

**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA
CARIBE NICARAGÜENSE
(URACCAN)**

**Trabajo Monográfico para optar al título de
Licenciada en Enfermería
con mención en Epidemiología**

**APORTES AL MODELO DE SALUD DE LA REGIÓN
AUTÓNOMA ATLÁNTICO NORTE SOBRE
LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD
DE LAS FAMILIAS DE LA ETNIA CREOLE
DE LOS BARRIOS PETER FERRERA Y ARLEN SIÚ
BILWI-RAAN, Enero-Marzo 1998.**

Autoras: Enfermera Alta Hooker Blandford
Enfermera Joy Martin Patterson
Lic. Sandra Hooker Hodgson

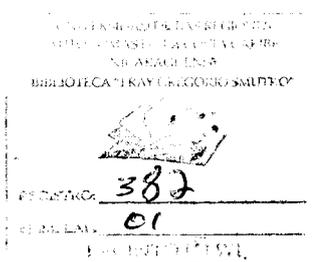
Tutora: Dra. Florence Levy
Asesora: Lic. María Candelaria Espino Msp

Julio de 1998
Bilwi - RAAN

**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA
CARIBE NICARAGÜENSE
(URACCAN)**

**Trabajo Monográfico para optar al título de
Licenciada en Enfermería
con mención en Epidemiología**

**APORTES AL MODELO DE SALUD DE LA REGIÓN
AUTÓNOMA ATLÁNTICO NORTE SOBRE
LAS CONDICIONES DE VIDA Y SALUD
DE LAS FAMILIAS DE LA ETNIA CREOLE
DE LOS BARRIOS PETER FERRERA Y ARLEN SIÚ
BILWI-RAAN, Enero-Marzo 1998.**



Autoras: Enfermera Alta Hooker Blandford
Enfermera Joy Martin Patterson
Lic. Sandra Hooker Hodgson

Tutora: Dra. Florence Levy
Asesora: Lic. María Candelaria Espino Msp

**Julio de 1998
Bilwi – RAAN**

ÍNDICE

- Poema
- Proverbio Creole
- Pensamiento
- Agradecimiento
- Dedicatoria
- Resumen

	<u>Página</u>
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
III. OBJETIVOS	8
IV. MARCO TEÓRICO	10
V. DISEÑO METODOLÓGICO	41
VI. RESULTADOS	52
VII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	63
VIII. CONCLUSIONES	72
IX. RECOMENDACIONES	75
X. BIBLIOGRAFÍA	78

- ANEXOS

You betta write

Dem tell me a' mus' write
Not jus' talk: **write**
'Cause if a no write a' gon
disappear;
dem say that people dat no write
disappear,
you know.

Like di ol' lady fram down Punta
Gorda –
She live all alone by 'erself,
in a likkle thatch house by the
beach.
Nobody konw whe' she come fram,
nar when –
Dey no even know what she name
people jus' call 'er Miss Beccá.

Ahh..! but that woman could mek
a pattié
an' coconut bread,
an' bon,
an' cocoa cake,
an' stick-to-me-ribs
shillin' a piece –
in the good ol' days!

An' dat woman could talk, pappá –
talk, an' talk, an' talk, an' talk
till you fool.
Talk 'bout Nancy stories,
'bout sandpipers,
'bout spirits,
'bout obeah,
'bout gusú,
'bout anything,
just talk!
But neva talk 'bout 'erself
You know –
like she no have no past.

Den one day she jus' walk off -
no tell nobody, you know
gone to the beach an' neva
come back.

Leave no tract behind -
disappear; banish
Body an' soul, me good Auntié.

But people have a past man.
All people have a story to tell 'bout
demself:
black...
white...
brown...
yellow...

Is who you is,
what you is,
whe' you come fram,
what you want fram life,
an' what you give to live -
an' whe' you tink you goin' when
you dead:
Dat's you story -

An' you mus' write it.
Not jus' talk about it: **write it.**

So you betta start now -
if not you gon' disappear;
like the lady fram down Punta
Gorda.

Guillermo McLean

(1995)

Proverbio Creole

Fish a deep water no know
how fish a riber-side feel.

M. G. Louis

EPIGRAM

***The Creole people of the Atlantic Coast
of Nicaragua has found themselves
in confrontation with a new and
unfamiliar system of government and
state control, which is impacting
negatively upon their belief and
tradicional ways of life.***

Dra. Florence Levy

AGRADECIMIENTO

Los Creoles de Bilwi, Puerto Cabezas, descendientes de africanos quienes llegaron a éstas tierras como trabajadores a fines del Siglo XVII, hemos protagonizado una historia de rescate de nuestra identidad a través de la construcción del proceso de autonomía regional multiétnico, pero paradójicamente se ha reducido el número de creoles.

Con el afán de visibilizar a este grupo de pobladores, hemos querido rescatar algunos aspectos de sus condiciones de vida y salud, y es por eso que las autoras de ésta monografía deseamos expresar nuestra gratitud y el más sincero reconocimiento a la Dra. Florence Levy, nuestra tutora, y a la Lic. Candelaria Espino, nuestra asesora metodológica, quienes trabajaron arduamente con nosotras para culminar este trabajo.

Agradecemos asimismo, a las autoridades y docentes de URACCAN, nuestra Universidad de la Costa Caribe Nicaragüense, a la Agencia de Cooperación del Gobierno de Austria, quienes hicieron todo lo posible para que pudiésemos culminar uno de nuestro sueño más grande, como es el de escalar un peldaño más en nuestra carrera y optar al Título de Licenciadas en Enfermería con mención en Epidemiología.

A todas aquellas personas que colaboraron desinteresadamente con nosotras, para hacer posible la realización de nuestra monografía, en especial a la Comunidad Creole de Bilwi, quienes nos concedieron el permiso para llevar a cabo este estudio; a Deborah, que en momentos le quitábamos la paciencia. A todos ustedes, nuestros más sinceros agradecimientos.

DEDICATORIA

Con mucho amor y cariño dedicamos este trabajo
monográfico a la Comunidad Creole,
a nuestros hijos, hijas y familiares;
a la Dra. Myrna Cunningham y al Dr. Pedro Rupilius,
ya que gracias a su apoyo y comprensión
se nos facilitó la llegada a nuestra meta propuesta.

Sandra

Joy

Alta

RESUMEN

Con la finalidad de aportar al Modelo de Salud de la Región Autónoma Atlántico Norte, y ampliar nuestros conocimientos sobre las condiciones de vida y salud de la etnia Creole, se realizó el presente estudio en los Barrios Peter Ferrera y Arlen Siú de Bilwi, RAAN en los meses de Enero a Marzo de 1998.

Hasta estos momentos, la administración de la salud se ha venido dirigiendo directamente del Ministerio de Salud a nivel nacional, sin tomar en cuenta las costumbres, creencias y la manera de entender el concepto salud-enfermedad de los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas que viven en la región.

Los Creoles tuvieron su origen primeramente de los colonizadores ingleses durante los Siglos XVII y XVIII, quienes trajeron consigo esclavos africanos para trabajar en las plantaciones de azúcar, añil, maderos de tinta y puestos comerciales. Los africanos que trabajaban como esclavos para esos colonizadores europeos, son los antecesores de la moderna sociedad negra costeña (Creole).

Para realizar este estudio, se tomó en cuenta las siguientes variables:

- Características socio-demográficas
- Condición higiénico-sanitario de la vivienda
- Situación socio-económica
- Comportamiento de la morbi-mortalidad
- Utilización y demanda de los servicios de salud
- Características culturales
- Salud Reproductiva.

El universo del estudio, son las 108 familias Creoles que viven en los Barrios Peter Ferrera y Arlen Siú, siendo la muestra 40 familias, para un 37% del universo.

La muestra fue seleccionada por el método aleatorio simple. Se aplicó el cuestionario, procediendo después a la tabulación. En base al análisis y discusión, se formularon las conclusiones y recomendaciones.

Conclusiones:

- La mayor parte de las parejas que componen las familias de la Comunidad Creole de los Barrios Peter Ferrera y Arlen Siú, están casados. Existe una jerarquía patriarcal.
- La mayor parte de los miembros adultos, son económicamente activos, devengando entre C\$ 500 y C\$ 1500 córdobas, asimismo reciben ingresos extras de las remesas del exterior, sobre todo de Estados Unidos.
- Los pobladores de la Comunidad Creole han vivido por muchos años en el barrio, son autóctonos del lugar, aunque un grupo considerable migró desde la RAAS. Generalmente viven solos, con sus familiares en las casas.
- Las familias Creoles en su mayoría son religiosas y creen en Dios. Creen asimismo, en los fenómenos sobrenaturales como el Obeah, las adivinas, la magia negra y temen sus efectos. Son supersticiosos, creen en sueños, auras, augurios y señas.

Para poder aportar al Modelo de Salud, es necesario:

- a) Que el grupo que realizó el estudio, debe regresarle a la Comunidad Creole, en cumplimiento del acuerdo inicial tomado con ellos, para informarles sobre los resultados de la investigación y ver sus perspectivas en torno a los mismos, y conjuntamente se deberá elaborar un plan de intervención en salud.
- b) La Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo y la Secretaría de Salud del Gobierno Regional Autónomo, deberán servir de facilitadores de este proceso.
- c) El Ministerio de Salud, debe tratar de ser menos vertical, más humano, más cálido y abrir su corazón a los sentimientos, creencias y actitudes de este sector, para juntos ir buscando un plan de salud consensuado dentro de la planificación municipal, regional y nacional.

I. INTRODUCCIÓN

Nicaragua es un país multiétnico y pluricultural de aproximadamente 4.4 millones de habitantes. Su distribución política-administrativa corresponde a 16 departamentos y 2 regiones autónomas: Región Autónoma Atlántico Norte (RAAN) y Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS).

Las dos Regiones Autónomas juntas tienen una extensión territorial de 59,566 Km² y equivale al 49% del territorio nacional, cuya extensión es de 121,428 Km². (Autonomía y Sociedad en la RAAN, Virgilio Rivera et al).

La superficie de la RAAN es de 32,159 Km²; política-administrativamente está dividido en 7 municipios: Puerto Cabezas (Bilwi), Waspám, Bonanza, Siuna, Rosita, Prinzapolka y Waslala, siendo ésta última administrado por Matagalpa.

Su población es de 184,704 habitantes (plan del SILAIS-RAAN, 1998), correspondiendo el 40% al sector urbano y el 60% al área rural.

Está compuesto por Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas, siendo su equivalencia porcentual la siguiente: Miskitus (43.8%), Mayangna (3.4%), Mestizos (37.5%) y Creole (1.1%). (Wany No. 15, 1994); manteniendo cada uno su forma de organización, relación social, religión y lengua.

En cuanto a la distribución de la población, los Miskitus se encuentran en Waspám, mayoritariamente en el área rural, Prinzapolka y Bilwi; los Mayangnas en el área rural de Bonanza y Rosita; los Mestizos en el casco urbano de Bilwi, Siuna, Bonanza y Rosita; y los Creoles en la parte urbana de Bilwi, especialmente en los barrios Peter Ferrera, Arlen Siú, Spanish Town, Muelle y San Luis.

La Ley No. 28, Ley de Autonomía de las dos Regiones Autónomas de la Costa Atlántica de Nicaragua, tiene su base especialmente en los artos. 180 y 181 de la Constitución Política del país, y contempla en su arto. 8, que las Regiones Autónomas son personas jurídicas de derecho público y que entre sus atribuciones les corresponde administrar los programas de salud, educación, cultura, abastecimiento, transporte, servicios comunales, etc., en coordinación con los ministerios de estado correspondiente, de manera tal que responda a la realidad y necesidad de cada Pueblo Indígena y Comunidad Étnica que en esta región vive.

La misma ley en su arto. 11, establece la absoluta igualdad de derecho y deberes entre sus habitantes, independientemente de su número poblacional y nivel de desarrollo.

El arto. 23, refleja las atribuciones del Consejo Regional Autónomo, correspondiéndole en el inciso 1, regular mediante resolución y ordenanzas, los asuntos regionales que les competen, de acuerdo con el art. 8 de este estatuto.

En base a ésta ley, el Consejo Regional Autónomo por medio de su Comisión de Salud, inició hace cuatro años un proceso de consulta con entrevistas y talleres a líderes comunales, agentes de la medicina tradicional, trabajadores de la salud, religiosos, autoridades regionales y municipales, en la búsqueda de insumos para la elaboración de un modelo de salud propio, descentralizado, que respete la manera de ser, crecer y actuar de cada Pueblo Indígena y Comunidad Étnica, a fin de poder dar respuesta a las necesidades y demandas en salud más sentidas de la población.

Dentro de este marco y en base a todo el proceso de reforma del sector salud, le corresponde a las Regiones Autónomas, dirigir y manejar un proceso de negociación de la descentralización de la salud en la RAAN, para su administración por las autoridades correspondientes en base al Modelo de Salud aprobada por unanimidad por el Consejo Regional Autónomo el 8 de Octubre de 1997.

Hasta estos momentos, la administración de la salud se ha venido dirigiendo directamente del Ministerio de Salud a nivel nacional, sin tomar en cuenta las costumbres, creencias y la manera de entender el concepto salud-enfermedad de los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas.

Por muchos años, estos pueblos y comunidades han venido combinando el uso de la medicina casera, la medicina indígena y la occidental para mantenerse sanos, aspectos que no se ha tomado en cuenta a la hora de elaborar los planes de salud para la población.

Un sistema de salud debe estar organizado en función de dar respuestas concretas a las necesidades más sentidas por la población; debe tener un abordaje adecuado culturalmente, entendiendo que los diferentes Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas presentan patrones patológicos y actúan diferente ante las enfermedades y sus causas.

Los Creoles tuvieron su origen primeramente de los colonizadores ingleses en los Siglos XVII y XVIII, quienes trajeron consigo esclavos africanos para trabajar en las plantaciones de azúcar, añil, maderos de tinte y puestos comercial. (Wany No. 4, Julio-Sept. 1986). Aunque hay otras versiones donde se considera que la llegada de los primeros esclavos al Caribe Nicaragüense, fue entre los años 1641 y 1642, al naufragar un barco que transportaba esclavos africanos cerca de los Cayos Miskitos. (Vargas R. 1995). Y la tercera versión, cita que en 1642 un barco portugués que transportaba esclavos africanos, sufrió un amotinamiento por los esclavos mosquitos, la nave encalló en la isla en la desembocadura del coco donde fueron capturados por los indígenas. Donde aparentemente hay coincidencia fue en el siglo que hicieron su aparición a la Costa Caribe Nicaragüense. (Molieri J., 1986).

En 1633, colonos de la Isla de Providencia decidieron que para el fortalecimiento de la colonia, era necesario importar esclavos, lo que se hizo comprándolos de los Daneses o capturándolos de los Españoles.

Los Africanos que trabajaban como esclavos para esos colonizadores europeos son los antecesores de la moderna sociedad negra costeña (creole).

Los Nicaragüenses de descendencia africana se encuentran ubicados en ambos océanos: Atlántico y Pacífico; los que están ubicados en el Pacífico son descendientes de los esclavos que llegaron a Nicaragua a trabajar en las fincas cuando la población indio-americana fueron exterminados. Muchos de los descendientes de este grupo, el día de hoy vive en Nandaime y Granada. (Wany No. 4, Julio-Sept. 1986).

En el Siglo XVIII, alrededor de los años 1787, los colonizadores ingleses evacuaron la Costa Caribe Nicaragüense, terminando así la opresión directa. (Wany No. 4, Julio-Sept. 1986). Con la salida de los colonizadores ingleses, los Creoles comenzaron a florecer, aumentando su población con la llegada de esclavos libres de otras áreas del Caribe y Jamaica.

El presente estudio "Aportes al modelo de salud sobre las condiciones de vida y salud de las familias de la etnia Creole de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú de Bilwi, Enero-Marzo 1998", pretende ser un primer esfuerzo que servirá de base a las autoridades regionales del gobierno y autoridades regionales y/o municipales de salud, para que tengan un mayor conocimiento sobre la Comunidad Creole, su creencia, cultura y su manera de vivir, para que el sistema de salud autónomo en todo su proceso de reorganización, pueda incluir las necesidades de salud de acuerdo a la realidad de ésta comunidad étnica, a fin de que sus conocimientos de medicina tradicional y casera no desaparezcan, sino que pueda fortalecer el sistema de salud actual, buscando una articulación respetuosa dentro de la diversidad; pretende asimismo, aportar elementos sobre las condiciones de vida de la Comunidad Creole para fortalecer el Modelo de Salud existente y fundamentalmente para que la Comunidad Creole pueda en base a su propia realidad, hacer planteamientos al Ministerio de Salud y al Gobierno Regional Autónomo, que fortalezca el Modelo de Salud en la autonomía.

Por otro lado, pretende dotar a la Comunidad Creole con un mayor conocimiento sobre su propia realidad, para así tener planteamientos sobre las discusiones de la organización de la salud en la autonomía, en las reuniones del Consejo Regional de Salud a llevarse a cabo dos veces al año en la región (siendo miembros de ésta estructura).

Que a la hora de la preparación de los recursos humanos en la región, hayan mayores elementos que fundamente la manera de ser de ésta Comunidad Étnica, que los curriculum puedan incluir esta realidad, no para buscar la superioridad de ésta etnia sobre otra, sino para tener conocimiento y respeto, y poder así lograr, una articulación efectiva de todos los recursos necesarios en beneficio de la población.

El estudio es de carácter descriptivo y de corte transversal. Se hizo mediante la siguiente metodología:

- a) Observación directa de las actividades de los Creoles en los Barrios Arlen Siú y Peter Ferrera.
- b) Visitas a los barrios para realizar entrevistas a informantes claves.
- c) La aplicación de una encuesta estructurada, cuyos datos fueron analizados para llegar a conclusiones objetivas y poder brindar recomendaciones acorde a las necesidades reales basadas en el respeto y rescate de la cultura Creole.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

**¿Corresponden los servicios de salud a las
condiciones de vida y salud
de las familias de la etnia Creole de los barrios
Peter Ferrera y Arlen Siú de Bilwi-RAAN?
Enero – Marzo 1998**

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Conocer las condiciones de vida de las familias de la Comunidad Creole en los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú de Bilwi-RAAN, Enero-Marzo 1998, como aportes al Modelo de Salud.

Objetivos Específicos:

1. Describir las características socio-demográficas de las familias creoles que habitan los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
2. Determinar las condiciones higiénico-sanitarias de las viviendas de las familias creoles que habitan en los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
3. Identificar las características culturales, creencias y prácticas de las familias Creoles que habitan los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
4. Describir la situación socio-económica de las familias creoles que habitan los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
5. Identificar el comportamiento de la morbi-mortalidad, IRA, EDA, Malaria, ETS en los < 5 años y los adultos de las familias creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú durante los meses Enero a Marzo 1998.

6. Identificar el comportamiento de salud reproductiva en las Mujeres de Edad Fértil de la Comunidad Creole de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
7. Identificar algunos aspectos de la utilización y demanda de los servicios de salud de los barrios en estudio, por parte de la Comunidad Creole de los barrios en estudio.

IV. MARCO TEÓRICO

Contexto general

La globalización le ha definido el rol a los países pobres y los efectos lo sufren los sectores empobrecidos. Esto se refleja en la disminución de salarios reales, el desempleo, la restricción del servicio público, la explotación irracional de los recursos naturales y el deterioro ecológico.

El poder económico globalizador y la aplicación de medidas económicas que se derivan de ellas, genera una mayor exclusión económica y poca participación social que se refleja en resistencia, protestas y violencias que sumado a las transformaciones culturales que se desprenden de la globalización cultural-comunicacional evidencia cambios con la aparición del individualismo, el consumo y pérdida de valores éticos y destrucción de la solidaridad comunal.

El Gobierno de Nicaragua ha venido implementando en los últimos años (1990-1997) medidas macro-económicas dirigidas a estabilizar la economía en un ambiente de polarización política y con muchas dificultades para materializar estrategias de carácter nacional concensuadora.

Estas medidas de estabilización están dirigidas a una profunda reconstrucción capitalista de la economía orientada hacia la empresa privada y a un sistema de mercado libre, donde se perfila devolver a la empresa privada el papel protagónico en la producción de bienes y servicios.

Datos proporcionados por el Banco Mundial, indican que el 20% más rico de los nicaragüenses concentran el 65% del ingreso y el 20% más pobre sólo recibe el 30%, para una relación del 22 a 1, entre pobres y ricos.

No es muy diferente la situación con la cultura y la información. La globalización, por medio de los modernos medios de comunicación hace llegar los productos del Norte hasta el último rincón del mundo. Vemos los mismos programas de televisión en la selva del Amazonas que en las grandes ciudades, escuchamos la misma música en todas las ciudades y pueblos del mundo, nos venden los mismos programas y productos en todos los lugares, indistintamente de las diferentes culturas, necesidades o aspiraciones. Las culturas locales son relegadas a un segundo plano detrás de la cultura del consumo universal, que nos es vendida como un adelanto, como la opción de los pueblos de los países pobres a tener los mismos derechos que la población pudiente de los países ricos del Norte.

Especialmente grave es esta situación cuando elementos que mantienen la identidad cultural, son enajenados y relegados por esa cultura de la globalización. En el caso de la cultura de la población creole o afrocaribeña, los ritmos modernos se imponen cada vez más al calypso y demás sones del caribe; la pizza, el hot dog y la hamburguesa reponen al rondon, los blue jeans se imponen a las viejas y floridas faldas, el lenguaje de las ciudades norteamericanas al antiguo creole, el tylenol reemplaza los medicamentos caseros. El peligro de esta globalización de la cultura es justamente la creación de una cultura uniforme que domina a las particularidades y hace desaparecer la identificación con la cultura propia. La cultura propia desaparece, se impone lo internacional. Es por ello,

que en estos días es cada vez más difícil determinar los patrones culturales propios de cada comunidad étnica. Además de la apropiación de ciertos rasgos culturales de los vecinos, se impone, se transculturiza la cultura global de las grandes cadenas internacionales y lo propio se reemplaza por lo ajeno.

Problemas sociales y culturales

El modelo económico derivado de la colonización externa e interna sobre la región aplicando "modelos iguales" de aculturación y asimilación ha facilitado la exclusión de ciertos grupos sociales, reflejado en la apatía de algunos sectores de luchar y defender sus derechos.

Para los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas de las regiones autónomas, participar en las decisiones políticas nacionales y regionales ha sido difícil por las características culturales, lingüísticas y los patrones históricos de discriminación racial y étnica que han prevalecido.

Los Estados han visto tradicionalmente la diversidad étnica como una amenaza pensando que su reconocimiento los debilita. Esos temores generalmente han desviado su atención de la necesidad de encontrar y construir soluciones innovadoras a sus mismas crisis, buscando más bien obviar la realidad y buscar la hegemonía de un grupo sobre los demás.

La implantación del esquema neoliberal y la polarización social resultante, se expresa no sólo en lo económico, sino también en lo político, jurídico y moral. Se está incrementando desde el poder la pérdida de referentes éticos y se está potencializando la corrupción. Hay falta de credibilidad en las instituciones, desconfianza en los sistemas políticos y en los políticos.

