas de la tercera edad en todos los sitios de medicina tradicional y medicina occidental. Los comunitarios indígenas miskitus y los afrodescendientes consideraron lo siguiente.

Grupos focales

- Es necesario que nos atiendan con delicadeza, como a un bebé. No puede ser de manera grosera.
- Atención que nos haga sentir bien, trato con amabilidad.
- Medicamentos y todo lo necesario a la disposición de los ancianos.
- En el Policlínico se atienden a muchas personas y los ancianos tenemos que esperar igual que todos, eso nos cansa por nuestra edad y nuestras enfermedades.
- Una clínica sólo para ancianos hace falta. Que brinde especial atención a todos los ancianos y ancianas de todas las etnias. No me importa la etnia, que sea conforme a la edad.
- Sí, porque los ancianos deben recibir el tratamiento completo.
- Trabajar juntos, los médicos tradicionales y occidentales, pueden reducir las muertes.
- Debe haber un espacio solo para ancianos, porque estos, a veces tienen temor de acudir al hospital.
- Deben ser tratados respetando su fe y darles amor.
- Necesitan ser tratados como ancianos. Los médicos deben tener delicadeza, escucharlos y tomar en cuenta las preocupaciones de los ancianos y ancianas.
- No mandarlos a comprar su tratamiento.

Los geriátricos demandan una atención realmente integral e intercultural. Respetando no solamente la parte cultural, sino también tomando en cuenta la espiritualidad y el humanismo en la atención.

Es unánime el sentir de la necesidad de crear nuevas normas y servicios de salud acorde a la naturaleza de este grupo etéreo.

Contando no solamente con el abastecimiento adecuado de medicamentos, reactivos y demás materiales, sino también con la creación de centros de atención especializados en geriatría con personal entrenado en la materia.

Informantes claves

Directora de la SSGRAAN

- En la medicina occidental sí es muy necesario, las normas y protocolos deben ser para respaldar lo que se quiere hacer con los ancianos y ancianas. Tener protocolos desde el punto de vista intercultural nos ayudará a hacerlo más participativo.

Presidente de la Comisión Regional de Salud del CRAAN

- Deben crearse las normas, porque este grupo de personas necesita una atención especial. Primero porque ya están experimentando cambios en su cuerpo que los médicos deben conocerlos para poder brindar una mejor atención.

Directora General MINSA SILAIS RAAN

- Revisar y complementar lo que está escrito y adaptarlo a estos procesos a ser tomados en cuenta.
- La adecuación cultural de las normas.

Por un lado encontramos que las autoridades políticas en salud consideran necesaria la creación de normas, protocolos y políticas nuevas para organizar la atención a los pacientes de la tercera edad. Y por otro lado, la parte técnica considera que sería necesaria solamente la adecuación de las actuales normas para adaptarlas a la atención de estos pacientes, siguiendo con el programa de dispensarizados para ello. Sin embargo, tomando en cuenta que desde la óptica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se está planteando que el envejecimiento de la población en la región de las Américas tiene tres características esenciales: todas las naciones lo están experimentando; el rápido crecimiento de la población que está envejeciendo plantea enormes retos a la capacidad y la voluntad de los sectores sociales y de la salud para que proporcionen sistemas coordinados de atención; y la prolongación de la esperanza de vida sin discapacidad para las personas adultas mayores, es posible sólo si los gobiernos prestan el apoyo adecuado. (OPS, La Salud y el Envejecimiento, Marzo 2002).

Sí es necesaria la creación de nuevas políticas, normas, programas y estrategias para garantizar la igualdad de derecho a la salud de los adultos mayores. Lo que a su vez se acoplaría a los principios y ejes del MASI-RAAN y al proceso de regionalización de la salud para poder asegurar una verdadera articulación en la atención en este grupo etáreo. Sólo incluyendo a los geriátricos en las políticas de salud se podría hablar de equidad e integralidad en la atención desde el MASI-RAAN, ya que no basta con declararlos grupos priorizados si no se prevé y dispone ninguna acción para proceder a organizar los servicios de salud para ellos.

El siguiente planteamiento de la OMS viene a reforzar lo que han planteado los participantes de los grupos focales e informantes claves con relación a la necesidad de articular la medicina tradicional con la occidental para asegurar una atención intercultural e integral.

“Los sistemas curativos tradicionales y la atención biomédica occidental coexisten en todas las regiones del mundo, pero los sistemas tradicionales tienen una función particularmente vital en las estrategias curativas de los pueblos indígenas. Según las estimaciones de la OMS, al menos un 80% de la población de los países en desarrollo utiliza los sistemas curativos tradicionales como principal fuente de atención sanitaria.”

IV. Conclusiones

- El contenido del MASI-RAAN y los conceptos de interculturalidad y atención integral en salud, no están claros o son desconocidos para la mayoría de las personas comunitarias. Así como para otros grupos étnicos del municipio y la región. Hace falta la divulgación.
- Ninguno de los ancianos/ancianas participantes de los grupos focales se siente atendido de manera diferenciada con relación al resto de pacientes. Tienen la sensación de abandono por parte de los servicios de salud y que no son tomados en cuenta.
- Los actuales servicios de salud no brindan una atención geriátrica en ninguno de los niveles y el personal de salud no tiene ningún conocimiento sobre geriatría ni gerontología. El desconocimiento de la geriatría es general.
- Las principales causales que interfieren con la adecuada atención al adulto mayor están relacionadas con inaccesibilidad geográfica, económica y cultural.
- Comunitarios y autoridades de salud consideran necesaria la adecuación del actual sistema de salud para hacer realidad la igualdad de derechos y la equidad del MASI-RAAN.

V. Lista de referencias

- MASI-RAAN. (2008). *Modelo de Atención Intercultural en Salud para la Región Autónoma del Atlántico Norte*, 22 – 23
- Kane Robert. (2002). *Los geriátricos, Análisis de Situación y Tendencias de Salud de Nicaragua*, Datos actualizados al 2001 de OPS, del Perfil del Sistema de Salud de Nicaragua, Vol., No. 51 3 de marzo de 1996
- Moriguchi Yukio, Moriguchi Emilio Hideyuki (1988). *Biología Geriátrica Ilustrada*, Fundo BYK São Paulo Editorial.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2002). *6ª Sesión del Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo – Washington, D.C., EUA. La salud y el envejecimiento*
- Salas Flores, Manuel Salvador (2005). *Evaluación Pre y Postquirúrgica del Paciente Geriátrico en el Departamento de Cirugía del HEODRA.*

Recursos electrónicos

<http://www.saude.br.gov>

1. V Sesión del Foro Permanente sobre Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas. Nota descriptiva n° 1: Identidad y Pueblos Indígenas.
2. La Salud de los Pueblos Indígenas - WHO/SDE/HSD/99.1
3. Diabetes in Indigenous Populations. Anthony J. Hanley, Medscape Today.
4. Health of Indigenous Peoples in Africa, Lancet Series on Indigenous Health, Vol. 367, June 2006, p. 1940.
5. Health and Ethnic Minorities in Viet Nam, Technical Series No. 1, June 2003, WHO, p. 10.
6. Facts on Suicide Rates, First Nations and Inuit Health, Health Canada.
7. La Salud en las Américas, Volume 1, 2002 Edition, Pan American Health Organization, p.181.

8. Fuente: Programa de Acción. Informe de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, Durban, 2001 (A/CONF.189/12)
9. Comentario general 14 sobre el derecho al goce del grado máximo de salud, adoptado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/C.12/2000/4, CESCR, 4 de julio de 2000.)