



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
URACCAN

TESIS

La Atención en Salud a las Personas de la Tercera Edad en el
Modelo de Salud Intercultural de la RAAN – MASI RAAN

Para optar al grado de:
Máster en Salud Intercultural

Autor:

Dr. Manuel S. Salas Flores

Tutora:

Dra. Florence Levy

Máster en Salud Pública para Países en Vías de Desarrollo

Tutora Sabia Indígena:

Sra. Nora Francis – Médica Tradicional

Bilwi, Nicaragua, diciembre de 2009

A los ancianos y ancianas indígenas Mískitus y Afrodescendientes que compartieron un momento de sabiduría y transmisión de valores con la esperanza de poder llegar a gozar de un envejecimiento exitoso y una buena atención en salud intercultural real.

AGRADECIMIENTOS

A Dios Padre, Hijo y Espíritu Santo y a todas las personas que me han permitido lograr la realización de este estudio, tutora académica y tutora sabia indígena. A la Dra. Ivania López por su asesoría metodológica e incondicional apoyo.

- I. Resumen
- II. Introducción
- III. Objetivos
- IV. Marco teórico
- V. Metodología
- VI. Resultados y discusión
- VII. Conclusiones y recomendaciones
- VIII. Bibliografía consultada
- IX. Anexos

I. Resumen

A fin de contribuir al fortalecimiento de la atención de las personas de la tercera edad de las comunidades indígenas, mestizas y afro descendientes de la RAAN enmarcado en el modelo de atención en salud intercultural. Se realizó un estudio en dos comunidades indígenas miskitas del Llano Norte y comunidad Afrodescendiente de Bilwi, en el período de julio a noviembre del 2009. Contando con la participación de 45 ancianos y ancianas 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.

Llegando a identificar las principales causales que interfieren en dicha atención, describiendo la actual situación de los servicios de salud e identificando 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 y como una opción para superar la inaccesibilidad económica.

Contamos también con la opinión de las autoridades en salud en la región; 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.

Llamó la atención 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 hecho sus aportes a la sociedad actual y merece reconocimiento y respeto de sus derechos a la salud según su condición biológica, para contribuir a un envejecimiento exitoso.

Abstract

In order to help strengthen the care of elderly indigenous people, half - caste and Afro-descendants in the RAAN framed on the model of intercultural health care. A study was conducted in two indigenous Miskitu communities from the north plane of Bilwi and the Afro-descendant community from the urban zone, in the period from July to November 2009. With the participation of 45 elderly men and women in focus groups described their experience with us regarding the medical care they receive both traditional medicine and Western.

Getting to identify the main causes that interfere with such care, describing the current situation of health services and identifying the need to combine the practices of traditional medicine with Western medicine to provide better alternatives and results in the recovery of health and as an option to overcome the economic inaccessibility.

We also have the opinion of the health authorities in the region that match the need of developing new standards, policies and programs towards health care nursing homes, and cultural appropriateness of the current programs.

Struck by the almost total lack of geriatrics as a specialty that provides the right tools for the care of older people, their pathologies related to aging and its surroundings as an integral being that has made its contributions to society and deserves recognition and respecting their rights to health according to their biological condition, to contribute to successful aging.

II. 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 solo 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 (as) de los servicios de salud, mayores de 60 años que habitan en comunidades indígenas Mískitas, 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 étnico es considerado priorizado y vulnerable.

Además del papel y figura preponderante que representan nuestros ancianos en todas nuestras culturas étnicas. 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.

III. Objetivos

General

Contribuir al fortalecimiento de la atención a las personas de la tercera edad de las comunidades indígenas, mestizas y afro descendientes de la RAAN enmarcado en el modelo de atención en salud intercultural.

Específicos

1. Describir el perfil epidemiológico, social y demográfico de los y las usuarias geriátricos de los servicios de salud.
2. Conocer las principales causales que interfieren con una atención integral e intercultural hacia los pacientes geriátricos.
3. Aportar elementos para elaborar una guía de atención en salud intercultural para los pacientes de la tercera edad.
4. Contribuir a diseñar una propuesta de la organización y gerencia de los servicios de salud para los geriátricos en el nivel primario y secundario.