La colonización ha actuado contra el sentido que preserva y orienta cada cultura o al individuo dentro de la misma. La colonización ha destruido y subyugado la organización y la estabilidad social de la comunidad, afectando su identidad, generando inseguridad e impotencia, destruyendo sistemas de valores y desconociendo la forma como los individuos y colectivos comprenden y explican la vida, la enfermedad y la muerte. Sin sentido cultural la vida se transforma en subsistir y resistir.

Tendencias políticas

Los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas de América se encuentran concluyendo el siglo XX luchando por ser reconocidos por los Estados donde viven y ejercen algunos de los derechos negados históricamente.

Los procesos de revitalización étnica local no están al margen del proceso global de crisis de los estados nacionales tratando de redefinirse a sí mismo frente al proceso de globalización que cada día lesiona más su soberanía al definir casi todo fuera de su ámbito y más bien en el seno de las agencias financieras internacionales.

El fracaso de los estados para proporcionar condiciones de seguridad y justicia ha hecho que pueblos con identidades diferenciadas tratan de hallar otros espacios en busca de un mejor futuro.

Nicaragua ha dado un paso importante en el reconocimiento de derechos de los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas a partir de la aprobación del Estatuto de Autonomía de las Regiones Autónomas en 1987, donde se establece las bases para un nuevo ordenamiento jurídico y estructural que vendría a configurar un estado unitario, multiétnico y respetuoso de la diversidad.

Condiciones de Vida:

El comienzo de la década de 1990 se caracterizó por un estancamiento económico, político y social, la cual se ve también afectada por la crisis económica mundial que obliga a los países a someterse a procesos de ajustes o medidas neoliberales que pretenden combatir la inflación y auspiciar el crecimiento, al mismo tiempo busca una forma de inserción en la economía internacional. Estas políticas de ajuste han profundizado el deterioro social y como consecuencia ha tenido el deterioro de las condiciones de vida y las desigualdades sociales que siempre ha caracterizado a los países en América Latina, éstas mismas se reflejan en una desigualdad de oportunidades para cada individuo, familia, comunidades y grupo poblacional.

Las condiciones de vida de cada grupo de población traducen su forma particular de inserción en el conjunto de la estructura y dinámica social y son determinadas en el proceso de reproducción social, constituyendo la mediación entre procesos más generales de la sociedad y los problemas de salud / enfermedad peculiares de cada grupo poblacional. Al mismo tiempo las condiciones de vida constituyen las formas particulares de participación de dicho grupo en la reproducción general de la sociedad.

Las condiciones de vida de cada sector de la población tiene así la doble importancia de expresar los procesos generales de la sociedad y de ser medianas determinantes de los problemas de salud a nivel individual y colectivo.

Las condiciones de vida pueden ser operacionalizadas en cinco grandes dimensiones:

- ☛ La **dimensión biológica**, ligada al potencial genético y la capacidad inmunológica.
- ☛ La **dimensión ecológica**, relacionada con el medio laboral y la residencial.
- ☛ La **dimensión de la conciencia y la conducta**, relacionadas con hábitos y formas de conducta, estilos de vida individuales y colectivos.
- ☛ La **dimensión de los procesos económicos**, que se relacionan con la producción, distribución y consumo de bienes y servicios.
- ☛ La **dimensión cultural**, relacionado con la forma de ser y actuar.

Las condiciones de vida, por otro lado, determinan las necesidades de salud que socialmente están representadas como problemas de salud que se expresan en diferentes espacios-población y en diferentes períodos del proceso salud enfermedad.

Los problemas de salud son los “efectos” de las necesidades no resueltas y pueden tener como productos finales: muerte, enfermedades, accidentes o riesgos potenciales para la salud.

Es por ésta razón que las respuestas sociales se derivan de las respuestas de las necesidades y problemas de cada una de las dimensiones de las condiciones de vida y que podría clasificarse en dos grandes grupos básicos:

1. Las acciones predominantes naturales como las inmunológicas y todos los procesos de defensa del organismo y de la homeostasis humana.
2. Las acciones sociales como respuestas organizadas de los colectivos humanos incorporados tanto a nivel comunitario, como los de la sociedad civil y de los gobiernos.

Proceso Salud-Enfermedad

Salud y enfermedad, dos grandes extremos en la variación biológica, son el resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente; se trata entonces de un estado orgánico de equilibrio entre el medio interno y el medio externo del individuo, estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y las diferencias en sus condiciones de vida.

En la práctica, la salud del individuo depende de la forma en que satisfaga sus necesidades elementales, la cual depende de lo que la organización social ofrezca. La incapacidad para obtener alimentos, protectores, vestuario, vivienda, trabajo fijo, vivir en condiciones higiénicas sanitarios, producto de una organización social inadecuada es aún la causa más común de enfermedad en el hombre, ya que este proceso depende de la forma en que el hombre transforma los recursos naturales para su consumo y la forma como establece sus relaciones de producción con otros hombres para producir y apropiarse del producto.

Con el auge de la medicina social, se habla de un enfoque integral del proceso salud-enfermedad, el cual no solamente está determinado por la expresión biológica de la enfermedad, sino que conceptualiza la salud y enfermedad como dos elementos interrelacionados dentro de un proceso: el proceso salud-enfermedad, que está determinado por los aspectos sociales, económicos, culturales, educativos, políticos, ambientales, geográficos y psicológicos, entre otros, que inciden permanentemente sobre el individuo y la colectividad y que van a dar como resultado un determinado estado de salud.

Para el estudio de la salud del individuo y la comunidad, adquiere gran valor no sólo la información biológica, sino toda la información social, cultural, educacional, la forma en que la comunidad percibe lo que les rodea, o sea su cosmovisión.

La Costa Atlántica tiene diversos Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas, y cada uno de ellos tienen sus propias formas de interpretar el proceso salud-enfermedad, así como usar su medicina casera como alternativa para resolver sus problemas de salud. Los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas, entre éstos los Creoles, poseen valores culturales, saber y conocimientos que pueden servir para aproximarse a sus problemas de salud.

La Familia:

Para la etnia Creole, la familia se entiende como un grupo de dos o más personas que viven juntos y están relacionadas por sangre, por matrimonio, por adopción, o por relación estable de más de un año.

Tipos de familia:

- a) **Familias nucleares completas:** aquellas donde conviven los dos padres biológicos o adoptivos y los hijos solteros.
- b) **Familias incompletas:** aquellas donde conviven los hijos solteros y uno de los padres biológicos o adoptivos, quien es el jefe o cabeza de familia.
- c) **Familias extensas:** donde conviven personas de tres generaciones (abuelos, padres, hijos, nietos, tíos, primos, sobrinos); este es el tipo de familia que predomina en la etnia Creole.
- d) **Familias reconstituidas:** donde conviven la madre o el padre separados o divorciados con los hijos de una o más uniones anteriores y su nuevo compañero o compañera.
- e) **Familias mixtas:** conviven un padre y una madre con hijos de uniones anteriores de los dos y en algunos casos con hijos concebidos en esa unión actual.
- f) **Familias con padre visitante:** son una variante de las familias incompletas en cuanto a que el padre no convive con la familia, pero él cumple con las funciones de esposo y padre, y tiene los privilegios y atribuciones de jefe de familia.

Desde una perspectiva social, la familia es vista como un microambiente donde permanecen sus integrantes quienes son responsables de funcionar de forma que favorezca una vida saludable. La familia debe adoptar un estilo de vida que promueve el bienestar y el desarrollo de sus miembros.

La familia es un contexto complejo e integrador, pues, participa en los procesos biológicos, psicológicos y ecológicos dentro de los cuales se movilizan los procesos fundamentales de la sociedad. Es una unidad psicosocial sujeta a la influencia de factores socio-culturales, prácticas y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis o en patrones disfuncionales. Cuando la familia funciona en forma adecuada es un factor protectora para todos sus miembros.

Algunas familias logran afrontar las transiciones y las catástrofes y aún a crecer a través de ellas, mientras que otras abarcados a problemas similares, se bloquean o se rinden ante las dificultades.

Esta situación se da debido a cuatro supuestos:

1. Todas las familias que son sistemas vivos enfrentan dificultades y cambios como un hecho natural y predecible a lo largo de su ciclo vital.
2. Todas las familias desarrollan fortalezas y capacidades básicas para promover su crecimiento unitario y el de cada uno de sus miembros, así como para protegerse de los momentos de transición y cambio.

3. Todas las familias desarrollan fortalezas y capacidades específicas para protegerse de las estreses inspiradas y para promover la adaptación después de las crisis o de las más duras transiciones. Simultáneamente las familias se benefician y contribuyen a la red de relaciones y recursos de la comunidad, en especial en los momentos de estrés y crisis.

4. El nivel de adaptabilidad o vulnerabilidad de la familia y de sus miembros a la crisis en respuesta a un evento estresante o una transición, depende de la interacción de los siguientes factores:
 - Tipo de relaciones que mantienen sus miembros.
 - El estilo de afrontamiento de los problemas.
 - Las fuentes de apoyo de la familia.
 - Los valores y creencias de la familia.
 - La acumulación de tensiones y estresores.
 - Los recursos de la familia para resistir las tensiones.

Como indicaciones de la adaptabilidad o de la vulnerabilidad a la crisis, se toman en cuenta los siguientes factores:

1. El grado de satisfacción de los miembros de la familia con diferentes aspectos de vida.

2. La presencia o ausencia de problemas de salud y de compartimiento.

La población Creole

Se les denominan Creoles a los descendientes de africanos mezclados en diversos grados con otras etnias, siendo Bluefields el centro poblacional más importante para ellos.

Los afro-nicaragüenses conocidos como "**Creoles**" tuvieron su origen con la llegada de los colonizadores ingleses en los siglos XVII y XVIII, quienes traen consigo esclavos africanos. Los colonizadores ingleses, muchos asociados con la colonia de puritanos de la isla de Providencia, establecieron pequeñas plantaciones de azúcar y añil, campos madereros y puestos comerciales para negociar con las poblaciones indígenas y las colonias españolas del interior de Centroamérica.

A través del tiempo los rasgos culturales y raciales de esta población básicamente negra fueron transformados al encontrarse en una tierra extraña, aislados de pueblos de su misma lengua y cultura; los esclavos africanos se vieron forzados a aculturizarse al combinar elementos de su cultura y lenguaje con elementos culturales y fenotípicos de sus amos europeos, creándose así una simbiosis cultural y lingüística adecuada a su nueva situación. La unión entre africanos, indígenas y los propios colonizadores anglosajones ingleses llegó a ser muy común, algunos de los hijos de estas uniones fueron liberados por sus padres europeos.

A este grupo de negros libres, se juntaron otros negros que habían escapado de sus amos de las colonias españolas, de los asentamientos ingleses en la Costa o de las plantaciones de las islas del caribe. También había un flujo constante de marineros, mercaderes y gente negra liberados que visitaban la Costa desde Jamaica y otras áreas del caribe con el fin de comerciar.

Con el tiempo un grupo pequeño con el apoyo de sus padres y amos blancos obtuvieron medios de producción, tierra y esclavos, convirtiéndose así en miembros del grupo dominante de la costa.

Después del Tratado de Versalles en 1787, firmado entre los gobiernos Británico y Español, que determinó la evacuación de los ingleses de la Costa Caribe de Nicaragua, la "gente negra" que se negó a ir quedaron libres o ausentes de la opresión colonial directa y la comunidad negra comenzó a florecer, aumentando su población con la llegada de esclavos libres de otras áreas del Caribe y Jamaica.

La comunidad negra floreció culturalmente, usando como base el lenguaje y la cultura creada por sus antecesores esclavos, dando por consiguiente:

Culturalmente:

- Conocimiento y manejo de la lengua de los ingleses
- Formación de una nueva lengua: creole-inglés
- La cultura creada por los esclavos antecesores
- Conocimientos gerenciales y de organización
- Nuevo ritmo de música
- Comida basada en la gastronomía inglesa

- Nuevas normas y patrones de conducta a la usanza inglesa
- Estructura arquitectónica de casas al estilo inglés
- Formas de organización propia, entre algunas cosas.

Entre algunos conocimientos de medicamentos caseros, tenemos:

- Limón (*citrus amantifolia*)
- Serocontil (*senna alato*)
- Sorosí (*momordica chacantia*)
- Zacate de limón (*cymbopogon citratus*)
- Marañón (*anacardium occidentale*)
- Jengibre (*zingiber officinale*)
- Ajo (*allium sativa*). (Wany, Marzo – 1994. Pág. 30).

Económicamente:

- Se convirtieron en los comerciantes importantes, ocupando el lugar de los colonos que se fueron.
- Manejaban el contrabando con el interior del país.

En lo Político:

- Se convirtieron en los principales asesores del Rey de la Reserva de la Mosquitia.
- Ocupaban espacios de mucha importancia, que les permitió una gran influencia en la toma de decisiones en el territorio, esto les hizo considerarse a sí mismos como líderes naturales de La Mosquitia.

Este espacio importante que tenían los Creoles, se les fue cerrando con el regreso de los británicos en el Siglo XIX, por el interés que tenían en el Río San Juan como posible ruta canalera entre el Pacífico y el Atlántico.

La Comunidad Creole tuvo varios momentos históricos que les causó mucho resentimiento hacia América y Europa, y al interior de Nicaragua. (Wany No. 4).

1. En el Siglo XIX, el regreso de los europeos → Esto significó para los Creoles la pérdida de poder político, económico y social.
2. En el año 1880, con la presencia de los norteamericanos. → Esto debilitó más a los Creoles, que siempre querían tener una posición social media (al menos).
3. 1849, con el surgimiento de la Iglesia Morava, que también buscaba poder. → Evangelizó primeramente en el Sur de la Costa Atlántica, que es donde se encontraba la mayor parte de los Creoles y los convirtió en sedentarios y dóciles, cediendo su espacio, especialmente al ocupar la iglesia el lugar de las instituciones del gobierno, priorizando salud y educación.
4. 1894, con la reincorporación de la Mosquitia. → Terminó con la hegemonía de la Comunidad Creole; llegaron españoles del Pacífico a ocupar cargos políticos, a tomar decisiones, a utilizar un idioma diferente, a realizar organizaciones diferentes, a tomar decisiones económicas.

Los Creoles más afectados se levantaron para defender sus intereses, pero fueron controlados por las armas. (Wany No. 4, Julio-Sept. 1986. Pág. 9-10).

En 1979, con la llegada de los Sandinistas al poder, se repite el fenómeno de 1894, con la reincorporación de la Mosquitia, al traer varios dirigentes del FSLN, castigados, a asumir cargos de dirección en la región con los mejores salarios y prebendas y sin contar con los conocimientos culturales de la población.

Hubo mucho recelo e insatisfacción y gran parte de la población Creole emigró a otros lados: Managua, Estados Unidos, Canadá y Costa Rica. Este procedimiento creó hostilidad hacia los Mestizos que llegaron del Pacífico de Nicaragua, de parte de un gran sector de la población.

En 1994, como resultado de las elecciones regionales y al ganar mayoría el gobierno liberal en el Consejo Regional Autónomo, se dio inicio al cambio de delegados regionales creoles que se encontraban en estos cargos, por Miskitus sin experiencia o preparación, y en otras por personas del Pacífico, en franco irrespeto a la Ley de Autonomía. Esto molestó mucho a un sector de los Creoles que actualmente están a la expectativa del avance del gobierno con sus problemas y dificultades, siendo sus comentarios: ***"Hey, rememba I did tell you, they was going soon move him and bring the spanish people them from the Pacific..."***

CONVERSIÓN DE LOS NEGROS AL CREOLE

Entre 1880 y 1890, la Costa Atlántica se convierte en un enclave económico de los Estados Unidos, lo que motivó la necesidad de más mano de obra barata para sustentar esta actividad económica, lo que se resolvió de la siguiente manera:

- Los trabajos difíciles eran realizados por campesinos mestizos inmigrantes, indígenas miskitus y negros que fueron traídos como trabajadores desde el Caribe procedentes de Jamaica, Isla Caymán y San Andrés, siendo la mayoría trabajadores no especializados o calificados.¹

- Los negros que ya se encontraban establecidos en la Costa Atlántica ocupaban una posición social superior a los recién llegados, además hablaban un creole-jamaiquino, creando las diferencias entre los dos grupos.

Con el tiempo y producto de la asimilación cultural, los dos grupos se fueron transformando en uno solo, conocido hoy día como Creoles.²

¹ No longer invisible. Afro-Latin American today. Nicaragua. Jane Freeland. P. 181.

² Wany No. 4 (Julio-Sept.), 1986.

Características actuales de la identidad Creole:

En la actualidad:

La Comunidad Creole en la RAAN es poca, equivaliendo al 1.1% de la población total.

Políticamente a nivel general:

Participan en las organizaciones políticas nacionales, regionales y suscripciones populares. En algunos casos, dirigen movimientos regionales autónomos.

- a) Son miembros del Consejo Regional Autónomo
- b) Son miembros de la Junta Directiva del Consejo Regional Autónomo
- c) Participan en comisiones de trabajo del Consejo Regional Autónomo
- d) Ocupan cargos de alcaldes en algunos municipios.

A nivel regional:

La población es poca, pero participan en pequeños números en las candidaturas de los cargos políticos al Consejo Regional Autónomo y a la Alcaldía.

- a) Generalmente tienen buena afluencia a las urnas electorales.
- b) Actualmente no hay Creoles en los cargos de delegados institucionales.

- c) Participan de manera activa en el Club de Creoles, aportando cada uno para realizar sus actividades.
- d) Participan también en un grupo de discusión con Mestizos, sobre tenencia de la tierra.
- e) Son activos en la iglesia, aunque refieren que antes era mucho más estricto.

En lo económico:

La mayor parte de las familias Creoles en el país tienen condiciones de vida aceptable, casa propia, trabajo, educación, entre algunas cosas. La mayoría reciben remesas del exterior.

En Bilwi, las condiciones observadas son similares, podríamos decir de condición media; no realizan trabajos que creen no es de su altura, como se observó en las visitas y corroborado por las entrevistas: **“You eva see a creole man chaping yard or pushing careta”**.

Entre las fortalezas, debilidades, amenazas y perspectivas de los Creoles podemos mencionar lo siguiente:

FORTALEZAS:

- 1) El conocimiento y manejo de al menos de 3 idiomas: Inglés, Creole y Español.
- 2) El orgullo que mantiene en su propio trabajo, tratando de hacer lo mejor posible.
- 3) Su interés de estudiar y prepararse.

- 4) El velar por la preparación de sus familiares.
- 5) El proveer para el mantenimiento de los familiares más cercanos.
- 6) La mayoría recibe un ingreso adicional de familiares en el exterior.
- 7) Casi cada familia creole tiene al menos un miembro de la familia embarcado.
- 8) Algunos asumen posiciones políticas.
- 9) Son buenos deportistas.
- 10) Mantienen el respeto hacia sus mayores.
- 11) Saben ser buenos amigos.
- 12) Poseen facilidad de negociar y acordar con mestizos y blancos.
- 13) Son solidarios con otros Creoles.

DEBILIDADES:

- 1) Orgullosos de asumir posiciones de blancos.
- 2) No realizan cualquier tipo de trabajo.
- 3) Cuando tienen dinero son gastones.
- 4) Ven a los indígenas como inferiores.
- 5) No sienten mucho orgullo por su lengua materna.
- 6) No saben pedir disculpas.
- 7) Pueden ser muy burlescos.
- 8) A veces toman posiciones muy pasivas ante algunos fenómenos.
- 9) La mayoría de los Creoles prefieren no ser muy activos en la política por presiones de la iglesia.

AMENAZAS:

- 1) Creencias de que son perezosos.
- 2) Que sólo quieren bailar.
- 3) Gobierno Regional y Municipal del MED, no ven importante el Programa Bilingüe Creole.
- 4) Racismo hacia el negro a lo interno de la región y a lo externo.

PERSPECTIVAS:

- 1) Prepararse para asumir cargos de direcciones.
- 2) Embarcarse para ganar bien y mandar dinero a los familiares.
- 3) Tener una parcela de tierra propia para construir su casa.

Organización Socio Cultural:

Por lo general el Creole se caracteriza como de introvertido y como un grupo difícil de penetrar y lograr su confianza, pero una vez logrado éste es una persona fiel, apegado, confiable y entonces se muestra amistoso, unido y solidario.

Hay algunos bailes tradicionales que forman parte de la cultura propia de los creoles, como es el baile de la cinta entrenzada (Plat Pole), palo de mayo, baile del polka, chaties, soka, reggae; la habilidad del baile caracteriza a la generación de creoles más jóvenes. El baseball, el softball y el kity ally son deportes favoritos de los creoles.

Entre los platillos favoritos de los creoles está el run-down, gallo pinto con coco, jhoni cake, patty, guizada, fruit cake, plantin tat, carne salada, atol de frutas de pan, duff, kunkante.

Los creoles alcanzaron un nivel relativamente alto en la jerarquía social y lo mantuvieron por muchos años; el dominio del idioma inglés en el cual eran preparados les facilitaba esto, pudiendo continuar su educación con la llegada de los primeros misioneros moravos, utilizando libros como el Star Reader y el Royal Reader. La Iglesia Morava desarrollaba trabajos de organización de base, escuelas diarios y dominicales iniciándose a impartir estos en el idioma inglés. (INNICA. Zelaya Norte, 1983).³

Los Creoles le dan mucha importancia al núcleo familiar, otorgándole el papel preponderante a los "viejos" de la familia. No tienen mucha participación en la vida política municipal, más bien se dedican a actividades económicas particulares para su sustento, ya que para ellos la religión y la política no van juntas, y la vida de los Creoles está impregnado de mucha religiosidad, aunque se enorgullecen de su status de no proletario.

La Comunidad Creole mantuvieron valores y prácticas culturales anglo-sajonas influenciados poderosamente por su herencia africana; dicha simbiosis cultural hoy día forma parte de la cosmogonía de los Creoles, entre los cuales podemos citar algunas prácticas de antaño y que persisten hasta hoy día, como son:

³ INNICA, Managua, 1983 – pág. 10

✓ **Obhia o Something:** Consiste en un preparado a base de hierbas, pelo, muñecos y ropa; ésta tiene doble función, puede ser utilizado para el bien o para el mal. Se usa generalmente cuando un problema es de difícil solución o se desea hacer un maleficio a alguien, o por problemas de venganza; aunque cuando se pregunta al Creole sobre si existe el Obhea, la mayoría contesta: **“Me no know, me no practice it, but them say Obhea is bad ting”**.

✓ **Cut Card or The Furtune Teller (Lectura de Naipes):** Consiste en que una adivina, generalmente es mujer, con una baraja lee la suerte de uno, tanto lo del pasado, presente y futuro; es remunerado, si no, no puede hacer bien su trabajo. Esto no lo puede hacer a una mujer durante su período menstrual.

- Se piensa que cuando hay un muerto y su cuerpo no se pone rígido, habrá otro fallecimiento muy cercano dentro de la misma familia.
- Los Creoles no mantienen en su casa ningún tipo de espejo roto, o cristalería de cualquier clase, ya que es un mal viento o espíritu quien quiebra los vidrios y salva a la familia para quien iba dirigido la desgracia; es por eso también que cuando hay tormenta los Creoles acostumbran cubrir y proteger los vidrios, ya que si se quiebran puede haber desgracia en la familia.

Parte de la cosmovisión creole la constituye también el significado de los sueños, a los cuales se les da diferentes interpretaciones, entre ellos:

- Soñar con lodo, significa enfermedad grave en la familia
- Soñar con agua clara, es buena suerte
- Soñar con pescado, es señal de embarazo de alguien en la familia
- Soñar con casamiento, significa muerte

- Soñar con frutas maduras, quiere decir época de plenitud
- Soñar que se le caen los dientes, es interpretado como muerte de un familiar.

Al igual que otras culturas, comparten ideas de que si una mujer embarazada observa un eclipse, el producto nacerá con una mancha roja en alguna parte de su cuerpo.

En general son protestantes, la mayoría pertenece a la Iglesia Morava, una minoría es anglicana, bautista, adventista; hoy día algunos creoles se han aculturizado, ejemplo de esto es su conversión en algunos casos al catolicismo. Una gran caracterización dentro de la jerarquía familiar es el respeto a las abuelas maternas.

Actualmente la etnia Creole tiene muy poca proyección, asumiendo una posición más de observación, y de vez en cuando son utilizados para actividades sociales donde por una u otra razón, alguna autoridad jerárquica quiere dar a conocer parte de su cultura.

El Modelo de Salud de la Región Autónoma Atlántico Norte.

El Modelo de Salud de la RAAN, contempla en sus aspectos más importantes lo siguiente:

1. RAZÓN DE SER DEL SISTEMA DE SALUD DE LA RAAN:

Garantizar la prestación de servicios de salud a la población de la Región Autónoma Atlántico Norte.

2. PRINCIPIOS DEL SISTEMA:

Las políticas y principios de la atención en salud a la población de la RAAN deben estar comprendidas en el marco de referencia de las políticas nacionales de salud, respondiendo sin embargo, específicamente a la población costeña, sus intereses y particularidades culturales.

Los Principios del Sistema de Salud de la RAAN han de ser:

- La atención en salud debe ser integral, es decir, considerar los elementos curativos, de rehabilitación, preventivos y de promoción, haciendo énfasis en estos dos últimos.
- Se debe garantizar de manera sistemática la participación social y en especial de los diferentes Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas en todo el proceso.
- Se debe promover la revitalización cultural.
- Las acciones deben responder al principio de la reciprocidad, es decir, que si bien la salud también es responsabilidad de la sociedad civil, la estructura de gobierno debe asumir su rol como gestor, normador y supervisor en conjunto con los demás actores sociales.

- La equidad en la atención en salud es un elemento primordial, priorizándose a:
 - binomio madre-niño
 - la población perteneciente a las comunidades étnicas
 - los grupos poblacionales productivos en la pesca, la minería y el trabajo forestal.
- Toda la población, y en especial los grupos desprotegidos deben tener acceso a la atención básica en salud. Esto se refiere al acceso económico, social, geográfico y cultural.

3. OBJETIVOS DEL SISTEMA DE SALUD:

General:

Mejoramiento del nivel de salud de los pobladores/as en la RAAN, sus familias y comunidades, dentro del marco de su medio ambiente y considerando las particularidades de cada una de las comunidades étnicas de la región, como parte del proceso de autonomía.

Específicos:

- Prestar atención en salud a la población de la RAAN desde un punto de vista integral y priorizando a los grupos más vulnerables.
- Contribuir al mejoramiento de las condiciones higiénico-sanitarias en la región.

- Contribuir al mejoramiento de la situación en salud, y por ende a las condiciones de vida de la población.
- Armonizar los elementos de atención primaria con la atención secundaria, garantizando los diferentes niveles de atención e integrando los elementos relacionados a las prácticas tradicionales.
- Aportar al desarrollo comunitario.

4. ESTRATEGIAS DE DESARROLLO:

- Fortalecimiento del proceso de descentralización.
- Fomentar un entorno que permita a la unidad familiar mejorar su salud.
- Impulsar el desarrollo de la atención primaria.
- Impulsar el fortalecimiento de la atención hospitalaria.
- Mejorar la calidad de atención.
- Fortalecer institucionalmente el Sistema de Salud Regional.
- Desarrollo del marco jurídico.
- Desarrollo de nuevas modalidades de gestión.
- Financiamiento.
- Desarrollo de la participación social.
- Incidir en el desarrollo de una política de protección al medio ambiente y protección de los trabajadores.

La atención primaria en salud

Es una estrategia que orienta los servicios básicos de salud en función de las necesidades más apremiantes de toda la población y en especial de los grupos más postergados y vulnerables. De esta manera se tenderá a reducir las desigualdades existentes en el acceso a los servicios de salud.

- **Accesibilidad geográfica:** Las unidades de atención deberán estar ubicadas de tal manera que para acceder a ellas, la población no deba emplear **más de dos horas**, garantizando así la accesibilidad geográfica.
- **Accesibilidad cultural y prácticas sanitarias tradicionales:** El subsistema de atención primaria deberá garantizar la accesibilidad de la salud a los pobladores de su territorio, teniendo presente los aspectos culturales de las localidades. Esto se refiere tanto al idioma utilizado en las acciones de salud, como a la comprensión e integración de los elementos relacionados a la cultura y cosmovisión de las etnias locales. Especial énfasis se le debe dar a la promoción y rescate de los elementos relacionados a las prácticas sanitarias tradicionales creoles e indígenas.
- **Accesibilidad social y económica:** Todos los pobladores deberán tener acceso a los servicios de salud, independientemente de su posición social o económica.

La atención en salud deberá ser **integral**, priorizando las acciones relacionadas a la prevención y promoción. Además deberá ceñirse a **las necesidades de las comunidades**, y no limitarse a la identificación de las enfermedades.

La participación social y la promoción social en salud

En el nuevo modelo de los servicios de salud de la RAAN, especial interés se ha de poner en el desarrollo de capacidades de la comunidad por asumir una corresponsabilidad por la situación de salud de sus miembros. Para poder lograr asumir ese reto, la comunidad debe apropiarse del mismo, transformándose de objeto de intervención en un sujeto que determina. Es por ello que la comunidad por medio de sus representantes (ya sea las comisiones de salud en los diferentes niveles o los diferentes actores sociales que se desempeñan en el campo de la salud), debe asumir un importante rol en la administración de la salud. En todo el proceso de modificación del estado de salud debe participar la comunidad, es decir, en la identificación de los problemas, la propuesta de soluciones, la búsqueda de recursos, la definición, planificación e implementación de intervenciones y la evaluación de las mismas.

Sólo por medio de la efectiva participación social será posible la **promoción** de hábitos y formas de vida sanos, que permitan modificar el perfil sanitario de la población y mejorar así las condiciones de vida de la misma. En el nuevo modelo de salud, se prestará especial énfasis a este componente, intentando generar un movimiento de **comunidades y municipios saludables**, en los que la población se integre en el proceso de modificación de los hábitos de vida. Esto se refiere a elementos hasta ahora considerados en el sistema de

salud, como el rechazo a la violencia y la promoción de formas no violentas para resolver los conflictos, la búsqueda de soluciones a problemas como el alcoholismo y la drogadicción, y la protección del medio ambiente y los recursos naturales, entre otros.

5. IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO:

A fin de poder implementar el presente modelo, es pertinente seguir las siguientes estrategias:

- Reinicio del proceso de negociación con el MINSA Central, a fin de crearse las condiciones jurídico-legales para el proceso.
- Instalación de la Secretaría de Salud en la región, en común acuerdo con el MINSA Central.
- Desarrollo gradual del modelo mediante pilotaje y monitoreo por territorios.
- Descentralización y traslado de poderes de manera gradual, iniciando por el modelo de gestión y atención, continuando con los elementos del presupuesto relacionado a insumos médicos y la administración de los recursos humanos, hasta la descentralización total hacia la región, de acuerdo a un cronograma establecido. Han de priorizarse:
 - la descentralización presupuestaria hacia las unidades de salud en los municipios;

- la descentralización de los programas de cooperación externa hacia la región;
- la conveniación del desarrollo con el MINSA Central, en que se contemple un amplio apoyo técnico, de capacitación de recursos humanos y de creación de condiciones generales para ese propósito.
- Constitución de la Comisión Regional de Salud.
- Continuar con el desarrollo de recursos humanos para el proceso.

V. DISEÑO METODOLÓGICO

1. Tipo de Estudio:

El presente estudio cuanti-cualitativo es de carácter descriptivo y de corte transversal, que se realizó en las familias de la población creole que habitan en los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú de Bilwi-RAAN, durante los meses de Enero a Marzo de 1998.

2. Universo:

Está constituido por las 108 familias de la Comunidad Creole que viven en los barrios Arlen Siú y Peter Ferrera.

3. Muestra:

Está constituida por 40 familias, que representa el 37% del universo, con una población de 181 habitantes.

4. Tipo de muestra:

La muestra fue seleccionada por el método aleatorio simple asegurando así que todos los elementos del universo tengan igual probabilidad de ser incluidos en la muestra, lo que dio por resultado 15 familias (37.5%) del Bo. Peter Ferrera y 25 familias (62.5%) del Bo. Arlen Siú.

5. **VARIABLES EN ESTUDIO:**

a) Características socio-demográficas:

- Estado civil
- Edad
- Sexo
- Escolaridad
- Ocupación
- Jerarquía
- Alojamiento de otras personas
- Procedencia
- Tipo de migración
- Tiempo de residir en el barrio
- Tipo de familia
- Religión
- No. familias por casa

b) Condición higiénico sanitario de la vivienda:

- Pared de la vivienda
- Techo de la vivienda
- Piso de la vivienda
- Número de cuartos
- Abastecimiento de agua
- Tratamiento de agua
- Almacenamiento del agua
- Eliminación de excreta
- Estado del servicio higiénico
- Eliminación de desechos sólidos
- Presencia de vectores

c) Situación socio-económica:

- Autoridad
- Educación
- Hábitos alimenticios
- Personas con empleo fijo
- Ingreso económico
- Tenencia de la vivienda
- Recreación y hábitos

d) Comportamiento de la morbi-mortalidad en < 5 años y adultos:

- Morbilidad < 5 años
- Enfermedad < 5 años
- Mortalidad < 5 años
- Edad, causa, muerte < 5 años
- Morbilidad adulto
- Enfermedad adulto
- Mortalidad adulto
- Edad, causa, muerte de adulto.

e) Salud Reproductiva:

- Mujeres en edad fértil
- Número de partos mujeres en edad fértil
- Número de abortos y causas
- Mujeres embarazadas
- Control embarazo
- Papanicolau
- ETS
- Lactancia materna exclusiva
- Examen de mamas
- Edad que deja de dar pecho
- Inicio ablactación
- Alimentación del niño
- Planificación familiar
- Métodos de planificación

f) Utilización y demanda de los servicios de salud:

- Centro asistencial donde acude la población
- Utilización de los servicios de salud
- Uso y tipo de medicamentos caseros
- Alternativa a los servicios de salud
- Lugar donde asiste por enfermedad

g) Creencias, actitudes y prácticas:

- Medicamentos caseros
- Para qué padecimiento se utiliza
- Tipo de medicamentos
- Rol de la mujer, rol del hombre
- Utilización de los servicios de salud
- Religión
- Diversión.

6. **Unidad de análisis:**

La familia creole.

7. **Método de recolección de datos:**

Se hizo a través de la aplicación de encuestas estructuradas con preguntas abiertas y cerradas a las familias Creoles de la muestra en estudio, así también con entrevistas a informantes claves de la etnia Creole.

8. **Fuente de información:**

Primaria: Encuesta a jefes de familia y madres; entrevistas a informantes claves.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo 1: Describir las características socio/demográficas de la Comunidad Creole que habitan los Barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA
1. Estado civil	Condición legal o social del encuestado en la conformación de su núcleo familiar. Del jefe de familia.	Estado	Casado Soltero Acompañado
2. Edad	Años de vida de cada miembro de la familia.	Años	< 1 año 1 - 4 a. 5 - 14 a. 15 - 49 a 50 y +
3. Sexo del individuo	Características fenotípicas del género del encuestado.	-	Masculino Femenino
4. Escolaridad	Nivel de instrucción alcanzado por cada miembro de la familia en el sistema de educación formal.	Nivel	Analfabeto Lee/escrbe Primaria Secundaria Universidad
5. Parentesco	Relación de consanguinidad o alianza.	Relación	Primos, hermanos, Tíos, sobrinos, Padre, madre
6. Ocupación	Forma usual de ganarse el sustento.	-	Ama de casa Técnico Profesional No trabaja
7. Procedencia	Lugar de origen geográfico del encuestado.	Origen	Autóctono Emigrante

8. Tiempo de residir en el barrio.	Lugar donde reside.	Permanencia	1 - 3 años 4 - 6 años 7 - 9 años 10 y +
9. Tipo de familia.	Todas las personas unidas por un grado de consanguinidad.	Igual origen	Matriarcal Patriarcal
10. Religión	Culto que se tributa a la divinidad.	Orden religioso	Moravo Católico Evangélico Iglesia de Dios Adventista Otros
11. Inmigración	Procedencia del encuestado, según origen geográfico.	-	Autóctono Inmigrante

Objetivo 2: Condiciones higiénico-sanitarias de las viviendas de la Comunidad Creole que habitan los Barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA
1. Pared de la vivienda.	Tipo de material con que está construido la pared de la vivienda.	Tipo de pared	Concreto Mini-falda Madera Bambú
2. Techo de la vivienda.	Tipo de material con que está construido el techo de la vivienda.	Tipo de techo	Zinc Nicalit Paptá Otro
3. Piso de la vivienda.	Tipo de material con que está construido el piso de la vivienda.	Tipo de piso	Madera Ladrillo Concreto Tierra
4. Número de cuartos	Número de habitaciones con que cuenta la vivienda.	Número	1 2 3 Más de 3
5. Tratamiento de agua	Tipo de tratamiento que da la familia al agua antes de consumirlo.	Tipo de tratamiento	Clora Hierva Ninguno
6. Almacenamiento del agua	Forma y lugar que utilizan para almacenar el agua de consumo.	-	Recipiente con tapa Recipiente sin tapa
7. Eliminación de excretas.	Tipo de lugar que utiliza la familia para disponer las excretas (servicio-higiénico)	Tipo de servicio	Letrina Inodoro, aire libre

8. Estado del servicio higiénico	Condición de la infraestructura del servicio higiénico que utiliza la familia	-	Bueno (limpio, hoyo seco, sin insecto, asiento tapado, bien ubicado y cerrado) Regular (quebrado, limpio, seco y bien ubicado). Malo (lleno de agua, quebrado, sucio y mal ubicado).
9. Eliminación de desechos sólidos.	Forma que la familia utiliza para disposición final de los desechos sólidos.	-	Tren de aseo Queman Entierran Aire libre Otro
10. Presencia de vectores.	Tipo de vectores que observan en la vivienda.	-	Cucarachas Moscas Zancudos Ratones Todos los anteriores.

Objetivo 3: Situación socio-económica de las familias de la Comunidad Creole de los Barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA
1. Autoridad	Persona en el hogar a quien la familia reconoce como autoridad.	-	Madre Padre Madre/Padre Hijos
2. Participación educación hijos/familia	Persona que participa en la educación de los hijos/familia.	-	Madre/Padre Abuela/Abuelo Otro, especifique
3. Hábitos alimenticios	Tipo de alimentos que más consume la familia.	-	Tortilla de harina, gallo pinto con coco, run down.
4. Personas con empleo fijo	Número de personas de la familia que cuentan con un trabajo fijo.	-	1 _____ 2 _____ 3 _____ + 3
5. Ingreso económico	Cantidad de dinero que genera la familia cada mes.	Córdobas	< 500.00 500.00 – 1000.00 1000.00 – 1500.00 > 1500.00
6. Tenencia de la vivienda.	Condición de propiedad de la vivienda.	-	Propia Alquilada Prestada
7. Recreación	Formas de distracción que utiliza la familia.	Distracción	Visita la iglesia, TV, paseo, fiesta, deporte
8. Hábitos	Disposición adquirida por actos repetidos.	Costumbres	Fuma Toma licor Usa drogas.

Objetivo 4: Identificar el comportamiento de la morbi-mortalidad de los menores de 5 años y los adultos de las familias creoles que habitan los Barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA
1. Morbilidad < 5 años.	Niños menores de 5 años que se hayan enfermado en los 6 meses previos a la aplicación de la encuesta.	Enfermado	Si ____ No ____
2. Enfermedades < 5 años.	Tipo de patología que haya afectado a niños menores de 5 años en los últimos 6 meses.	Tipo patología	IRA ____ EDA ____ Malaria ____ Otro, especifique ____
3. Mortalidad < 5 años.	Niños menores de 5 años que hayan fallecido en los últimos 6 meses.	Fallecido	Si ____ No ____
4. Edad, sexo y causa de muerte en < 5 años.	Declaración de la edad, sexo y causa en los fallecidos < 5 años.	-	Edad ____ Sexo ____ Causa ____
5. Morbilidad adultos	Adultos que hayan enfermado en los últimos 6 meses.	Enfermado	Si ____ No ____
6. Enfermedades adultos	Tipo de patologías que haya afectado a adultos en los últimos 6 meses.	Tipo de patología	EDA ____ Malaria ____ TB ____ ETS ____ Otro, especifique ____
7. Mortalidad adultos.	Fallecimiento de:		Si ____ No ____
8. Edad, sexo y causa de muerte en adultos	Declaración de la edad, sexo y causa de los fallecidos adultos.		Edad ____ Sexo ____ Causa ____

Lactancia materna exclusiva.	Es la alimentación del niño sólo con leche de la madre durante 4 a 6 meses como mínimo	4 meses 6 meses 6- 1 año + 1 año	
Planificación Familiar	Es la oferta de información de los distintos métodos anticonceptivos que ayuda a la pareja a elegir el momento apropiado para iniciar su familia. Son todas aquellas enfermedades transmitidas por contacto sexual y que afecta el aparato reproductor masculino y femenino.	DIU G.O Mini Lap Ritmo	Sí No
Enfermedades de Transmisión Sexual.		-	Sí No
Embarazo			
Control Prenatal	Seguimiento que se le da a la mujer embarazada, con el fin de detectar y corregir riesgo materno-fetal.	-	Sí No
Atención a las MEF.	Es la atención brindada a las mujeres en edad fértil.	-	No. de partos No. de cesáreas No. de abortos No. de mujeres embarazadas Autocuido Lactancia materna

Objetivo 5: Identificar algunos aspectos de la utilización y demanda de los servicios de salud de la Comunidad Creole de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA
1. Centro asistencial donde acude la población.	Unidad de salud más accesible a la población.	Sitio de atención donde Acude con frecuencia el Encuestado	Centro de Salud - Hospital Curandero - Líder - Partera Obra de mano y otros, especifique
2. Utilización de los servicios de salud	Corresponde a las necesidades en materia de servicio de salud según morbilidad sentida.	Utilización del usuario	Usa No usa
3. Uso de medicamentos caseros.	Son medicamentos tradicionales preparado en la casa.	Medicamentos caseros para IRA, EDA, afecciones de la piel y otros.	Sí No A veces
4. Alternativa a los servicios de salud.	Opción para curar sus enfermedades.	Alternativa para recibir Atención y curar sus Enfermedades.	Médico tradicional Automedica Otros
5. Lugar de asistencia por enfermedad.	Unidad o persona donde acude la familia por enfermedad.	-	Centro de Salud, Hospital, Curandero, ninguno, Otro, especifique
6. Morbilidad general	Enfermedad de algún miembro de la familia en el último mes.	-	Sí ___ No ___
7. Atención a las MEF.	Es la atención brindada a las mujeres en edad fértil.	-	No. de partos No. de cesáreas No. de aborto No. de mujeres embarazadas Autocuidado Lactancia materna

Objetivo 6: Identificar el comportamiento de Salud Reproductiva de las Mujeres en Edad Fértil de los Barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADORES	ESCALA
Mujeres en Edad Fértil (MEF).	Son mujeres que están en edad fértil apta para reproducir.	10 a 49 años 18 a 49 años	
Salud Reproductiva.	Es un estado de completo bienestar físico, mental, social y emocional, tanto del hombre como la mujer, y no meramente la ausencia de enfermedad del aparato reproductor.	Embarazo Parto Planificación Familiar Auto-cuido	
Parto	Es la expulsión del feto, a través del canal vaginal.	-	Premípara Multipara Gran multipara
Aborto	Es la expulsión del feto antes de las 20 semanas de gestación.	-	
Papanicolau	Examen ginecológico para detectar oportunamente el cáncer cérvico uterino.	-	Sí No
Examen de Mamas	Examen bimanual de las mamas para detectar masas, nódulo canceroso.	-	Sí No
Ablactación	Introducción de alimentos a la dieta del niño durante su primer año de vida.		

VI. RESULTADOS

En el estudio realizado en torno a las condiciones de vida y salud de 40 familias de la etnia Creole en los Barrios Peter Ferrera y Arlen Siú de Bilwi, durante los meses de Enero-Marzo de 1998, se obtuvieron los siguientes resultados:

a) Características socio-demográficas:

Al abordarse las características socio-demográficas, se pudo saber que de las 40 familias estudiadas, la mayoría de los jefes de familias, 21 (52.5%) se encuentran casados, 4 (10%) acompañados y 15 (37.5%) aún están solteros; predominando un tipo de jerarquía patriarcal en 21 familias para un 52.5%, siendo el resto de índole matriarcal, 19 para un 47.5%. (Tablas No. 1, No. 12).

La mayoría de los miembros de las familias Creoles se encuentran entre la población económicamente activa, y oscilan entre las edades de 16 a 25 años, quienes suman un total de 86, que equivale al 47%; a éstos les siguen los de 0-15 años, correspondiendo a infantes y estudiantes para el 34%, luego los de 46 y más años.

La distribución de la población en estudio según el sexo, indica que 88 (49%) pertenecen al femenino y 93 (51%) al masculino. (Tabla No. 2).

Con respecto a la escolaridad, se encontró que 73 (42%) personas tienen cursado el nivel de primaria, 66 (38%) el de secundaria, 14 (8%) el universitario, y únicamente 7 (4%) son analfabetos. (Tabla No. 4).

En cuanto a la ocupación, el estudio reflejó que 63 personas (35%) son estudiantes, 34 (19%) amas de casa, 10 (6%) oficinistas, 5 (3%) son panaderos, 5 (3%) profesores y 21 (12%) no trabajan; 43 (24%) caen en la categoría de Otros, que abarca diversos oficios, pensionados y niños (Tabla No. 3).

El parentesco entre los diferentes miembros de las familias Creoles también fue objeto de estudio, y de ello se precisó que un 60% de los mismos son hijos, 31 (17%) nietos, 27 (15%) son madres, 21 (12%) esposas, 10 (5%) bisnietos, 8 (4%) son padres y en menor proporción se encuentran los tíos, abuelos, hermanos y sobrinos. (Tabla No. 5).