IV. Marco teórico

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 solo 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. Se consideran siempre principios inherentes a los derechos colectivos e individuales de las personas en todo el territorio nacional.

Así tenemos que los principios fundamentales que guiarán las acciones expresadas en el Plan Nacional de Salud, están basados en los artículos No. 59 de la Constitución Política de la República, en el artículo No. 5 de la Ley General de Salud y los establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo: Universalidad, Equidad, Integralidad, Continuidad, Calidad, Complementariedad y Solidaridad. Incluyendo los ejes transversales del mismo; Equidad de género y Participación social. (Políticas Nacionales de Salud de Nicaragua, Pág. 35)

En las Regiones Autónomas del Atlántico Norte se ha concebido un Modelo de Atención Intercultural (MASI RAAN), enmarcado en todos los instrumentos jurídicos en materia de derechos de salud para las poblaciones que habitan todo este territorio. Este tiene como principios: la integralidad de la atención en salud (participación social multiétnica sistemática, promoción de la revitalización cultural), 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)

Este a diferencia de los instrumentos nacionales, recoge la esencia de las culturas ancestrales de las comunidades indígenas, afrodescendientes y mestizos, así como otras características geográficas, sociales y económicas que son particulares a esta región del país. Es decir, tiene un enfoque intercultural y por tanto, está apto para hacer llegar la salud a cada espacio del territorio de la costa Caribe Norte.

Haciendo énfasis en la participación de todas las sociedades en la construcción de su propio modelo de salud, a fin de que la revitalización cultural sea un hecho en el marco del respeto y la convivencia intercultural, el intercambio de saberes y prácticas entre la medicina occidental y la tradicional enfocado siempre a poner a la disponibilidad de los servicios de salud a todos los usuarios y usuarias en los diferentes niveles de atención.

Los lineamientos generales de la Política Nacional de Salud y el MASI RAAN están dirigidos al cambio positivo de la situación de salud de las personas en el país y en la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN). Teniéndose ambos como los documentos generales de referencia, sin embargo, hace falta ahora 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.

La Política Nacional de Salud parte del concepto que el fomento de la salud es una inversión en desarrollo humano, que contribuye directamente al crecimiento económico y a la reducción de la pobreza, como un factor fundamental y necesario para el crecimiento en el empleo, la inversión y la productividad del trabajo. Por otra parte, se considera que la inversión en salud no se limita a los esfuerzos y recursos que se utilizan en la provisión de servicios de salud, sino que implica las acciones, servicios y productos brindados a la población desde las distintas instituciones y organizaciones que integran el sector.

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. Y en nuestro medio regional, que el MASI RAAN considera a las personas de la tercera edad como grupo prioritario pero aún hace falta definir operativamente como se materializará esta atención diferenciada sin perder el enfoque intercultural y de género hacia los habitantes de comunidades indígenas, afrodescendientes y mestizos.

En las últimas décadas, interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud. El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad.

La necesidad de desarrollar procesos interculturales en salud se ha generado tanto en la RAAN como en otros países latinoamericanos por las razones expuestas y por cuestiones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas, las cuales motivaron la concepción, desarrollo y operacionalización de un modelo con identidad étnica y cultural del usuario para que el sistema de salud no constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud.

El Sistema de Salud de Brasil, ha sido tomado como referencia para muchos países de América Latina (SUS – Sistema Único de Salud de Brasil) en su acápite de Acciones Programáticas Estratégicas, también considera la Política de Atención a la Salud del Adulto Mayor.

La que, es la política que se materializa, en el ámbito del Sistema Único de Salud. Garantizando atención integral a la salud de la población de la tercera edad, enfatizando el envejecimiento familiar, saludable y activo. Fortaleciendo el protagonismo de los ancianos en Brasil. Son directrices importantes para la atención integral a la salud del adulto mayor: 1) promoción del envejecimiento saludable, 2) mantenimiento y rehabilitación de la capacidad funcional, 3) apoyo al desarrollo de cuidados informales.