En relación al número de familias que viven en la misma casa, se determinó que hay 34 (85%) que viven solo, 1 familia, 5 (12.5%), 2 familias juntas y 1 (2.5%) donde viven más de dos familias. (Tabla No. 14).

Asimismo, se logró apreciar que 34 familias, es decir el 85% no alojan a personas ajenas a la familia en sus casas, sino que una minoría, 6 que representan un 15%. De éstos últimos 5 (83%) son amigos y 1 (17%) es inquilino. (Tabla No. 15).

En la determinación de la procedencia de dichas familias, se pudo saber que 16 (40%) de ellos son autóctonos de los barrios estudiados, 13 (32.5%) vinieron de la Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS), 5 (12.5%) de la zona minera, 4 (10%) de otros barrios de Puerto Cabezas y apenas 2 (5%) del Pacífico de Nicaragua; situación que indica un predominio del tipo de migración interna respecto a la externa, en donde el primero comprende 21 familias para 52.5% y el último 19 para un 47.5%. (Tablas No. 7 y 11).

Dicho fenómeno puede ser apreciado también mediante la definición de la procedencia de los abuelos y abuelas, tanto materno como paterno. En el caso de las abuelas paternas, se conoció que 14 (35%) de las abuelas vinieron de la RAAS, sin embargo, fue notorio el porcentaje que refirió no conocer la procedencia de sus abuelas (35%). Otros 5 (12.5%) proceden de la RAAN, 4 (10%) de Belize, 2 (5%) de la Región del Pacífico del país y 1 (2.5%) de Jamaica. Para los abuelos paternos será necesario hacer ver que 17 (42.5%) desconocen lugar de procedencia, 12 (30%) refieren que vinieron de la RAAS, 2 (5.6%) de la RAAN, 3 (7.5%) de Jamaica, 2 (5%) de Belize, y 4 (10%) de otras partes (San Blas, Trinidad y Tobago, Colombia). (Tabla No. 8).

Ahora, con respecto a las abuelas y abuelos maternos, se observó que las abuelas en su mayoría 12 (30%) proceden de la RAAS, 10 (25%) de la RAAN, 6 (15%) de Jamaica, 6 (15%) desconocen la procedencia, 4 (10%) vinieron de Belize y 2 (5%) de otros lugares. Dicho comportamiento fue casi similar para los abuelos, en donde refirieron que 14 (35%) proceden de la RAAS, 10 (25%) de la RAAN, 4 (10%) de Gran Cayman, 4 (10%) desconocen la procedencia, 3 (7.5%) de Belize, 2 (5%) de Jamaica y 3 (7.5%) de otros lugares. (Tabla No. 9).

Al revisar la procedencia de los padres y en relación a ello el estudio indicó que la mayor tendencia es de venir de la RAAS (Laguna de Perlas y Corn Island), en donde las cifras marcaron 21 (52.5%) para los padres y 17 (42.5%) en el caso de las madres. Enseguida, se encuentra la RAAN de donde proceden 13 (32.5%) de las madres, y 8 (20%) de los padres. Luego se encuentra Jamaica, de donde vinieron 6 (15%) de las madres y 3 (7.5%) de los padres; de Belize llegaron 3 (7.5%) de las madres y 3 (7.5%) de los padres; del Pacífico de Nicaragua migró 1 (2.5%) madre y por último 4 (10%) de los padres vinieron de otros lugares. (Tabla No. 10).

Independientemente del lugar de procedencia, los años que tienen las familias de residir en sus respectivos barrios (Arlen Siú, Peter Ferrera), indican que 35 de ellos, que representan el 87.5% tienen más de 10 años, 4 de ellos que son el 10%, entre 6-9 años, 1 familia, es decir el 2.5%, entre 4-6 años y ninguno tiene menos de 4 años de vivir en su barrio. (Tabla No. 6).

El último aspecto estudiado en la caracterización socio-demográfica de las familias Creoles fue la religión que profesan, del cual se supo que 18 familias (45%) son Moravos, 5 (12.5%) Adventistas, 2 (5%) Católicos y Evangélicos y 1 familia (2.5%) de la Iglesia de Dios. (Tabla No. 16).

c) Condiciones Higiénico-sanitarias:

Al describir las condiciones higiénicas sanitarias de las viviendas de las familias Creoles, se determinó que el tipo de material de las paredes de las casas en su mayoría son de madera 27(67.5%), siguiéndole por orden de frecuencia el de concreto 8 (20%), y por último las que son minifalda que son 5 (12.5%).

En cuanto al material del techo, se observó que las 40 familias (100%) tienen zinc, y del piso, 27 (67.5%) de las familias usan madera, 10 (25%) concreto y 3 (7.5%) ladrillo. (Tablas No. 17, 18, 19).

En la descripción de las viviendas de las familias Creoles, 16 familias (40%) cuentan con más de 3 cuartos, 14 de ellas (35%) cuentan con 3 cuartos y 10 familias (25%) tienen 2 cuartos. (Tabla No. 20).

En lo que concierne al abastecimiento del agua, el estudio indicó que 18 familias (45%) obtienen agua de pozo y de tubería simultáneamente, 17 (42.5%) se abastece sólo de la tubería y 5 (12.5%) únicamente del pozo. (Tabla No. 21).

El tratamiento que dan las familias al agua independientemente de su fuente es la siguiente: 21 (52.5%) no tratan el agua antes de consumirla, 13 (32.5%) lo cloran y 6 (15%) lo hierven. (Tabla No. 22).

Por otro lado, 24 familias (60%) almacena el agua de consumo en recipientes con tapa, 9 (22%) en recipientes sin tapa y 7 familias (17.5%) refieren no almacenar el agua. (Tabla No. 23).

El tipo de servicio higiénico que usan las familias Creoles, se supo que 33 de ellos (82.5%) utilizan letrinas y 7 (17.5%) inodoros, no practicándose la defecación al aire libre. De dichos servicios higiénicos se precisó que 30 familias (75%) los tienen en buen estado, 5 (12.5%) en condiciones regulares y 5 (12.5%) en mal estado. (Tablas No. 24 y 25).

En cuanto a la eliminación de los desechos sólidos, 20 familias (50%) refieren quemarlas, 10 (25%) hace uso del tren de aseo, 6 familias (15%) lo entierran y 4 familias (10%) lo tiran/dejan al aire libre. (Tabla No. 26).

En relación a la presencia de vectores en las viviendas, 32 familias (69%) refieren que en sus casas existen cucarachas, moscas, zancudos y ratones; 4 familias (9%) que sólo hay cucarachas, 4 (9%) que sólo moscas, 4 (9%) más que sólo zancudos y 2 refieren que sólo hay ratones. (Tabla 27).

c) Situación Socio-Económica:

En torno a las condiciones socio-económicas de las familias Creoles, el estudio indica que en 21 familias (52.5%), el padre es el que ejerce la autoridad, mientras que en 19 (47.5%) es la madre. (Tabla No. 28).

Asimismo, se conoció que en un 40% de las familias sólo una persona tiene un trabajo fijo (estable), 15 (37.5%) uno no fijo. Sin embargo, en 7 (17.5%) de las familias hay 2 personas que cuentan con un trabajo fijo y 2 (5%) tienen más de tres personas con trabajo fijo. (Tabla No. 29).

En cuanto al ingreso económico por familia, al mes 16 familias (40%) refieren un ingreso entre 500-1000 córdobas, 10 (25%), uno entre 1000-1500 córdobas, 7 (17.5%) más de 1500 córdobas, 7 (17.5%) tienen un ingreso menor de 500 córdobas. (Tabla No. 30).

En lo que respecta a la pertenencia de la vivienda en que habitan las familias Creoles, 33 de ellas (42.5%) refieren que es propia, 5 (12.5%) que es prestada y 2 (5%) la alquilan. (Tabla No. 37).

En relación al tipo de alimentos que consumen las familias Creoles, se supo que en 18 familias (45%) es la comida con coco, el run down y el arroz. Otro alimento que se consume en 22 de las familias (52%) es el gallo pinto con coco. De igual manera sobresalen la tortilla de harina, los frijoles, queques de diferentes tubérculos (quequisque, yuca) y maíz, que se consumen en 12 familias (30%), y la carne en 17 familias (42%), Lo que menos refieren comer es el pollo en salsa, que fue mencionado sólo por 5 familias (12.5%). (Tabla No. 31).

Según resultados sobre los hábitos de los miembros de las familias, 19 (47.5%) respondió que hay miembros que fuman, 24 (60%) personas que ingieren licor, y ninguno refirió tener personas que utilizan otras drogas. (Tabla No. 34).

Al averiguar sobre el número específico de personas que tienen algunos de los hábitos arriba descrito, las familias refirieron que 27 (23%) tienen el hábito de ingerir licor (beber), 22 (18.5%) el de fumar y de los mismos 119 adultos hay 70 (58.5%) que no fuman ni ingieren licor. (Tabla No. 35).

En relación al tipo de diversión que practican, 21 familias (52.5%) ve la televisión, 15 (37.5%) bailan, 12 familias (30%) refieren escuchar música, 8 (20%) van de paseo, 7 (17%) practican algún deporte, 5 (12.5%) leen, 5 (12.5%) juegan kitially, 4 (10%) van a misa y 5 (12.5%) no practican ningún tipo de diversión. (Tabla No. 33).

La manera en que perciben el rol de la educación en el seno de la familia también fue precisado en donde 16 de ellos (40%) no respondieron a dicha pregunta, sin embargo, 12 familias (30%) refirió que es para enseñar valores morales y culturales, 7 (17.5%) para enseñar a realizar las tareas del hogar, 3(7.5%) para enseñar respeto y autocuidado, y 2 familias (7.5%) que es para compartir la responsabilidad del hogar. (Tabla No. 32).

A pesar de lo arriba descrito, se observó que en 29 familias (72.5%) hay transmisión de valores culturales, mientras que en 11 (27.5%) no se da. (Tabla No. 36).

De igual manera mediante los resultados del estudio es posible observar que 13 familias (32.5%) refirieron que el rol del hombre en la familia Creole es la de buscar el sustento diario y disciplinar a los hijos, (22.5%) que es la de apoyar a la mujer en el hogar, 7 (17.5%) para disciplinar a los hijos, y 4 (10%) no respondieron a la pregunta. (Tabla No. 32).

d) Comportamiento de la morbi-mortalidad:

Al abordar el comportamiento de la morbi-mortalidad de algunas enfermedades tanto en los menores de 5 años, como en los adultos, llegándose a conocer que en los niños menores de 5 años, 15 de ellos (75%) se han enfermado en los últimos 6 meses, mientras que 5 (25%) no. Siendo las enfermedades respiratorias agudas las que afectaron a 12 de los niños (60%), las enfermedades diarreicas agudas a otros 2 (10%), y otras enfermedades a 1 (5%); sin embargo, ningún niño se enfermó de tuberculosis, malaria o ETS, así como tampoco han fallecido menores de 5 años en los últimos 6 meses. (Tablas 38, 39, 42).

En el caso de los adultos, 20 familias (50%) refirieron adultos enfermos en los últimos 6 meses y 20 (50%) ninguno. De éstos adultos que enfermaron 15 (37.5%) fue por diversas enfermedades como hipertensión, diabetes, asma e infección renal; 5 (12.5%) fue por diarrea y ninguno por tuberculosis o malaria. Asimismo se supo que ningún adulto ha fallecido en los últimos 6 meses. (Tablas No. 40, 41, 42, 46).

e) Salud Reproductiva:

Un indicador demográfico que se valoró en el estudio fue el número de mujeres en edad fértil por familia, contando con 54 MEF en las 40 familias estudiadas.

De igual manera, se supo que 20 mujeres (50%) son multíparas, 8 (22%) son gran multíparas y 8 (22%) son primíparas. (Tabla No. 47).

Del total de MEF, a través del estudio se encontraron 4 (7.4) de ellas embarazadas, en donde todas se encuentran controlando su embarazo. (Tablas No. 48 y 49).

En cuanto a las mujeres adultas, 35 (51%) de ellas se han hecho su Papanicolau y 33 (49%) no se lo han hecho, comportamiento que varía en el examen de mamas, donde 16 (24%) se han examinado y 52 (76%) no. (Tabla No. 50).

De las mismas mujeres adultas 40 (59%) refieren haber practicado la lactancia materna exclusiva y 28 (41%) que no. De las que han lactado, 10 (25%) destetó entre el segundo a tercer mes de vida del niño, 10 (25%) al cuarto mes y 20 (50%) hasta que el niño cumple su 1er. año. (Tablas No. 51 y 52).

Entre los alimentos que ofrecen a los niños, además de la lactancia materna, 40 familias (100%) refieren que puré, 20 (50%) sopa, 8 (20%) huevo, 6 (15%) carne molida, 4 (10%) arroz y 3 (7.5%) familias da gerber. (Tabla No. 53).

En lo que respecta a planificación familiar entre las MEF de las familias Creoles, 26 (48%) planifican y 28 (52%) no lo hacen. Entre los métodos de planificación 8 (31%) refieren utilizar la lactancia materna, 8 (31%) el DIU, 8 (31%) la píldora y 2 (7%) un método permanente (salpingectomía), mientras que ninguna refiere utilizar el ritmo. (Tablas No. 54 y 55).

De las mismas MEF que planifican, 20 (77%) lo hacen con el consentimiento del compañero y 6 (23%) sin que éstos lo sepan. (Tabla No. 56).

f) Utilización y demanda de los servicios:

El estudio determinó algunos aspectos de la utilización y demanda de los servicios en salud, reflejándose que 12 familias (30%) utilizan los servicios de algún familiar cuando se siente enfermo, 10 (25%) los de un médico, 6 (15%) los servicios del Centro de Salud, 5 (12.5%) los de un curandero, 5 (12.5%) los servicios de clínicas privadas y 2 (5%) los del Hospital. (Tabla No. 43).

Al precisar con mayor detalle la presencia de personas enfermas en la familia en el último mes, se encontró que 21 familias (52.5%) tuvieron algún miembro enfermo y 19 (47.5%) ninguno. De las mismas familias, 13 de ellas (62%) refirieron que sus enfermos asistieron a una unidad de salud, mientras que los otros 8 (38%) que no asistieron. (Tablas No. 43 y 44).

Al indagar sobre el porqué no asistieron a una unidad de salud, 7 familias (50%) respondieron que sus enfermos se automedican, 3 (23%) porque no le dieron importancia a su enfermedad y 3 (23%) por falta de tiempo. (Tabla No. 45).

VII. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Las condiciones de vida de un grupo determinado de población, se traduce en su forma particular de inserción en el conjunto de la estructura y dinámica social, donde su abordaje integral nos obliga a operacionalizarla en cinco grandes dimensiones:

- la dimensión biológica
- la dimensión ecológica
- la dimensión de la conciencia y la conducta
- la dimensión de los procesos económicos
- la dimensión cultural.

Siendo éstas las dimensiones que se tomaron en cuenta al determinarse las condiciones de vida y salud de las familias de la etnia Creole de dos barrios de Bilwi, Puerto Cabezas, de la Región Autónoma Atlántico Norte (RAAN) de Nicaragua.

Los resultados del estudio muestran que la mayoría de los miembros de las familias Creoles tienen entre 16-45 años de edad, correspondiendo a la población económicamente activa, mientras que los menores de 5 años y mayores de 55 años constituyen la minoría.

Lo cual quiere decir que el 47% de la población tienen un ingreso que oscila entre C\$ 500.00 a C\$ 1,500.00 córdobas, que es menor de lo estipulado para la canasta básica a nivel nacional, de aproximadamente C\$ 1,850.00 córdobas y aumenta de forma gradual semanalmente. A pesar de estos resultados, gran parte de las familias, 45%, reciben dinero del exterior.

Según La Tribuna del 28 de Julio de este año, el ingreso anual de remesas del exterior a Nicaragua, es de U\$ 450,000,000.00 de dólares, proveniente especialmente de Estados Unidos y Costa Rica. A la región llega a través de sus cinco agencias de manera mensual U\$ 150,000.00 dólares, llegando a alcanzar al año, aproximadamente U\$ 1,800.000.00 (un millón ochocientos mil dólares).

En las visitas de observación que se realizó, se constató que la mayoría de las familias tienen buenas condiciones de vida: casas con más de 3 cuartos, agua por tubería, casa propia, visten bien, se ven bien alimentados, no estaban enfermos, algunos trabajan, otros estudian y se ven contentos, esto refuerza la versión que la mayoría tiene otra fuente de ingreso.

De igual manera, influye en la situación económica de las familias, el hecho que en 85% de las casas sólo habita una familia; situación que puede permitirle dirigir sus recursos a satisfacer sus necesidades básicas y aún tener la oportunidad de recrearse con la televisión, la música, el baile, los paseos, entre otros, como se observó en las visitas y confirmado por encuestas.

En las familias Creoles predomina la familia patriarcal, extendida y nucleada.

Entre las necesidades básicas satisfechas, se puede apreciar que usualmente la vivienda que ocupan es propia, siendo las mismas con paredes y piso de madera y/o concreto, techo de zinc, con dos o más cuartos. Además, la mayoría puede pagarse el suministro de agua potable (tubería).

Ahora, si se intenta descubrir un poco la relación entre lo antes dicho con las condiciones higiénicas-sanitarias, y los hábitos que practican los miembros de las familias Creoles, se podrá decir que en su mayoría protegen el agua de consumo, sin embargo, sólo un 47.5% lo trata antes de beberla. Sin embargo, no practican la defecación al aire libre y sólo un 10% deja la basura al aire libre, porque la mayoría prefieren quemarla o hacer uso del tren de aseo comunal.

No obstante, tienen poco control sobre la presencia de vectores, como son: las cucarachas, moscas y ratones, entre otros.

La poca importancia que prestan al tratamiento del agua, así como la presencia de vectores en las casas, pueden ser factores que permiten la ocurrencia de las enfermedades diarreicas tanto en los menores de 5 años, como en los adultos, lo cual no es muy significativo en la población que ha enfermado en los últimos 6 meses. Siendo mucho más notable el número de enfermos por infecciones respiratorias que se vincula mucho más a la situación climática de la región.

Tanto la morbilidad, como la mortalidad son efecto de las necesidades no resueltas de un grupo de población y como se pudo determinar, el número de enfermos ha sido mínima mientras que ni siquiera se dieron muertes en los últimos 6 meses, lo que puede considerarse una vez más un indicativo de que las familias Creoles tienen buenas condiciones de vida.

Lamentablemente, esta presunción viene a opacarse cuando se observan sus hábitos tóxicos, debido a que 47.5% de las familias tienen fumadores y un 60% de ellos ingieren licor; hábitos que pueden predisponerlos a la adicción considerada una enfermedad con efectos bio-psico-sociales, que no sólo hace daño al individuo, sino que también a las personas que interactúan con ello, especialmente la familia.

La utilización y demanda de los servicios de salud dependerá del comportamiento del proceso salud-enfermedad en la población, lo que a su vez estará determinado por los aspectos sociales, económicos, culturales, educativos, ambientales, políticos, geográficos y psicológicos, donde tampoco deberá obviarse la forma en que la misma percibe lo que les rodea, es decir, su cosmovisión. Porque, de lo contrario, no será posible entender ni aceptar las alternativas que utilizan para resolver sus problemas de salud.

Las familias Creoles estudiadas, validan la teoría hasta ahora descrita, cuando refieren que en el último mes el 52.5% (21) de ellos tuvieron personas enfermas, sin embargo, sólo el 47.5% (19) asistieron a una unidad de salud, aduciendo el 50% de los que dejaron de hacerlo que prefirieron automedicarse. Asimismo hicieron notar que entre sus alternativas de servicio de salud, prefieren la automedicación con medicamentos caseros o visitas al médico tradicional. Según las entrevistas, refieren no asistir al sistema de salud porque mucho tienen que esperar y además no resuelven sus problemas.

Entre los medicamentos caseros más utilizados refieren el sorosí, John Charles, eucalipto, ajo, ceron contil, todos ellos utilizados desde muchas generaciones atrás para tratar la tos/catarro, la diabetes, la hipertensión, así como otras enfermedades. Según entrevistas, prefieren al médico tradicional porque conoce la planta, sienten que los atiende y le tienen confianza: ***“A no go to the Centro de Salud, a fraid they ova dose me”***. Sólo cuando el medicamento casero no funciona buscan al médico privado para no esperar.

En cuanto a las mujeres, se encontraron 54 mujeres en edad fértil, 4 de ellas embarazadas con controles pre-natales, 48% planifican la familia, de donde un 23% lo hacen sin el consentimiento del compañero, mencionándose como métodos de preferencia: la lactancia materna, el DIU y la píldora. En donde la lactancia materna exclusiva ha sido practicada por 59% de mujeres adultas, dándose el destete del 50% de ellas entre 2do.-4to. mes de vida del niño y las otras al 1er. año de vida. Siendo válido decir que combinan la lactancia materna con alimentos líquidos y blandos.

Llama la atención que 49% de las mujeres adultas no se han realizado el PAP y 76% no se han examinado las mamas.

Se podría decir que las prácticas de las mujeres tiene mucho que ver con las prácticas de la familia en general, hacen menor uso de las unidades de salud y más de los servicios de otros miembros de la familia. Esto les limita la información sobre la importancia y la forma de realizar el auto-examen de mamas.

Todo esto es quizás el resultado no sólo de la cosmovisión de las familias Creoles, sino que también por sus características socio-económicas, socio-demográficas descritas en los párrafos anteriores.

Al relacionar las condiciones de vida y salud de la familia Creole con su lugar de procedencia y desarrollo histórico cultural, sería necesario ir unas 4-5 generaciones anteriores en la historia familiar, debido a que la procedencia actual referida nos lleva en su mayoría a la RAAS y uno que otros países del Caribe. Mientras que la literatura refiere que vinieron del África, Islas Caribeñas y otros, lo que es discutible, especialmente si uno repasa minuciosamente cada uno de los elementos abordados en el estudio, que actúan como indicadores del origen afro-caribeño de los Creoles de la Costa Caribe, especialmente los que habitan en el nor-este de la región.

Al hacer el cruce de las variables y vemos en relación a los aspectos culturales con el uso de la medicina tradicional, de las 40 familias, 29 que equivale al 73% utilizan la medicina casera y 11 no la utilizan. De los que la utilizan, el 65% tiene un nivel educacional de primaria completa hasta el nivel universitario, y de las familias restantes, que son el 27%, 26 tiene un nivel educacional de primaria completa hasta el nivel universitario; lo que nos demuestra que la utilización de la medicina casera no tiene que ver con el nivel educacional, sino con la creencia y tradición de la familia.

Al cruzar las variables de situación económica con características socio-demográficas, de acuerdo al nivel de ingreso, el 40% devengan entre C\$ 500.00 a C\$ 999.00 córdobas, que representa la mayoría; el 25% devenga entre C\$ 1,000.00 a C\$ 1,500.00 córdobas y el 17.5% se encuentra entre los extremos de los que devengan menos de C\$ 500.00 y más de C\$ 1,500.00 córdobas.

La mayoría de las familias, el 82.5% devenga menos de C\$ 1,500.00 córdobas, lo que es menor de lo estipulado a nivel nacional para la canasta básica, que es de C\$ 1,850.00 córdobas.

En las visitas a las diferentes familias que se realizaron, se observó que su manera de vivir y vestir no va de acuerdo con lo que refleja este cuadro, lo que puede significar que reciben ingresos de otras fuentes.

Al hacer el cruce de las variables de escolaridad y nivel de ingreso de los jefes de familias Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú, vemos que en cuanto al nivel de escolaridad y el nivel de ingreso, las familias que devengan entre C\$ 500.00 y C\$ 999.00 córdobas, que son el 40%, tienen un nivel educacional de primaria completa hasta universitaria, oscilando más entre los de primaria completa hasta el nivel técnico. Los que más devengan, que están entre los C\$ 1,500.00 y más, tienen un nivel educacional entre secundaria incompleta hasta el universitario; esto demuestra que entre mejor preparación tenga la persona, mejor es su nivel de ingreso.

Con el cruce de las variables de tratamiento de agua y morbilidad por EDA, vemos que de las 40 familias, el 52.5% no utilizan ningún tipo de tratamiento al agua, que no concuerda con las cifras de los que se enfermaron con diarrea, que sólo representa el 5% del total; el 32.5% cloran el agua. Esto puede estar relacionado con el cuadro No. 21, donde el 87.5% de las familias utilizan agua de tubería proveniente del sistema de agua municipal (INAA), que es clorada cada 8 horas. (Datos de INAA Municipal).

Al cruzar las variables sobre número de cuartos de la vivienda con el nivel de ingreso, notamos que la mayor parte de las familias tienen más de 3 cuartos en sus casas, equivaliendo al 40%, de los cuales sólo 4 perciben más de C\$ 1,500.00 córdobas, los demás tienen un ingreso que va de menos de C\$ 500.00 a C\$ 1,500.00 córdobas. El 35% tienen 3 cuartos y devengan entre C\$ 500.00 y C\$ 1,500.00 córdobas y más. El 25% pertenece a las familias que perciben menos de C\$ 500.00 córdobas a C\$ 999.00 córdobas.

La mayor parte de estas viviendas son de madera, el 67.5% como lo refleja la tabla No. 19, y el 45% tienen pozos y tuberías, lo que significaría que a pesar que las construcciones son de madera, sería difícil tener casa en las condiciones observadas sin que tengan ingresos adicionales.

La variable tipo de servicio utilizado, cruzado con la variable grupo de edad de los enfermos creoles, nos determina que las familias creoles no se enferman con mucha frecuencia, pero es más dado entre los pobladores de 15 años y más años, que los de 0 a 5 años; acudiendo más a la medicina tradicional, médico privado y a otros medios, antes que al servicio de salud. El fenómeno se da por igual en adultos y niños.

El cruce de las variables tipo de servicio consultado, con procedencia de familias de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú, nos arroja que en cuanto a las consultas según procedencia el 50 % proceden de Bilwi y ninguno asiste al centro de salud; la mayoría se auto-medican o van al médico tradicional. El 32.5% provienen de la Región Autónoma del Atlántico Sur; la mayoría se auto-medica (31%), el resto va al médico tradicional. El 12.5% proceden de Las Minas y también se auto-medican y asisten al médico tradicional.

Este cuadro refleja que la mayor parte de las familias Creoles, independientemente de su procedencia, creen y practican la medicina casera y van al médico tradicional, lo que indica que ven al sistema de salud como su última opción.

El cruce de las variables tipo de servicio de salud utilizado con el nivel de escolaridad de los jefes de familias Creoles del Bo. Peter Ferrera y Arlen Siú, refleja que el 75% utiliza la medicina casera, de los cuales el 50% tienen su secundaria completa y el 30% tienen un nivel cultural entre técnicos y universitarios. El 22.5% acude al médico tradicional, de los cuales 55.5% tienen un nivel entre primaria completa y secundaria completa, y el 33.3% son universitarios.

Esto nos demuestra que la utilización de la medicina casera y el tratamiento con el médico tradicional, tiene que ver con la creencia y tradición de las familias Creoles , independientemente de su procedencia.

VIII. CONCLUSIONES

1. En los Barrios Arlen Siú y Peter Ferrera, la mayor parte de las parejas que componen las familias Creoles, están casados; existe una jerarquía patriarcal. La mayor parte de los miembros adultos de la Comunidad Creole son económicamente activos, devengando entre 500.00 1.500.00 córdobas; asimismo reciben ingresos extras de las remesas del exterior, sobre todo de Estados Unidos.

Los pobladores de la Comunidad Creole han vivido por muchos años en el barrio, son autóctonos del lugar, aunque un grupo considerable migró desde la RAAS. Generalmente viven solos con sus familiares en las casas, profesando la religión morava, adventista y el catolicismo, en ese orden. La devoción religiosa los aleja hasta cierto grado de algunas actividades, por ejemplo, de las políticas.

Le dan mucha importancia al núcleo familiar.

2. Las familias Creoles en su mayoría, son religiosos y creen en Dios. Creen asimismo en los fenómenos sobre-naturales, como el Obeah, las adivinas, la magia negra y temen sus efectos; son supersticiosos creen en señas, auras, augurios y sueños.

3. La mayoría de las familias Creoles utilizan agua de tubería que es clorada. No hay costumbre de clorar el agua. No acostumbran el fecalismo al aire libre, queman los desechos sólidos, aunque no han podido tener control sobre los vectores.
4. La mayor parte de las familias Creoles presentan buenas condiciones de vida: tienen casas propias, con más de tres cuartos, agua potable, refrigerador, sistema de televisión por cable y otras fuentes de ingreso. Visitan a sus familiares y realizan actividades sociales en conjunto con la comunidad. Por lo general hay cierta estabilidad en las familias.

La mayoría de las familias Creoles tienen un buen nivel educacional y no les gusta realizar trabajos poco remunerados. Asimismo, algunos trabajos son considerados como por debajo de sus expectativas sociales.

5. Las familias Creoles no se enferman con mucha frecuencia al tener algunas condiciones favorables como, empleo, ingreso económico del exterior, buenos hábitos higiénicos, buena alimentación, la medicina casera que es preventiva y curativa: antiparasitarios cada 3 meses, cená para la limpieza del estómago, té de canela para mantener la calma, sorosí para mantener la sangre limpia. Al enfermarse, tanto adultos como niños prefieren la medicina casera, el médico tradicional, médico privado y por último, el sistema de salud.
6. Una buena cantidad de las mujeres creoles en edad fértil, practican la planificación familiar con o sin el consentimiento de sus esposos o compañeros. Los métodos que más utilizan para planificar es la lactancia materna, la utilización de gestágenos orales y el dispositivo intra-uterino (DIU).

Debido a que los servicios de salud no son satisfactorios y al contar con programas de salud reproductiva acorde a sus necesidades en los medios de comunicación, tienen poca información sobre el auto-cuido y la salud reproductiva.

IX. RECOMENDACIONES

Ante las situaciones observadas anteriormente, consideramos necesario lo siguiente:

1. El grupo que realizó el estudio debe regresar a la Comunidad Creole en cumplimiento del acuerdo inicial tomado con ellos, para informarles sobre los resultados de la investigación y ver sus perspectivas en torno a los mismos, y conjuntamente se deberá elaborar un plan de intervención en salud.
2. Realizar un proceso de negociación con la Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo y la URACCAN, para impartir talleres a líderes y jóvenes Creoles sobre sus derechos autónomos y el Modelo de Salud de la RAAN, para ir motivando la discusión sobre su participación activa con propuestas al Consejo Regional de Salud del que son miembros.
3. Las enfermeras que realizaron el estudio deberán apoyar todo el proceso de auto-organización que surja posterior a la reunión de presentación del trabajo, en base a los intereses y perspectivas de la comunidad.
4. Se deberá dar a conocer al Ministerio de Salud este trabajo, a fin de que le sirva de información e insumo para la atención de este sector, no para ponerlo por encima de los otros grupos, sino para ir profundizando en la interculturalidad.

5. El área de salud por medio de su enfermera de barrio, preferiblemente creole, deberá realizar un trabajo por familia, ofrecerles los servicios que oferta el sistema, incluido el servicio de pensionado.

A las MEF, se les deberá ofertar por separado información sobre salud reproductiva y auto-cuido. Deben tener acceso a los diferentes métodos en sus casas si lo prefieren. No se deberá influir negativamente sobre las costumbres y hábitos en salud que practican.

A pesar de que existe un servicio de rociado, éste debe ser realizado en el marco de un trabajo con acción participativa para la eliminación de los vectores.

A los pacientes dispensarizados y sobre todo, a los ancianos, deberán atenderlos en sus casas, involucrando al resto de los familiares.

6. Realizar un estudio antropológico sobre las creencias relacionado al proceso salud-enfermedad, para comprender mejor la cosmovisión de la Comunidad Creole y sus orígenes.
7. Para que el presente trabajo realmente pueda aportar a la implementación del Modelo de Salud de la RAAN, cada uno de los participantes deben asumir su papel:
 - a) La Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo y la Secretaría de Salud del Gobierno Regional Autónomo, deberán servir de facilitadores de este proceso.

- b) El Ministerio de Salud debe tratar de ser menos vertical, más humano, más cálido y abrir su corazón a los sentimientos, creencias y actuaciones de este sector, para juntos ir buscando un plan de salud consensuado dentro de la planificación municipal, regional y nacional.
- c) Las familias Creoles motivo de este estudio, deberán asumir su espacio dentro del proceso de autonomía y comenzar a hacer planteamientos sobre sus esperanzas y perspectivas, hacer propuestas a sus problemas de salud y aportar en la solución del mismo.

Y es así y sólo así, que algún día la participación social, la equidad en la atención, el respeto en la diversidad, la responsabilidad compartida, dejarán de ser un sueño para convertirse en realidad.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera Elena: Higiene del medio. Tomo I. Año 1991.
2. Benghiat Norma. Tradicional Jamaican Cookry. Cox and Wyman Publication. Gret Britain. 1985.
3. Bush Deborah, et al: Descripción etnográfica de los creoles de Bilwi. Investigación científica. Bilwi,
4. Centro de Investigación Documental de la Costa Atlántica (CIDCA). WANI. Managua, Nicaragua. Septiembre, 1986.
5. Cunningham, Myrna, et al: Medicina Tradicional. Centro Editorial de la Mujer. Waspam. 1994.
6. División de Planificación del MINSA. Política Nacional de Salud. 1997-2002. Managua, 1997.
7. Espino Candelaria, et al: Módulo I de la Licenciatura de Enfermería por Encuentro. Epidemiología aplicada a los servicios de salud. Febrero 1996.
8. Espinoza Julio, et al: La reforma del sector salud en Nicaragua en los '80. CIES, Managua. Octubre 1997.
9. Espinoza Julio, et al: Sobre la descentralización del SILAIS-RAAN. CIES, Managua. Noviembre 1996.

10. Freeland Jane: No longer invisible. Minority Rights Publication. University of Illinois. USA.
11. Galnar Ruy: Los negros caribes de Honduras. Editorial Guayamuras. Tegucigalpa, Honduras 1995.
12. Hale Charles R.: Resistance and contradiction. Standford University Press. California, 1994.
13. Hodgson, Owen Dr.: Historia y Autonomía del Caribe Nicaragüense. Tomo I. Editorial La Fe. Bluefields RAAS. Marzo, 1995.
14. Hooker Alta, et al: Modelo de Salud, Región Autónoma Atlántico Norte. Artes gráficas. URACCAN. Managua, Nicaragua. Abril 1998.
15. INNICA. Zelaya Norte. Editorial Managua. Managua, 1983.
16. Lord Peter: Taking a walk along the miskito coast. Harper Publishers. London 1991.
17. Martínez Gerardo et al. Manual de salud para promotores comunitarios. Editora Científica. Montevideo Uruguay, 1993.
18. Martínez Manuel: Cultura y salud. Managua, UNAN. CIES 1996.
19. Marx Elizabeth: Misión evangélica morava de la Costa Atlántica de Nicaragua. Editorial la Imprenta. Bluefields, 1980.

A N E X O S

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA CARIBE NICARAGUENSE (FRACCAN)

Encuesta sobre condiciones de vida y salud de la etnia Creole en los Barrios Peter Ferrera y Arlen Siú

I. Datos Socio-Demográficos

- Nombre del jefe de la familia _____
Edad: _____
Dirección _____
- Estado civil : Casado () Acompañado () Soltero () Viudo ()

Nombre, edad, sexo, ocupación y escolaridad de los integrantes de la familia.

Nombre	Edad	Sexo	Ocupación	Escolaridad	Parentesco

- Desde cuándo viven en el barrio:
1-3 años () 4-6 años () 6-9 años () 10 y más años ()
- Si no nació en el barrio, de dónde procede: _____
- De dónde son sus antecesores: Abuela: _____ Abuelo: _____ (Materno)
Abuela: _____ Abuelo: _____ (Paterno)
Madre: _____ Padre: _____ Migración interna: _____
Migración externa: _____
- Tipo de familia : matriarcal () patriarcal ()

Cuántas familias viven en la misma casa? _____

Viven otras personas que no sea familia? Si _____ No _____

Si viven otras personas que no sean familiares, qué relación guarda con ellos? _____

7. Religión: Moravo () Católico () Evangélico () Iglesia de Dios ()
Adventista () Otros ()

II. Condiciones higiénicas sanitarias de las viviendas de las familias creoles que habitan en los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.

Tipo de material de la vivienda :

Pared: concreto () mini-falda () madera () bambú ()

Tipo de material del techo de las viviendas

zinc () paptá () nicalit () otras ()

Tipo de piso de la vivienda :

madera () ladrillo () concreto () tierra ()

Número de cuartos en la vivienda:

1 () 2 () 3 () + de tres ()

Dónde se abastece de agua:

pozo () tubería () pozo / tubería () río () lluvia ()

Qué tratamiento le da al agua de consumo:

lo clora () lo hierve () no lo trata ()

Cómo almacena el agua de consumo:

recipiente sin tapa () recipiente con tapa () no almacena el agua ()

Tipo de servicio higiénico de su familia:

Letrina () inodoro () aire libre ()

Estado del servicio higiénico:

bueno () regular () malo ()

Cómo eliminaría los desechos sólidos:

tren de aseo () lo queman () entierran () aire libre () otros ()

Qué tipo de vectores tiene en su vivienda:

cucaracha () mosca () zancudo () ratones () todos los anteriores ().

III. Datos socio-económicos

Quién ejerce la autoridad: Madre () Padre () Hijos ()

Cuántas personas tienen trabajo fijo en la familia? 1 () 2 () 3 () + de 3 () No tiene trabajo fijo ()

Cuál es el ingreso económico por familia? -500 () 500-1000 () 1000-1500 () 1500 y + ()

Cuál es el tipo de alimento que más consumen? _____, _____,
_____, _____ y _____

Rol de la mujer en la educación de la familia:

Rol del hombre en la educación de la familia:

Tipo de diversión que acostumbra la familia creole: _____ y _____

Cuáles son los hábitos en su casa?

Fumar: Si () No () Cuántas personas _____

Toman licor: Si () No () Cuántas personas _____

Otras drogas: Si () No ()

Hay transmisión de los valores culturales en la familia creole? Si () No ()

La vivienda en que vive es: Propia () Alquilada () Prestada ()

IV. Morbi-mortalidad de los < 5 años y adultos de las familias creoles que habitan en los Barrios Arlen Siú y Peter Ferrera

Se han enfermado los niños menores de 5 años en los últimos 6 meses?

Si () No ()

Cuáles enfermedades han padecido más los niños menores de cinco años en los últimos seis meses?

IRA () EDA () MALARIA () TB () ETS () OTROS ()

Ha fallecido algún menor de cinco años en los últimos seis meses? Si () No ()

Cuál fue la causa, edad y sexo del menor de 5 años fallecido en los últimos seis meses?

_____, _____ y _____

Se han enfermado los adultos en los últimos seis meses? Si () No ()

Cuáles enfermedades han padecido más los adultos en los últimos 6 meses? Malaria () TB ()
Diarrea () Otros () No se ha enfermado ()

Ha fallecido algún adulto o anciano en los últimos 6 meses? Si () No ()
Edad _____ Sexo _____ Causa _____

4.1. Salud Reproductiva:

Número de mujeres en edad fértil: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () .

Número de partos en mujeres en edad fértil:

primípara () múltipara () gran múltipara () .

Número de abortos y cesáreas en mujeres en edad fértil: aborto () cesárea () .

Cuántas mujeres están actualmente embarazadas? 1 () 2 () 3 ()

Se controla el embarazo? Si () No ()

Se ha hecho el PAP? Si () No ()

Ha tenido ETS? Si () No ()Cuál _____

Se ha hecho examen de mamas? Si () No ()

Ha dado lactancia materna exclusiva? Si () No ()

A qué edad deja de dar el pecho al niño? 2-3 meses () 4 meses () 1 año ()

A qué edad inició dando otros alimentos a sus hijos? 3-5 meses () 6 meses () 9-11 meses ()
1 año ()

Además de lactancia materna, qué alimento le da al niño? _____ y _____ .

Usted planifica su familia? Si () No ()

Qué métodos utiliza para la planificación? _____

Está de acuerdo su compañero en que planifique? Si () No () Porqué

V. Demanda y utilización de los servicios de salud

Cuando se enferma a quién recurre? _____

Cuando necesita ayuda para su salud, a quién recurre? _____

Estuvo enfermo el último mes? Si () No ()

Fue a la Unidad de Salud más cercana? Si () No ()

No, porque: No le dio importancia ()

Se automedicó ()

Falta de tiempo ()

Servicio muy distante ()

Falta de dinero ()

Otros ()

Cuando no asiste a los servicios de salud y está enfermo, cuál es su alternativa? Médico tradicional ()
Obiama () Automedica () Otros ()

Utiliza medicamentos caseros? Si () No ()

Cuáles son los que más utiliza? _____ y para qué
enfermedades? _____

ANEXO 2

UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGUENSE
(URACCAN)

Encuesta a Informantes Claves

Nombre: _____ Edad: _____ Barrio: _____

¿De dónde procede? _____

¿Qué cree sobre la religión? _____

¿Qué cree sobre el Obeah? _____

¿En qué consiste el Obeah? _____

¿Afecta el Obeah a todo el mundo? _____

¿Se practica en Puerto Cabezas? _____

¿Quiénes o qué etnia lo practican más? _____

¿Si no asisten al Centro de Salud, cuál es la razón? _____

¿Qué clase de medicinas utilizan para las enfermedades? _____

¿Cuáles cree que son los problemas que más afecta a los Creoles? _____

¿Qué sabe de las barajas? _____

¿Qué sabe sobre prácticas de magia negra? _____

¿Es lo mismo magia negra, obeah y vudu; conoce la diferencia si lo hay? _____

¿Guarda relación las enfermedades, desgracias y suerte de las personas con la naturaleza que les rodea, de qué manera? _____

¿Qué tipo de enfermedades atiende? _____

Al entrevistar a algunos Creoles notables de Bilwi sobre algunas prácticas mágico religiosas, refieren que en cuanto a sus creencias sobre la religión, ésta es buena; aunque antes la iglesia era más estricta. La religión era parte de la tradición que les inculcaron desde niños para ayudar a que uno haga el bien.

En cuanto a las creencias sobre si existe el OBEAH, todos los entrevistados al hacerles esta pregunta, en un momento inicial señalan: ***"I no know nothing, I no practice it, but them say..."***; manifestando posteriormente lo que a través de una y otra persona ellos saben del obeah. Relatan que es una ciencia que existe y que suele hacer lo bueno y lo malo. La misma biblia habla del WITCHCROFT, que es el mismo obeah. La práctica del Obeah no afecta a aquellas personas que no creen y además les sirve como un talismán de protección; aunque de acuerdo a nuestras observaciones, entrevistas y encuestas realizadas, detectamos que las familias creoles tienen mucho respeto a las personas que practican el obeah.

Al preguntarles si se practica el obeah, y que etnia lo hace más frecuente, opinaron los entrevistados que sí hay manifestaciones de esta creencia en Puerto Cabezas; uno de los entrevistados señaló que Puerto Cabezas es la cuna del obeah, practicándose más entre la etnia miskita, que en la comunidad creole.

En cuanto a la asistencia de los creoles al centro de salud, la totalidad de los entrevistados refieren no hacer uso de esta instancia por que demoran mucho en la atención de los pacientes, además que no les resuelven sus problemas. Otros de los entrevistados incluye que por eso prefieren hacer uso de la medicina casera.

Cuando se les preguntó acerca de los problemas que más afectan a los creoles en la región, contestaron que:

- los creoles están divididos y por eso no tienen fuerza.
- los creoles son inteligentes, pero entre ellos hay demasiada envidia.
- los creoles tienen complejo de inferioridad cuando no están preparados y que los creoles preparados se sienten capaces de realizar cualquier actividad.
- los creoles solo quieren trabajos de oficina y son haraganes para el trabajo manual (***You never see a creole man chaping yard***).

Los entrevistados saben que existe la lectura de las cartas (barajas), pero prefieren usar la biblia con una llave y el rezo de salmos para conocer el pasado, presente y futuro.

Nuestros informantes no creen que se practica la magia negra y el vudú en la actualidad; pero antaño se daba ésta práctica, quedando como secuela de esto un personaje muy conocido (Bacilón). Que según la opinión de los pobladores, no pudo concluir con los estudios de OBEAHUISIM en la magia negra, por lo cual llegó a su estado actual de demencia. Sin embargo manifiestan que la diferencia entre la magia negra, el obeah y el vudú, estriba en que la magia negra es superior al obeah y que el vudú es superior a la magia negra. Las tres son ciencias que se pueden estudiar por el denominado obeahusim que sirve tanto para hacer el bien y el mal.

Al preguntar a los entrevistados, si creen que las enfermedades, desgracias y suerte de las personas tienen alguna relación con el medio ambiente que los rodeaba; todos se refirieron dando ejemplos, de cómo el uso del URUSH BAMBA con un rezo, mediante baños los días viernes, trae suerte. Señalaron de igual forma que el sembrar en sus patios la flor conocida como MARY GOLD, auyenta los malos espíritus. Así mismo, el tener en los patios la gallina guinea, sirve para desenterrar cualquier maleficio que fuese puesto.

Coincidieron todos en que si se desea crear conflictos, se mezcla semillas de QUENI PEPER con tierra de muerto y que se tira sobre la casa donde se quiere crear el conflicto.

Uno de los informantes cuenta, de como vivía enfermo él y toda su familia, y al no haber cura visitó al obeah man, el que le sugirió la eliminación de toda especie de plantas y animales que tuviese en su casa, por que atraían todo tipo de enfermedades, y al seguir las indicaciones se curó para siempre. Otro refiere que la misma naturaleza nos puede enfermar y causar desgracias, ya que nosotros dependemos de la naturaleza y todo lo que sucede tiene que ver con ella. Por ejemplo hay muchas plantas que dan suerte, siempre y cuando se les habla pagando por ellas. Al igual hay plantas que te amarran la suerte.

ANEXO 3

GLOSARIO

Costeños: El término se refiere a todos los grupos étnicos de la Costa Atlántica de Nicaragua.

Creole: Es un grupo étnico dentro de los costeños, quienes tienen en común sus ancestros africanos, una cultura afro-caribeña y el uso del inglés creole como idioma principal.