El desarrollo activo y saludable comprende acciones que promueven modos de vivir favorables a la salud y la calidad de vida, orientados por el desarrollo de hábitos como: alimentación adecuada y balanceada, práctica regular de ejercicios físicos, convivencia social estimulante, busca de actividades de esparcimiento y/o que atenúen el estrés, reducción de los daños consecuentes al consumo de alcohol y tabaco, y disminución significativa de la auto – medicación. 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.

La salud de los pueblos indígenas

Modelos de Salud para Pueblos Indígenas

En el *Sistema Único de Salud de Brasil*, se considera un Subsistema de Salud Indígena para garantizar la atención de todos los territorios con población indígena. Tomando en cuenta la distribución geográfica, antropológica y de acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas. Todas estas políticas, estrategias, programas y acciones están respaldadas por leyes y decretos ministeriales que enmarcan jurídicamente la acción.

En la parte operativa cuentan con un Consejo Nacional de Salud asesorado por una Comisión Intersectorial de la Salud Indígena y el Comité Consultivo de la Política de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas. Sin obviar la participación activa de la Sociedad Civil, el Ministerio Público Federal, Indígenas y órganos gubernamentales.

Considerándose importante la instancia de acompañamiento y proposición de rutas a seguir para la consolidación de la política nacional. Tales como las mencionadas anteriormente y el Foro de los Presidentes de los Consejos Distritales de Salud Indígena, que reúne a los indígenas que presiden estos consejos.

¿QUIÉNES SON LOS PUEBLOS INDÍGENAS?

Se calcula que hay 370 millones de indígenas repartidos por más de 70 países. Los pueblos indígenas representan una rica variedad de culturas, religiones, tradiciones, lenguas e historias, pero siguen estando entre los grupos de población más marginados. El estado de salud de los pueblos indígenas es muy diferente del de las poblaciones no indígenas en diferentes países.

El sistema de las Naciones Unidas no ha adoptado una definición oficial de "indígenas" debido a la diversidad de los pueblos indígenas. Sin embargo, existe un concepto moderno e inclusivo de "indígenas", que abarca a los pueblos que:

- Se identifican a sí mismos y son reconocidos y aceptados por su comunidad como indígenas.
- Tienen una continuidad histórica demostrada con sociedades pre coloniales o anteriores al asentamiento de otros pueblos.
- Tienen fuertes lazos con sus territorios y sus recursos naturales.
- Poseen sistemas sociales, económicos o políticos distintos.
- Conservan lenguas, culturas y creencias distintas.
- Forman grupos no dominantes de la sociedad.
- Están dispuestos a mantener y reproducir sus entornos y sistemas ancestrales como pueblos y comunidades diferenciados.

En algunas regiones puede preferirse la utilización de otros términos, tales como tribus, primeros pueblos o naciones, aborígenes, grupos étnicos, *adivasi* o *janajati*, todos ellos abarcados por el concepto moderno de "indígena".¹

"Los pueblos indígenas siguen estando al margen de la sociedad: son más pobres, tienen un menor nivel de educación, mueren a una edad más temprana, hay más probabilidades de que se suiciden y, en términos

generales, tienen una peor salud que el resto de la población." (Fuente: El mundo indígena 2006, Grupo de Trabajo Internacional sobre Asuntos Indígenas [IWGIA], reconocido como entidad consultiva por el ECOSOC, p10.)

LOS CONCEPTOS INDÍGENAS DE SALUD Y CURACIÓN

En la Constitución de la OMS la salud se define como *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*. Esta definición va más allá del paradigma biomédico occidental tradicional, que trata el cuerpo, la mente y la sociedad como entidades distintas, y refleja un concepto más holístico de la salud. Los pueblos indígenas tienen un concepto similar de la salud, pues el bienestar es la armonía entre los individuos, las comunidades y el universo.