Inmigración interna: Individuos que se incorporan a la población creole procedentes de otras áreas de Nicaragua.

Inmigración externa: Individuos que se incorporan a la población, procedentes de otros países.

Vector: Un insecto o cualquier vehículo vivo que transporta un agente infeccioso desde un individuo infectado o sus desechos hasta un individuo susceptible, su comida o su ambiente inmediato.

Matriarcal: Sistema social en que predomina la autoridad de la mujer, la madre.

Patriarcal: Organización social caracterizada por la jerarquía del padre sobre los otros miembros de la familia.

Polarización: Concentración de atención críticas u opinión sobre un aspecto.

Drogas: Cualquier sustancia mineral, animal o vegetal medicamentosa de efecto estimulante, deprimente o narcótico.

Unidad de Salud: Lugar donde se ofertan prestaciones de servicios de salud.

Indígena: Originario del país o establecido en un país desde tiempo inmemorial.

Cosmovisión: Manera de ver el mundo y forma de considerar éste.

Comunidad: Grupo humano que reside en un lugar delimitado, vinculado al ambiente y que crea sus propias instituciones, constituyendo una entidad autónoma que se relaciona con otras unidades.

Cultura: La visión que tiene un grupo social sobre el mundo. Es el modo de ser y comportarse.

Población: Conjunto de personas que viven en un área definida.

Condición de vida: Formas de producir y reproducir las relaciones sociales de trabajo y la distribución de la riqueza de la sociedad.

Obea o Something: Preparado a base de hierbas, pelo, muñecos, ropa y que puede ser utilizado para el bien y el mal.

Cut Card o Fortune Teller: Adivina con naipes la suerte de uno, lo del pasado, presente y futuro.

TABLAS Y GRÁFICOS

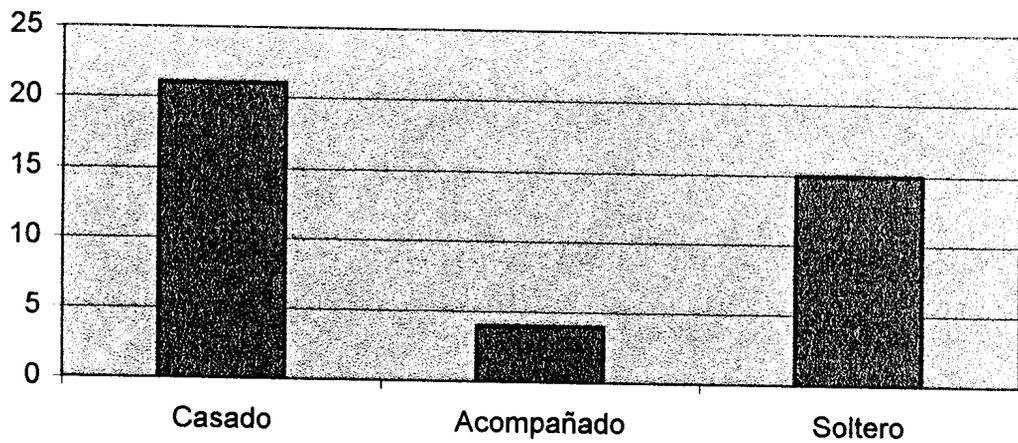
Tabla # 1

**Estado civil del jefe de la familia Creole
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Estado civil	Frecuencia	%
Casado	21	52.5%
Acompañado	4	10.0%
Soltero	15	37.5%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 1



Fuente: Tabla 1

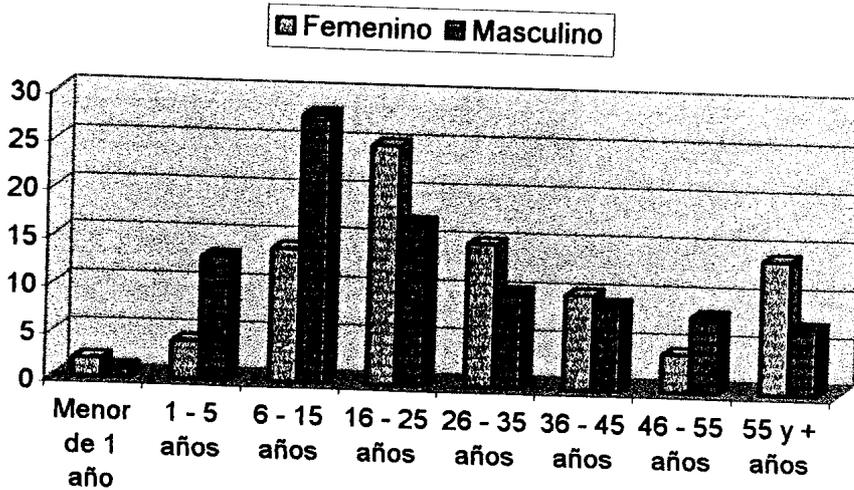
Tabla # 2

**Grupo etáreo según sexo de integrantes de las fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Grupo Etáreo	Femenino		Masculino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Menor de 1 año	2	1.1%	1	0.5%
1 - 5 años	4	2.2%	13	7%
6 - 15 años	14	7.7%	28	15.4%
16 - 25 años	25	13.8%	17	9.3%
26 - 35 años	15	8.3%	10	5.5%
36 - 45 años	10	5.5%	9	4.9%
46 - 55 años	4	2.2%	8	4.4%
55 y + años	14	7.7%	7	3.8%
Total	88	49%	93	51%

Fuente: Encuesta

Gráfico 2



Fuente: Tabla 2

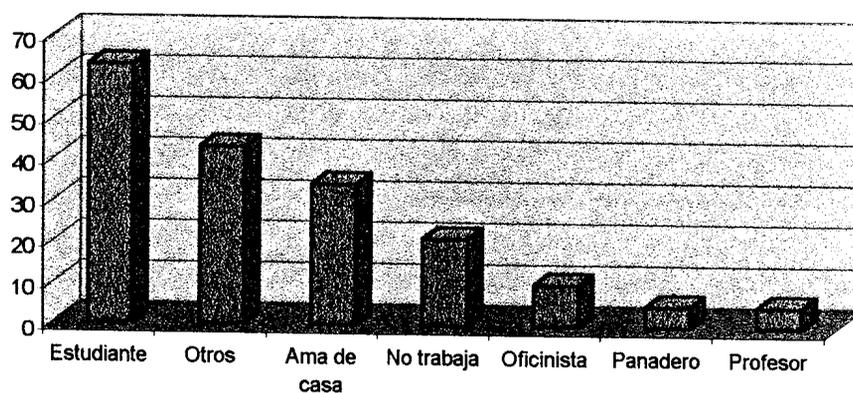
Tabla # 3

**Ocupación de los integrantes de la familia Creole
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Ocupación	Frecuencia	%
Estudiante	63	35%
Otros	43	24%
Ama de casa	34	19%
No trabaja	21	12%
Oficinista	10	6%
Panadero	5	2%
Profesor	5	2%
Total	181	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico 3



Fuente: Tabla 3

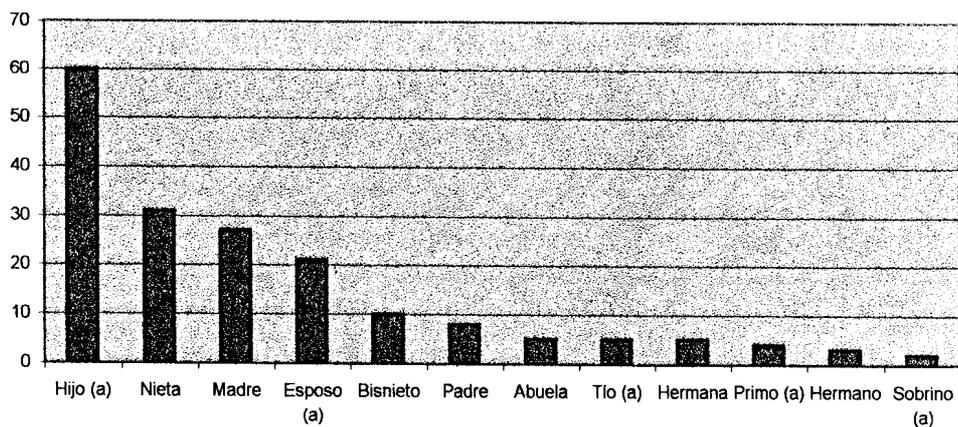
Tabla # 5

**Parentesco entre los integrantes de las fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Parentesco	Frecuencia	%
Hijo (a)	60	33%
Nieta	31	17%
Madre	27	15%
Esposo (a)	21	12%
Bisnieto	10	5%
Padre	8	4%
Abuela	5	3%
Tío (a)	5	3%
Hermana	5	3%
Primo (a)	4	2%
Hermano	3	2%
Sobrino (a)	2	1%
Total	181	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico 5



Fuente: Tabla 5

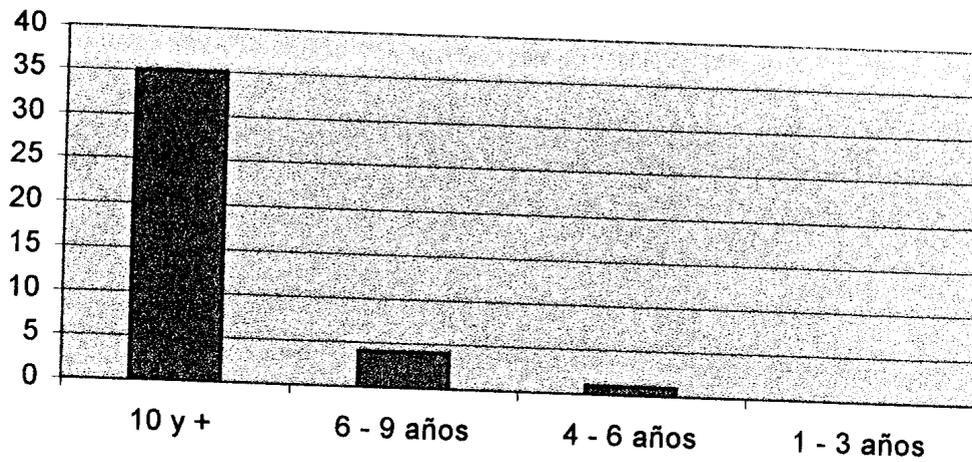
Tabla # 6

**Años de residir de la familia Creole
en los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Años de residir	Frecuencia	%
10 y +	35	87.5%
6 - 9 años	4	10%
4 - 6 años	1	2.5%
1 - 3 años	0	0.0%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico 6



Fuente: Tabla 6

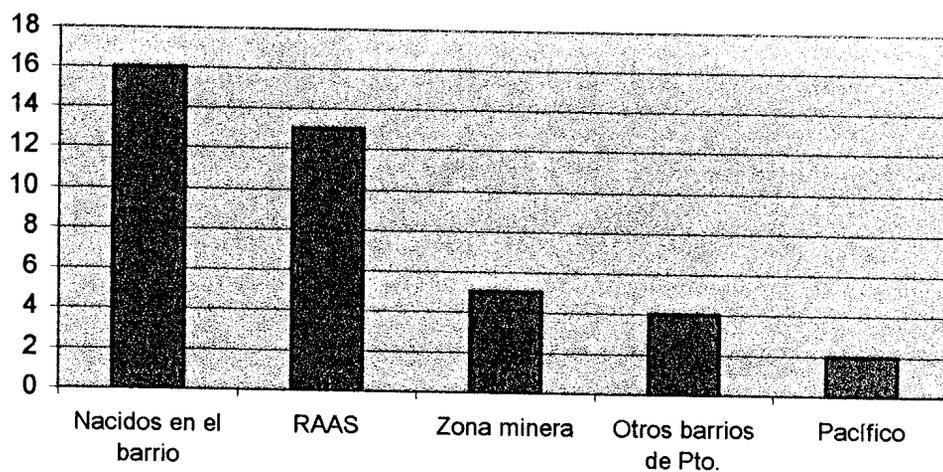
Tabla # 7

**Procedencia de las familias Creole
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Procedencia	Frecuencia	%
Nacidos en el barrio	16	40%
RAAS	13	32.5%
Zona minera	5	12.5%
Otros barrios de Pto.	4	10.0%
Pacífico	2	5.0%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico 7



Fuente: Tabla 7

Tabla # 8

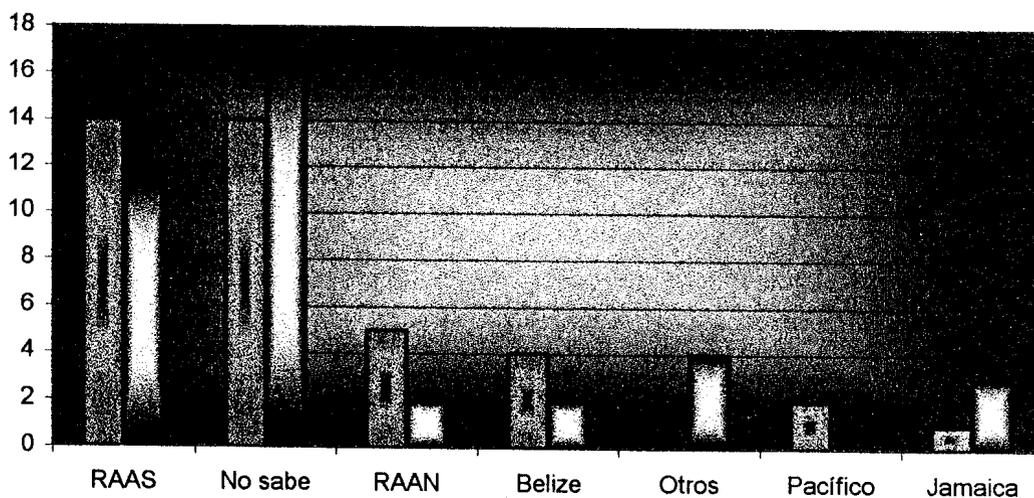
Procedencia de abuelo y abuela paterna de los jefes de las fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú Bilwi, RAAN Enero-Marzo 1998

Procedencia	Abuela		Abuelo	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
RAAS	14	35%	12	30%
No sabe	14	35%	17	42.5%
RAAN	5	12.5%	2	5.0%
Belize	4	10%	2	5%
Pacifico	2	5.0%	0	0%
Jamaica	1	2.5%	3	7.5%
Otros			4	10%
Total	40	100%	40	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico 8

■ Abuela □ Abuelo



Fuente: Tabla 8

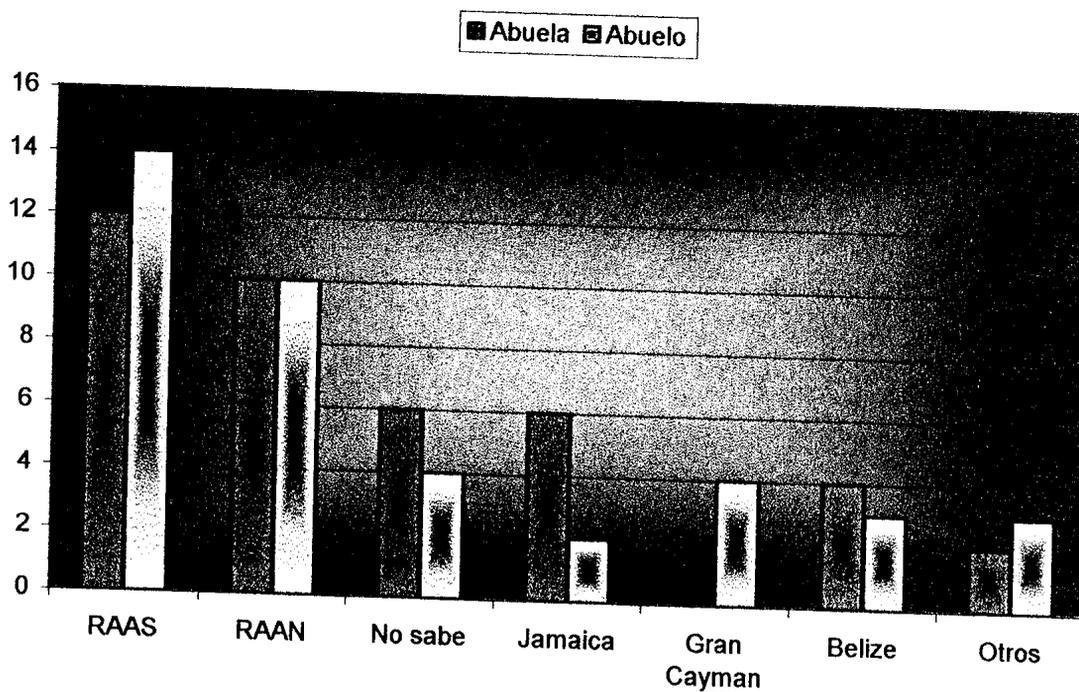
Tabla # 9

*Procedencia de abuelo y abuela materna de las fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998*

Procedencia	Abuela		Abuelo	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
RAAS	12	30.0%	14	35%
RAAN	10	25%	10	25%
No sabe	6	15%	4	10%
Jamaica	6	15%	2	5.0%
Gran Cayman			4	10.0%
Belize	4	10%	3	7.5%
Otros	2	5%	3	7.5%
Total	40	100%	40	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico 9



Fuente: Tabla 9

Tabla # 10

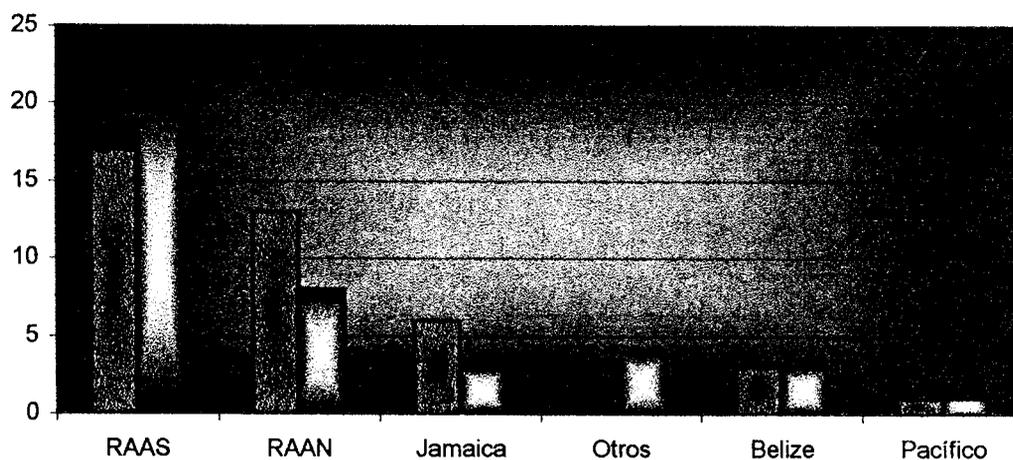
**Procedencia de los padres del jefe de fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Procedencia	Madre		Padre	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
RAAS	17	42.5%	21	52.5%
RAAN	13	32.5%	8	20.0%
Jamaica	6	15.0%	3	7.5%
Otros			4	10.0%
Belize	3	7.5%	3	7.5%
Pacífico	1	2.5%	1	2.5%
Total	40	100%	40	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico 10

■ Madre □ Padre



Fuente: Tabla 10

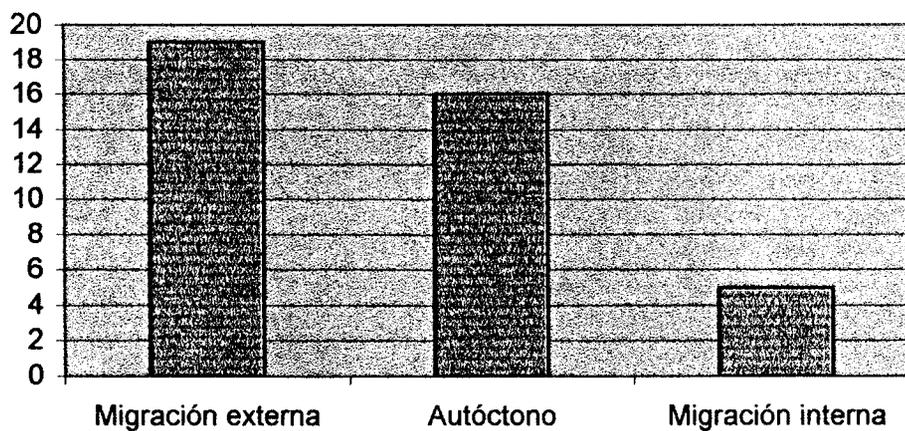
Tabla # 11

***Migración de las familias Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998***

Tipo de migración	Frecuencia	%
Migración externa	19	47.5%
Autóctono	16	40.0%
Migración interna	5	12.5%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico 11



Fuente: Tabla 11

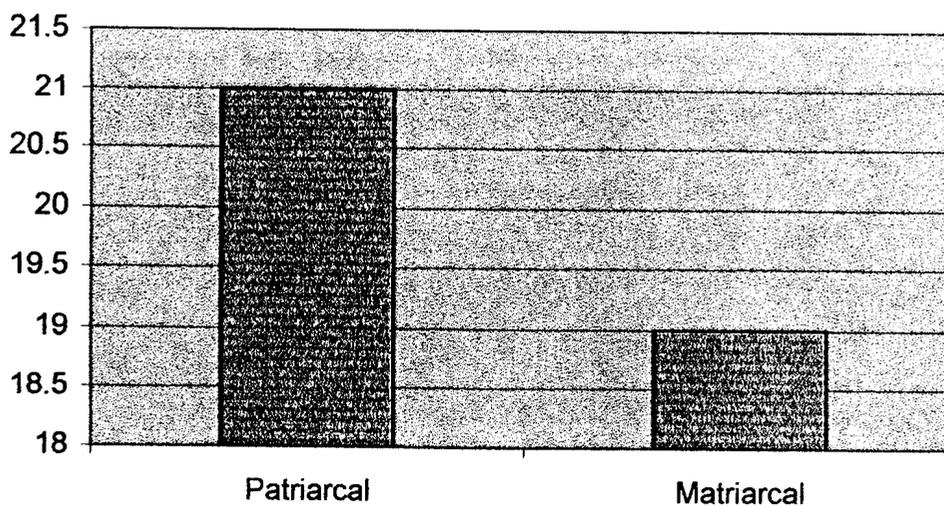
Tabla # 12

***Jerarquía en las familias Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998***

Tipo de jerarquía	Frecuencia	%
Patriarcal	21	52.5%
Matriarcal	19	47.5%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico 12