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.²

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 en todas estas políticas para que pueda hablarse de asegurar verdaderamente la igualdad de derechos y de atención.

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.

La disponibilidad de mejor información sobre la salud de los pueblos indígenas permitirá 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

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.

V. Metodología

Tipo de estudio: es una investigación cualitativa de tipo descriptivo que pretenderá – con la participación de los sujetos objeto de la investigación – 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 Mískitas del Llano Norte del Municipio de Puerto Cabezas, un barrio de la ciudad de Bilwi con mayor concentración de población Creole y otro con población y Mestiza.

Sujeto de la investigación: personas de la tercera edad perteneciente a las etnias mískita, creole, y mestizas. Personal de salud tradicional y occidental y autoridades de salud de la región.

Categorías:

- Perfil o características epidemiológicas de los (as) 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 - edad mayor o igual a 65 años, que pertenezcan a las comunidades de Sisín, Santa Marta y Sangni Laya, pertenecientes a las etnias Mískita, Afrodescendiente y Mestiza.

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: 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 (as) 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.

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 (as) 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.

VI. Resultados y discusión.

Perfil o características epidemiológicas de los/las 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 Mískitos. 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 mayoría los participantes de la etnia Mískita.

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 Mískitu 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, que 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 general sobre la interculturalidad en salud y la integralidad. Los Creoles expresaron desconocer que es atención intercultural, los Mískitos de Sisín dijeron que no han recibido información sobre la interculturalidad, aun que 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 tiene que estar contemplada 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 intercultural nos referimos como 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 integral – 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 no permite hacer proyecciones para cinco o diez años. El control nos permitiría proyectar y programar recursos a largo plazo.
- Debe ser no solo 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 los ancianos y ancianas?

Afrodescendientes

El estado actual de la atención de los ancianos/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 siente 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 C/S.

Los usuarios/usuarias 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 sola y otras veces en combinación con la medicina occidental.

Mískitus

La etnia Mískita 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.
- Solo hay medicamentos en las farmacias privadas.
- En algunos Puestos de Salud el/la enfermera venden el medicamento.

La percepción que tienen los ancianos/ancianas de la etnia mískita 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 y 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. Los ancianos 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 inadecuadas 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 inadecuadas 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 previstos 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 RAAN, 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 C/S y Hospital para los ancianos.
- Debería haber un espacio especial solo 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 ancianos y 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 - Igual que en la otra medicina.

Desde la etnia Mískita 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.

b. 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 del anciano/anciana, 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). Y que todo ello debería ser asumido por el gobierno y servido a los y las usuarias 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 de los usuarios y de los prestadores de servicios. Además descentralizar la atención de calidad hacia las áreas rurales, no concentrar los mejores recursos solo en las cabeceras departamentales.

Informantes Clave

Directora de la SSGRAAN

- En la medicina tradicional – no podemos opinar como 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 vivistas 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 CRAAN

- 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 Mískita 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 Mískitu.
- 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.

- Solo dan la atención en español.
- Necesitan tener traductores.

Los grupos Mískitos por su parte plantearon:

- La mayoría de los médicos no hablan Mískitu y los enfermos no hablamos español.
- Algunos no quieren hablar su propia lengua.
- Los doctores que no conocen la lengua mískita 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 Mískitu)
- 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, Grandis 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 Mískita 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.

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

- Algunos tienen respeto a la cultura.

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

-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 CRAAN

- Debido a que no hay una política clara. Y no solo 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 Miskitos 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 SSGRAAN

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 CRAAN

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 RAAN, 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 y las 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 esta, 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 Mískitos 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 SSGRAAN

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 CRAAN

- 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 Miskitos 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 y ancianas.
- 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 solo 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 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 solo 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.

Solo 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 grupo priorizado 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.²”

VII. Conclusiones y recomendaciones.

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 los y las 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.

Recomendaciones

- Realizar mayor divulgación del MASI RAAN y su contenido en las comunidades y barrios de los municipios de la región.
- Elaborar un plan de preparación de recursos humanos en salud, en la especialidad de geriatría y gerontología.
- Elaboración de una guía para la organización de los servicios de salud de cara a la atención a los adultos mayores de la RAAN en todos los niveles para asegurar una verdadera equidad en la atención desde el MASI RAAN hacia los ancianos y ancianas de esta región.
- La preparación de los médicos que vienen al Servicio Social en materia de interculturalidad y lenguas autóctonas antes de su llegada.
- Agregar al MASI RAAN todo lo concerniente a los geriátricos como grupo priorizado y vulnerable.

VIII. Lista de referencias:

Modelo de Atención Intercultural en Salud para la Región Autónoma del

Atlántico Norte, MASI RAAN. Julio 2008: 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 - *BIOLOGÍA GERIÁTRICA*

ILUSTRADA, Fundo BYK São Paulo Editorial. 1988:

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la

Salud, 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

Políticas Nacionales de Salud de Nicaragua

Salas Flores, Manuel Salvador –*Evaluación Pre y Postquirúrgica del*

Paciente Geriátrico en el Departamento de Cirugía del HEODRA Marzo 2005 a Septiembre 2006.

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.)

IX. ANEXOS

Tabla 1. Frecuencia de edades de los y las participantes en grupos focales.

Variable	Frecuencia	Porcentaje %
Edad ≤ 60 años	10	23
61 – 65	7	16
66 – 70	5	12
71 – 75	12	27
76 – 80	6	14
81 – 85	4	9
≥ 86	1	3
Total	45	100%

Fuente: Cuestionario para grupos focales

Tabla 2: Procedencia de los participantes de los grupos focales.

Variable	Frecuencia	Porcentaje %
Procedencia		
Urbana	8	18
Rural	37	83
Total	45	100%

Fuente: Cuestionario para grupo focal

Tabla 3: Distribución según sexo de los y las participantes de grupos focales

Variable	Frecuencia	Porcentaje %
Masculino	28	63%
Femenino	17	38
Total	45	100%

Fuente: Cuestionario para grupo focal

Tabla 4: Distribución según etnia de los y las participantes de grupos focales

Variable	Frecuencia	Porcentaje %
Mískitu	37	83
Creole	8	18
Total	45	100%

Fuente: Cuestionario para grupos focales

Tabla 5: Religión de los y las ancianas que participaron en los grupos focales

Variable	Frecuencia	Porcentaje %
Católica	15	34
Morava	19	43
Adventista	3	7
Anglicana	8	18
Total	45	100%

Fuente: Cuestionario para grupos focales

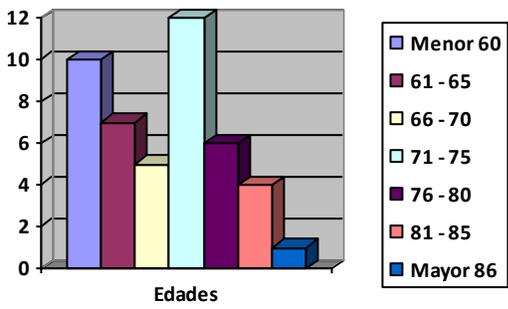


Gráfico 1: Frecuencia de edades De los ancianos/ancianas

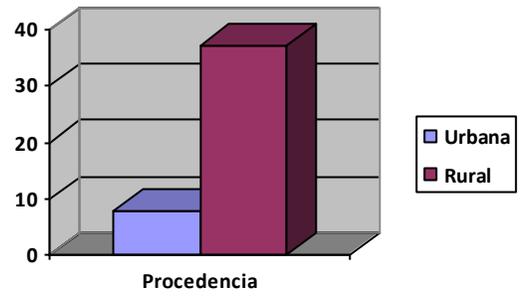


Gráfico 2: Procedencia de los ancianos/ancianas

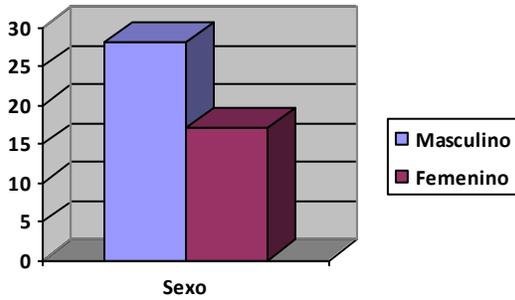


Gráfico 3: Distribución por sexo de los Ancianos/ancianas

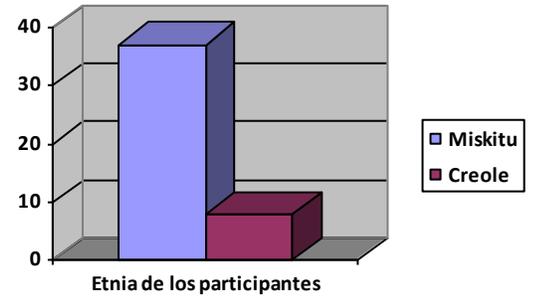


Gráfico 4: Etnia de los participantes

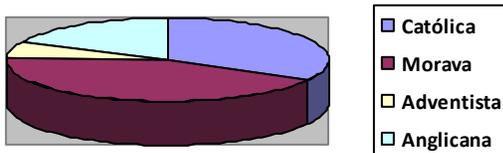


Gráfico 5: Religión de los participantes

Preguntas generadoras del dialogo.

1. ¿Para ustedes, que es atención en salud integral e intercultural?
2. ¿Cómo son atendidos en la actualidad los ancian@s?
 - a. En la medicina tradicional
 - b. En la medicina occidental
3. ¿Cómo deben ser atendidos los ancianas y ancianos? (personas de la tercera edad)
 - a. En la medicina tradicional
 - b. En la medicina occidental
4. ¿Cuáles son las principales causas que no permiten que usted reciba una atención integral e intercultural como persona de la tercera edad?
5. ¿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?
6. ¿Siente que respetan sus creencias y prácticas de salud tradicional cuando pasa la consulta?
 - c. Con los Sukias, Grandis y otros que dan atención de medicina tradicional.
 - d. Con las enfermeras, doctores de los Puestos de Salud, Centro de Salud y Hospital.
7. ¿Cómo se podrían conectar estas dos formas de atender a los ancian@s enfermos para mejorar?
 - e. En la comunidad
 - f. En el Puesto de Salud
 - g. En el Centro de Salud
 - h. En el Hospital
8. ¿Considera necesario que se hagan nuevas normas y programas para atender mejor a las personas de la tercera edad en todos los sitios de medicina tradicional y medicina occidental? ¿Por qué?

Cuestionario para Informante Clave

Cargo: _____ Etnia: _____ Edad: _____

Procedencia: _____ Sexo: _____

Profesión: _____ Religión: _____

Preguntas:

1. ¿Para usted, que es atención en salud integral e intercultural?
2. ¿Cómo son atendidos en la actualidad los ancian@s?
 - a. En la medicina tradicional
 - b. En la medicina occidental
3. ¿Cómo deben ser atendidos los ancianas y ancianos? (personas de la tercera edad)
 - a. En la medicina tradicional
 - b. En la medicina occidental
4. ¿Cuáles son las principales causas que no permiten que las personas de la tercera edad reciban una atención integral e intercultural de acuerdo a las características biológicas de su edad?
5. ¿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?
6. ¿Cree que respetan sus creencias y prácticas de salud tradicional cuando pasan la consulta?
 - a. Con los Sukias, Grandis y otros que dan atención de medicina tradicional.
 - b. Con las enfermeras, doctores de los Puestos de Salud, Centro de Salud y Hospital.
7. ¿Cómo se podrían conectar estas dos formas de atender a los ancian@s enfermos para mejorar?
 - a. En la comunidad
 - b. En el Puesto de Salud
 - c. En el Centro de Salud
 - d. En el Hospital
8. ¿Considera necesario que se hagan nuevas normas y programas para atender mejor a las personas de la tercera edad en todos los sitios de atención de la medicina tradicional y medicina occidental? ¿Por qué?