Fuente: Tabla 12

Tabla # 13

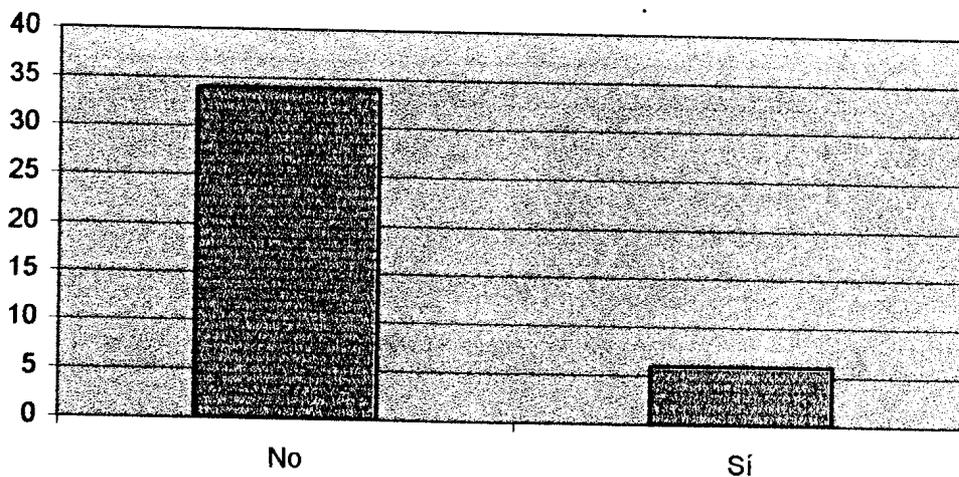
**Personas que no sean familias entre las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.**

**Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Categorías	Frecuencia	%
No	34	85%
Sí	6	15.0%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta

GRAFICO 13



Fuente: Tabla 13

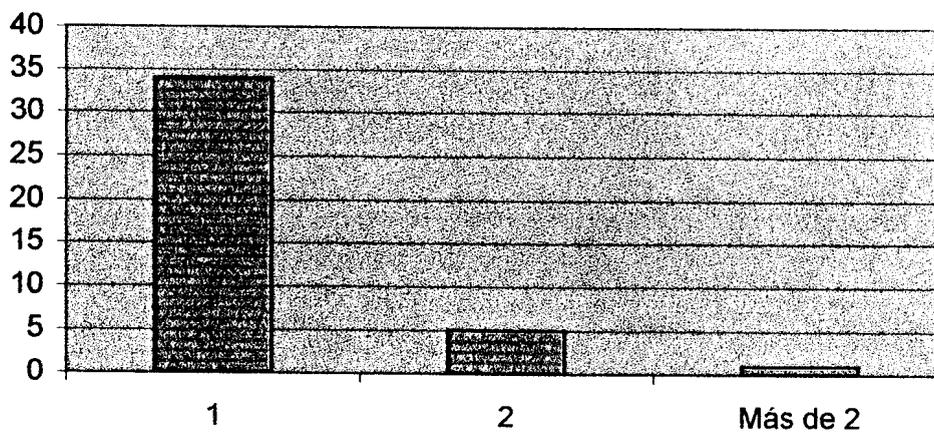
Tabla # 14

**No. de familias que viven en la misma casa entre las familias Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

# Familias	Frecuencia	%
1	34	85%
2	5	12.5%
Más de 2	1	2.5%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico 14.



Fuente: Tabla 14

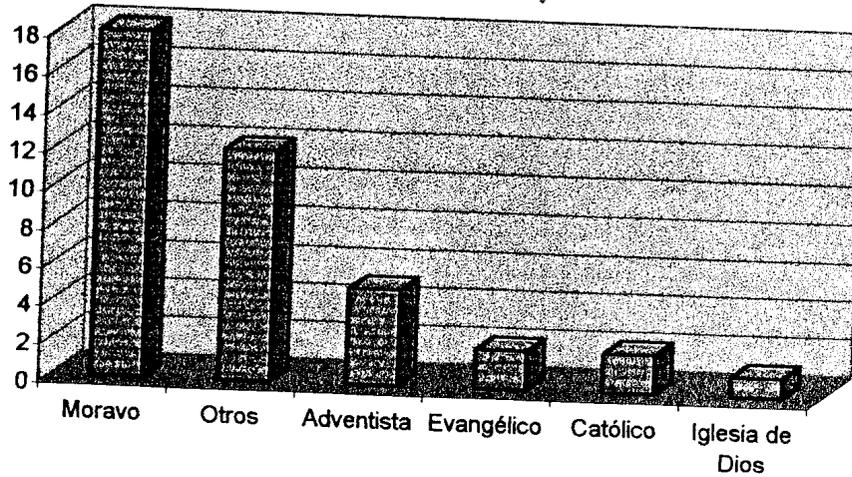
Tabla # 16

*Religión que profesa la familia Creole
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998*

Religión	Frecuencia	%
Moravo	18	45%
Otros	12	30%
Adventista	5	12.5%
Evangélico	2	5%
Católico	2	5.0%
Iglesia de Dios	1	2.5%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico 16



Fuente: Tabla 16

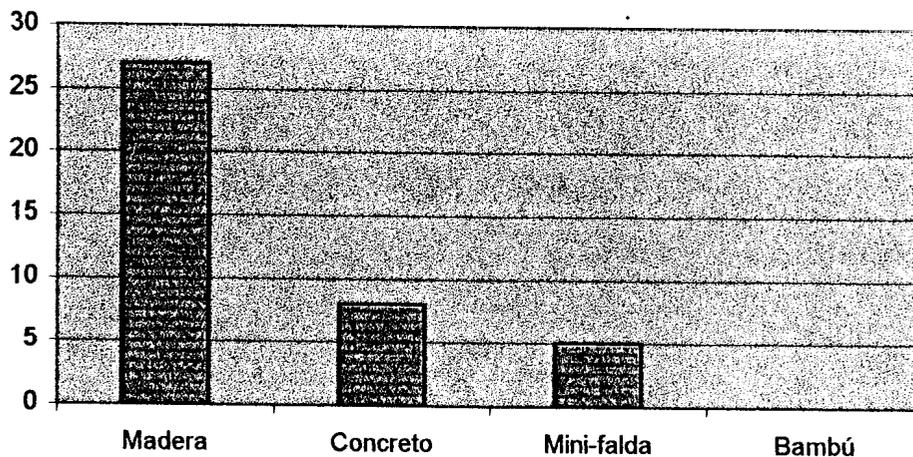
Tabla # 17

***Tipo de material de pared de la vivienda de las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998***

Material	Frecuencia	%
Madera	27	67.5%
Concreto	8	20.0%
Mini-falda	5	12.5%
Bambú		
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 17



Fuente: Tabla 17

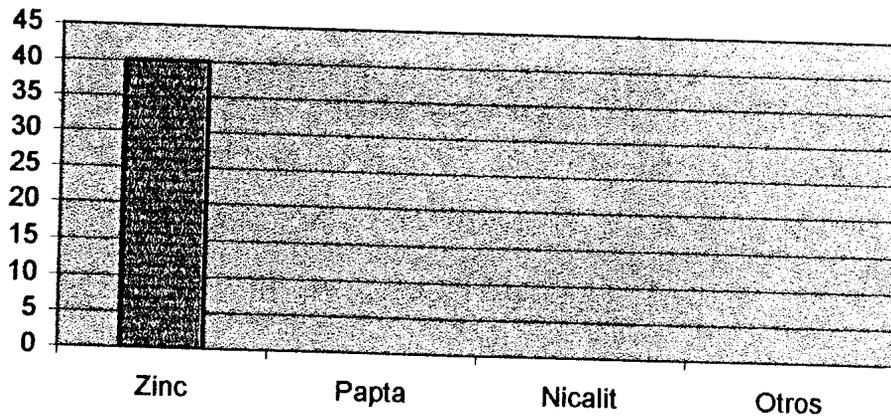
Tabla # 18

**Tipo de material del techo de la vivienda de las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Material	Frecuencia	%
Zinc	40	100%
Papta		
Nicalit		
Otros		
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 18



Fuente: Tabla 18

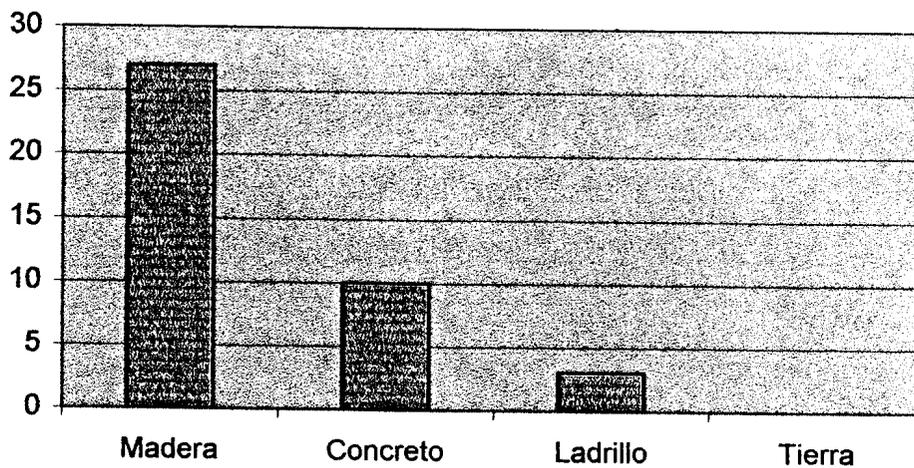
Tabla # 19

**Tipo de material del piso de la vivienda de las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Material	Frecuencia	%
Madera	27	67.5%
Concreto	10	25%
Ladrillo	3	7.5%
Tierra		
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 19



Fuente: Tabla 19

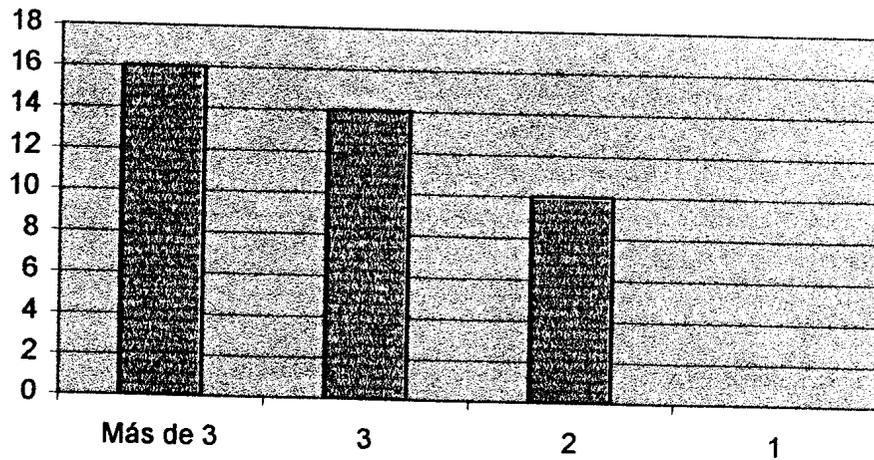
Tabla # 20

*No. de cuartos de las viviendas de las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998*

No. cuarto	Frecuencia	%
Más de 3	16	40.0%
3	14	35%
2	10	25%
1		
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 20



Fuente: Tabla 20

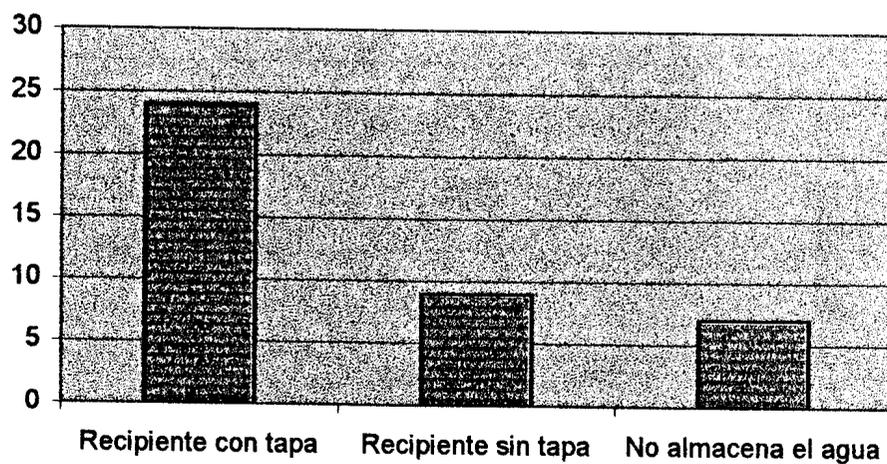
Tabla # 23

**Almacenamiento del agua de consumo de las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Forma de almacenar	Frecuencia	%
Recipiente con tapa	24	60%
Recipiente sin tapa	9	22.5%
No almacena el agua	7	17.5%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 23



Fuente: Tabla 23

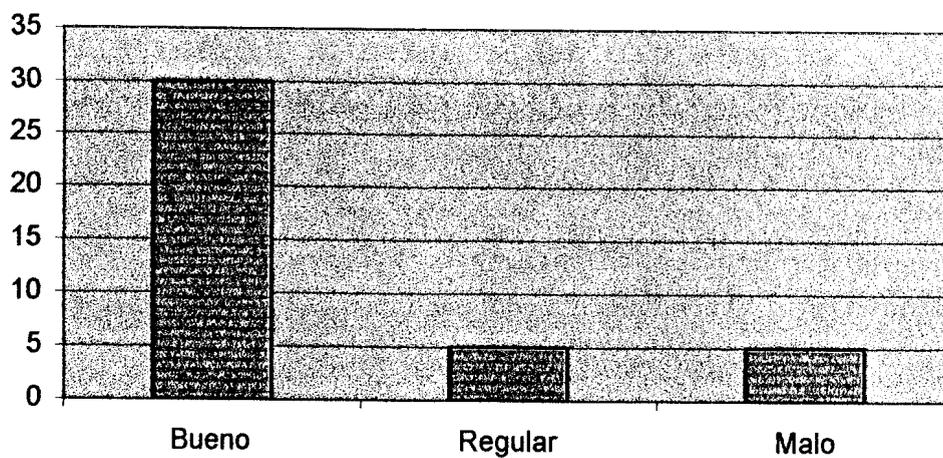
Tabla # 25

**Estado del servicio higiénico de las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Servicio higiénico	Frecuencia	%
Bueno	30	75%
Regular	5	12.5%
Malo	5	12.5%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 25



Fuente: Tabla 25

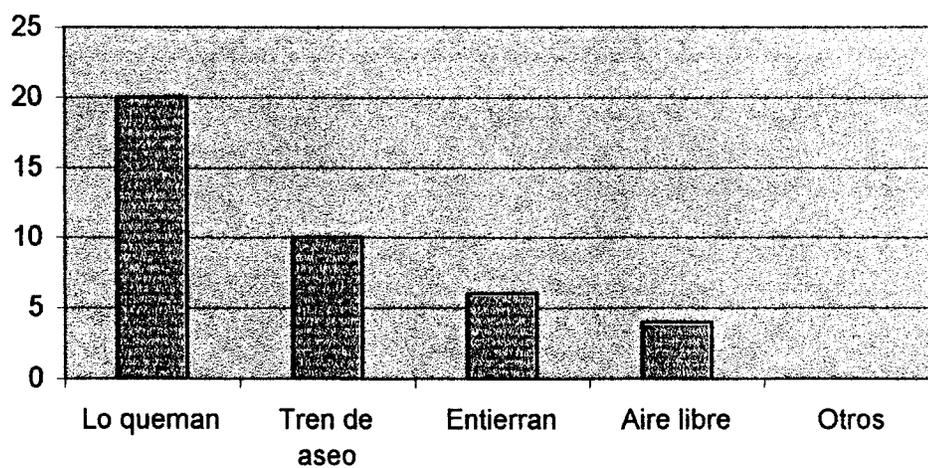
Tabla # 26

**Eliminación de los desechos sólidos de las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Tipo eliminación	Frecuencia	%
Lo queman	20	50%
Tren de aseo	10	25%
Entierran	6	15%
Aire libre	4	10%
Otros		
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 26



Fuente: Tabla 26

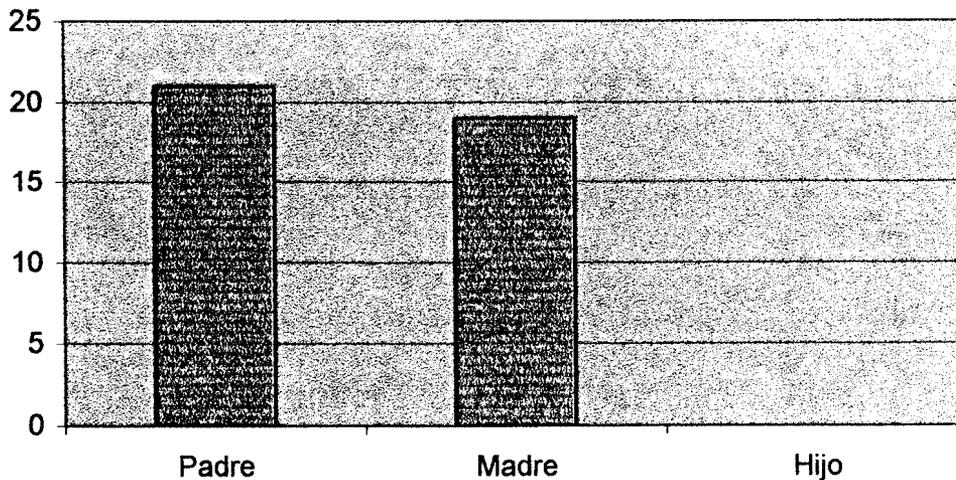
Tabla # 28

**Persona que ejerce la autoridad en las casas de las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Autoridad	Frecuencia	%
Padre	21	52.5%
Madre	19	47.5%
Hijo		
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 28



Fuente: Tabla 28

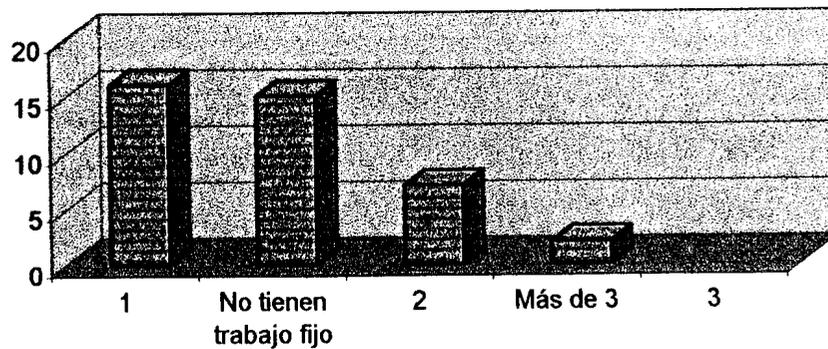
Tabla # 29

**Número de personas que tienen trabajo fijo en las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

No. personas	Frecuencia	%
1	16	40%
No tienen trabajo fijo	15	37.5%
2	7	17.5%
Más de 3	2	5%
3		
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 29



Fuente: Tabla 29

Tabla # 31

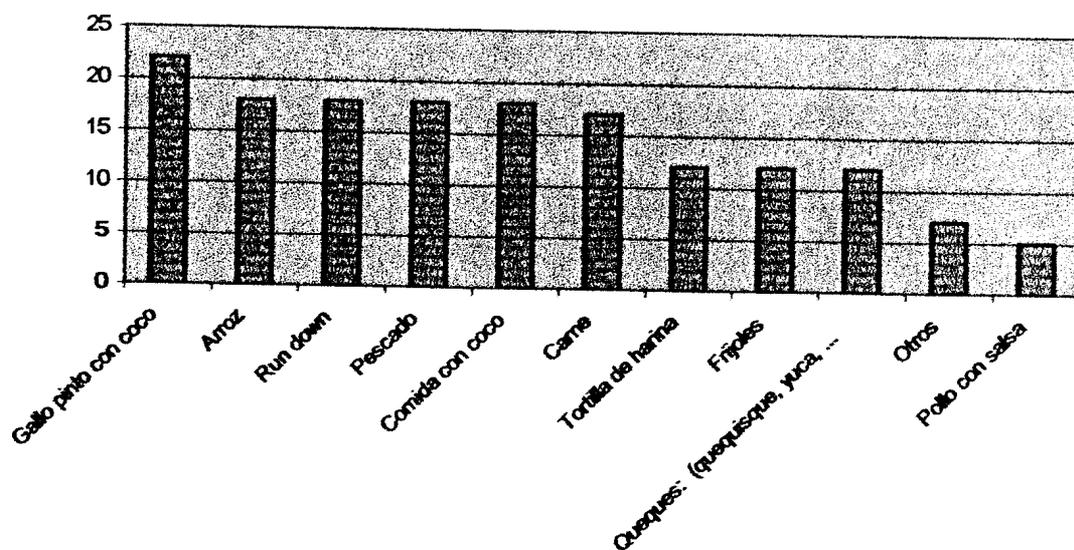
Tipo de alimento que más consumen las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.

**Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Tipo alimento	Frecuencia	%
Gallo pinto con coco	22	55%
Arroz	18	45%
Run down	18	45%
Pescado	18	45%
Comida con coco	18	45%
Carne	17	42%
Tortilla de harina	12	30.0%
Frijoles	12	30%
Queques: (quequisque, yuca, banano)	12	30%
Otros	7	17.5%
Pollo con salsa	5	12.5%

Fuente: Encuesta

GRÁFICO 31



Fuente: Tabla 31

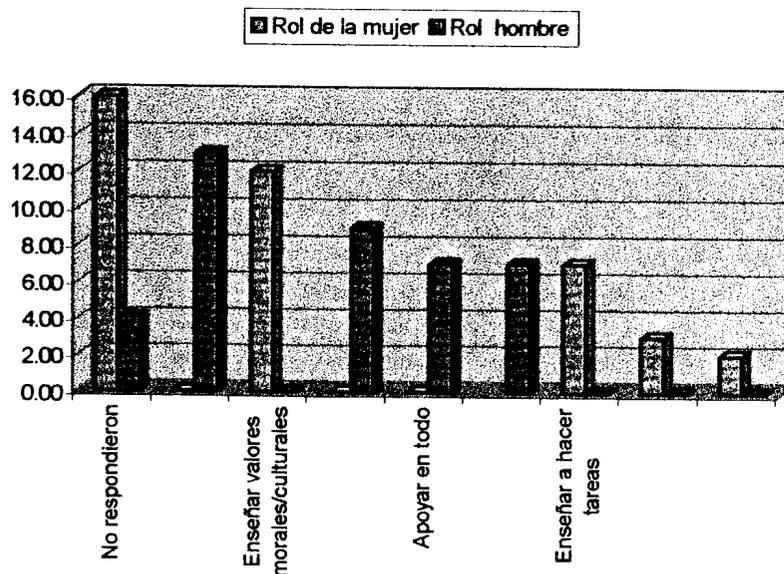
Tabla # 32

**Rol de la mujer y del hombre en la educación de la Fam. Creole
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Roles	Rol de la mujer		Rol del hombre	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No respondieron	16.00	40.0%	4.00	
Buscar sustento y disciplinar a los hijos			13.00	7%
Enseñar valores morales/culturales	12.00	30.0%		
Buscar sustento de la familia			9.00	55.0%
Apoyar en lo relacionado al hogar			7.00	17.5%
Disciplinar a los hijos			7.00	17.5%
Enseñar a hacer tareas del hogar	7.00	17.5%		
Enseñar a tener respeto y autocuidarse	3.00	7.5%		
Compartir responsabilidades en la casa	2.00	5.0%		
Total	40.00	100%	40.00	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico 32



Fuente: Tabla 32

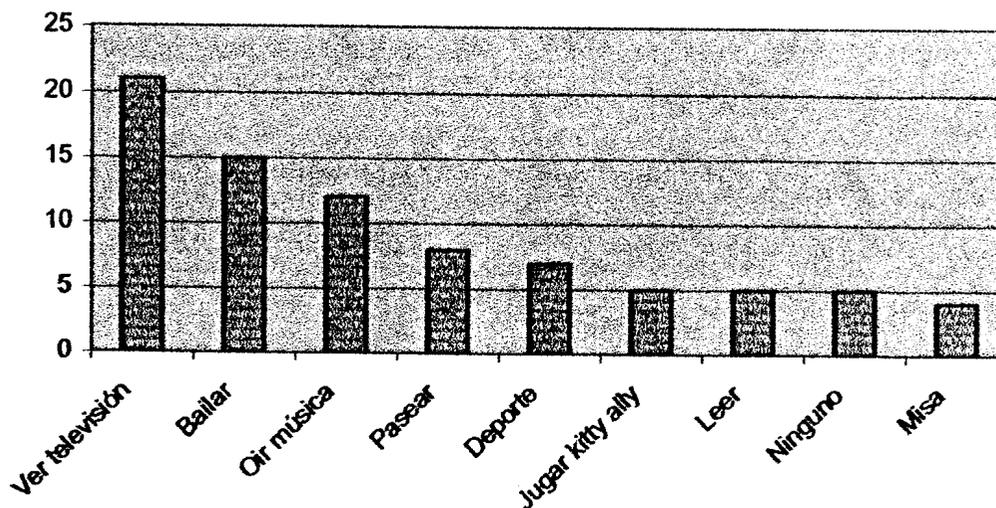
Tabla # 33

***Tipos de diversión de la Fam. Creole
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998***

Tipo diversión	Frecuencia	%
Ver televisión	21	52.5%
Bailar	15	37.5%
Oír música	12	30%
Pasear	8	20%
Deporte	7	17.5%
Jugar kitty ally	5	12.5%
Leer	5	12.5%
Ninguno	5	12.5%
Misa	4	10.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 33



Fuente: Tabla 33

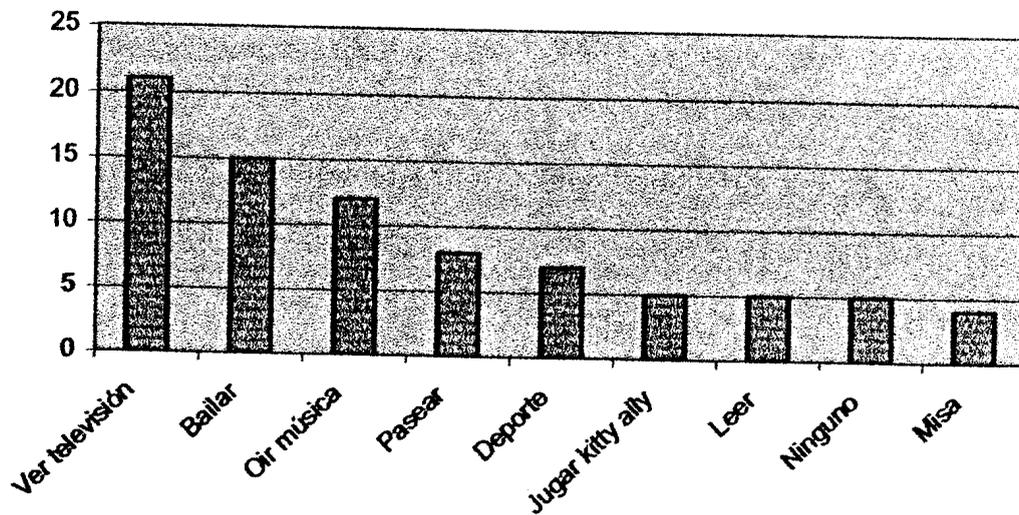
Tabla # 33

*Tipos de diversión de la Fam. Creole
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998*

Tipo diversión	Frecuencia	%
Ver televisión	21	52.5%
Bailar	15	37.5%
Oír música	12	30%
Pasear	8	20%
Deporte	7	17.5%
Jugar kitty ally	5	12.5%
Leer	5	12.5%
Ninguno	5	12.5%
Misa	4	10.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 33



Fuente: Tabla 33

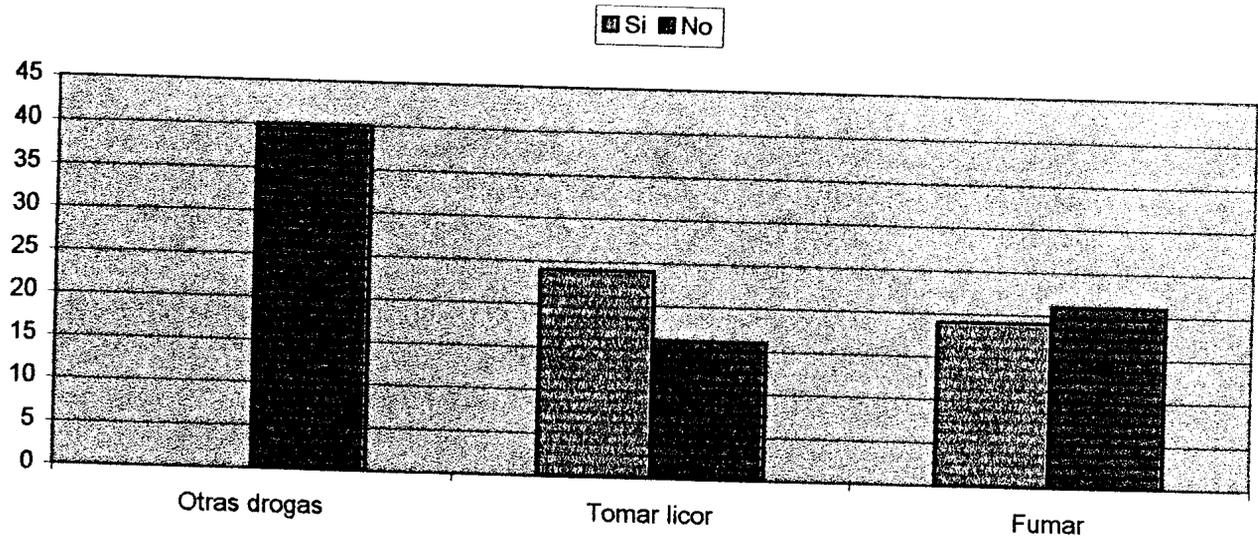
Tabla # 34

*Hábitos que tiene la Fam. Creole
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998*

Hábitos	Frecuencia		Frecuencia	
	Si	%	No	%
Fumar	19	47.5%	21	52.5%
Tomar licor	24	60%	16	40%
Otras drogas			40	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico 34



Fuente: Tabla 34

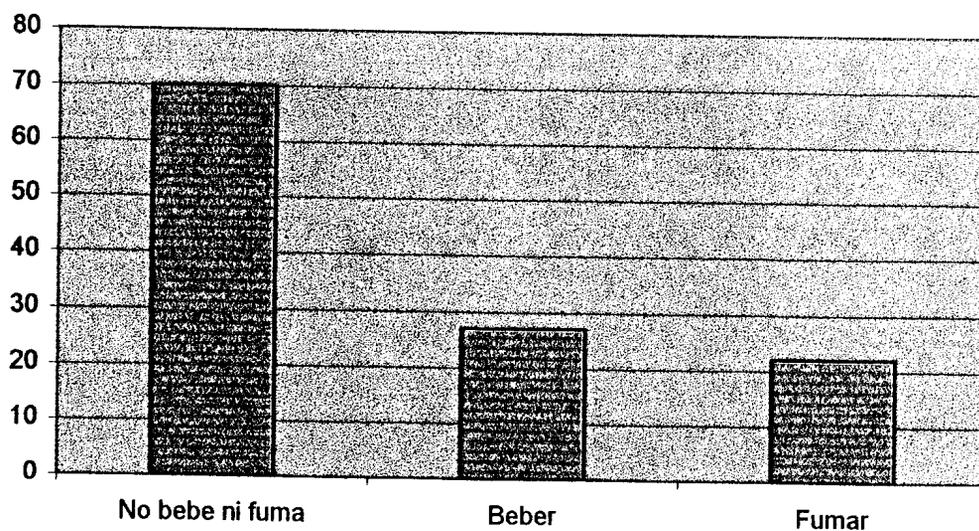
Tabla # 35

**Hábitos de personas adultas en la Fam. Creole
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Hábitos	Frecuencia	%
No bebe ni fuma	70	58.8%
Beber	27	23.0%
Fumar	22	18.2%
Total	119	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 35



Fuente: Tabla 35

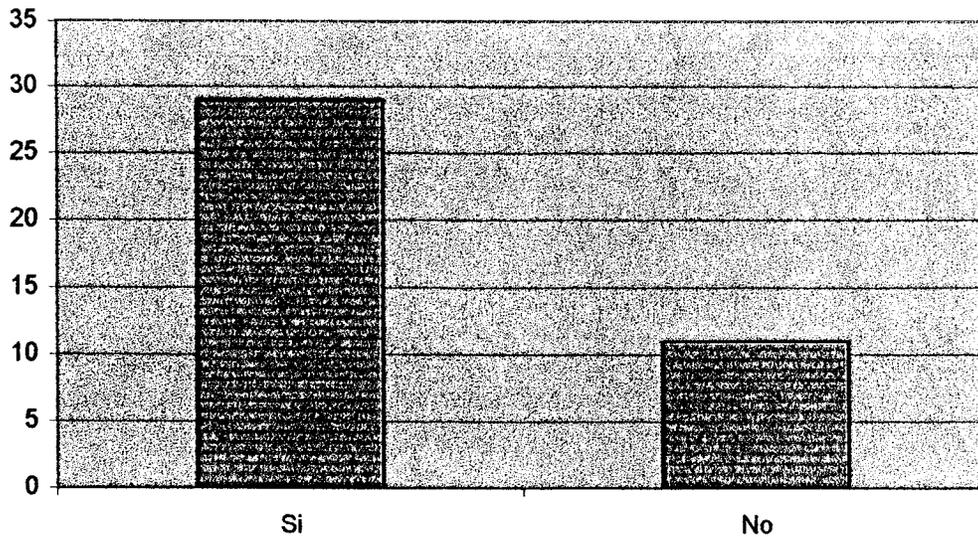
Tabla # 36

**Transmisión de los valores culturales en la Fam. Creole
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Transmisión	Frecuencia	%
Si	29	72.5%
No	11	27.5%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 36



Fuente: Tabla 36

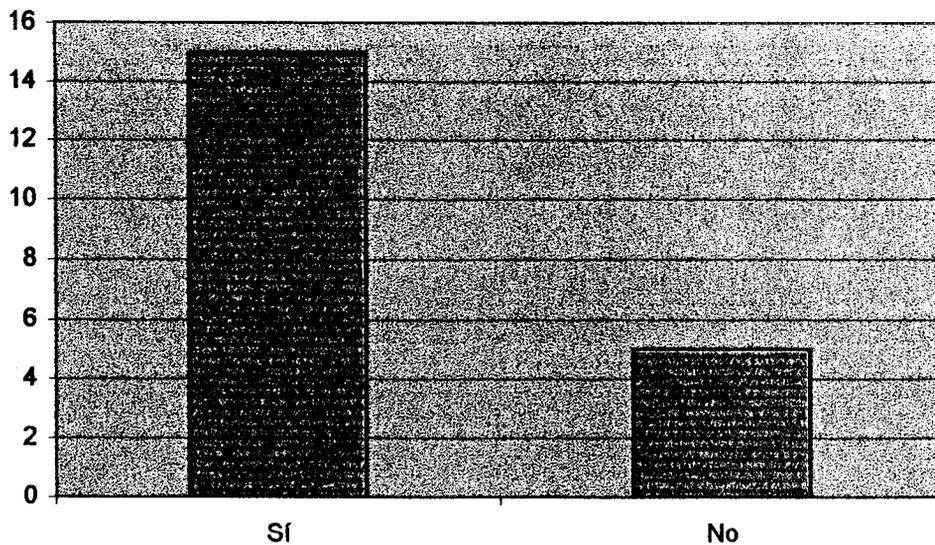
Tabla # 38

**Enfermedad de los niños menores de 5a. en los últimos 6 meses
en las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Enfermaron	Frecuencia	%
Sí	15	75.0%
No	5	25.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 38



Fuente: Tabla 38

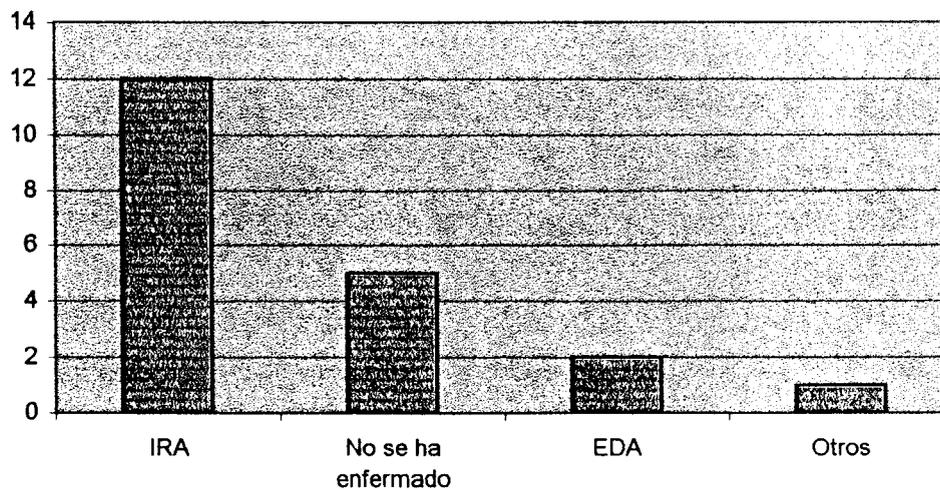
Tabla # 39

***Enfermedades que han padecido en los últimos 6 meses
en las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998***

Enfermedades	Frecuencia	%
IRA	12	60.0%
No se ha enfermado	5	25.0%
EDA	2	10.0%
Otros	1	5.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 39



Fuente: Tabla 39

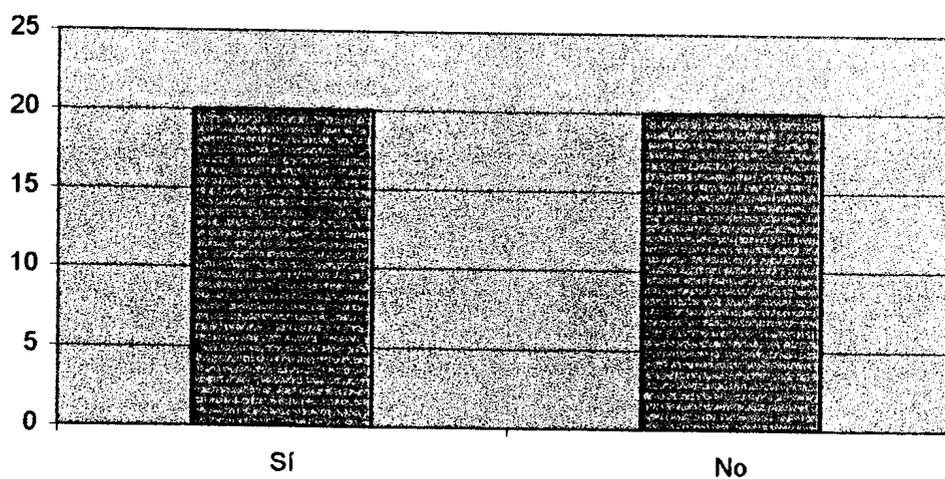
Tabla # 40

**Ha enfermado los adultos en las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú?
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

	Frecuencia	%
Sí	20	50.0%
No	20	50.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 40



Fuente: Tabla 40

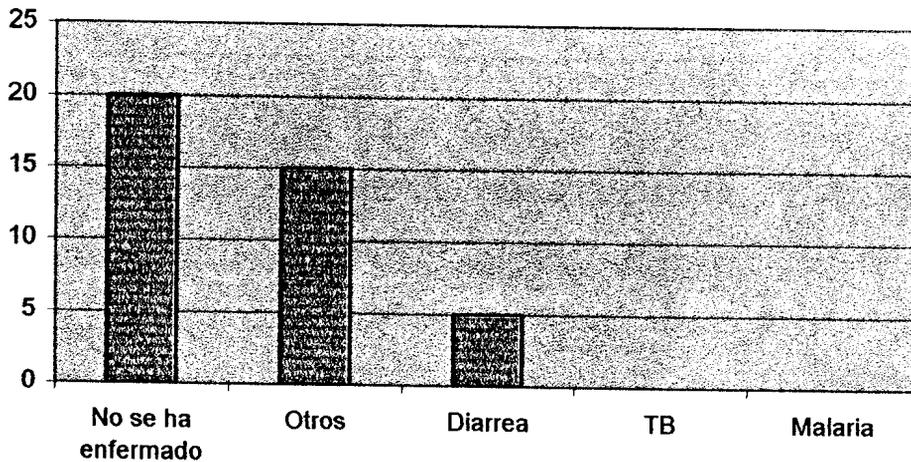
Tabla # 41

**Enfermedades que han padecido en los últimos meses los adultos
en las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Enfermedades	Frecuencia	%
No se ha enfermado	20	50.0%
Otros	15	37.5%
Diarrea	5	12.5%
TB	0	0.0%
Malaria	0	0.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 41



Fuente: Tabla 41

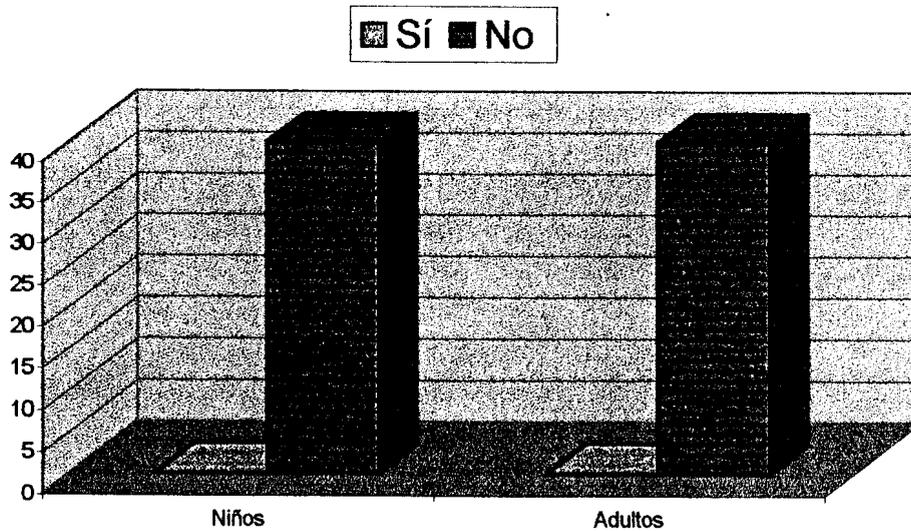
Tabla # 42

**Fallecimientos en los últimos 6 meses en las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Fallecidos	Niños menores 5a.		Adultos	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	0	0.0%	0	0%
No	40	100%	40	100%
Total	40	100%	40	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico 42



Fuente: Tabla 42

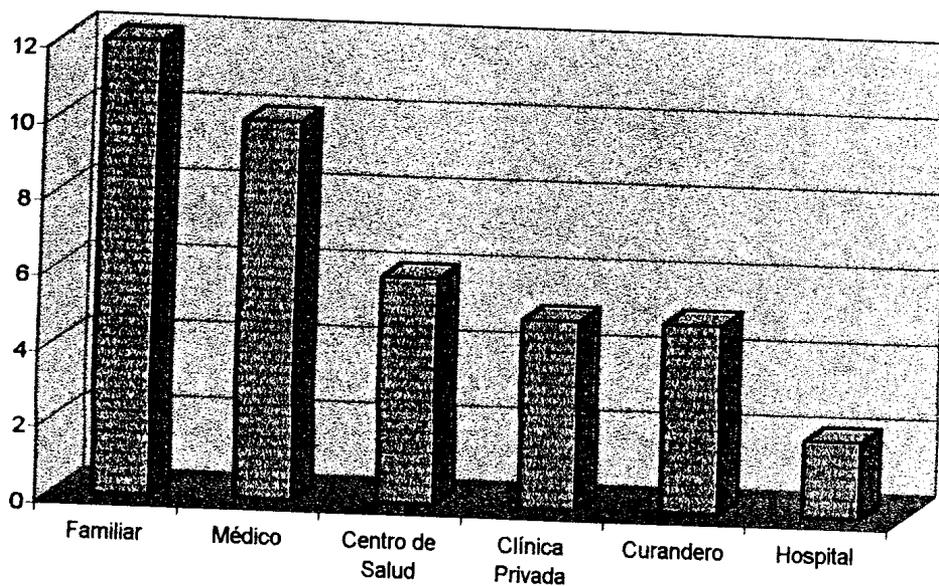
Tabla # 43

*Persona y lugar a donde acuden por enfermedad
las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998*

Persona/lugar	Frecuencia	%
Familiar	12	30.0%
Médico	10	25.0%
Centro de Salud	6	15.0%
Clínica Privada	5	12.5%
Curandero	5	12.5%
Hospital	2	5.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 43



Fuente: Tabla 43

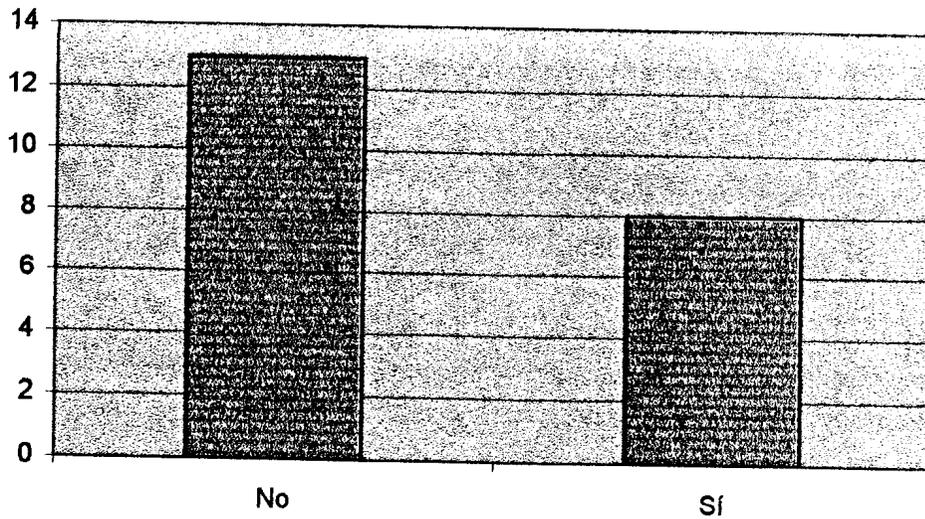
Tabla # 44

***Asistió a la unidad más cercana de salud las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú?
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998***

	Frecuencia	%
No	13	62.0%
Sí	8	38.0%
Total	21	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 44



Fuente: Tabla 44

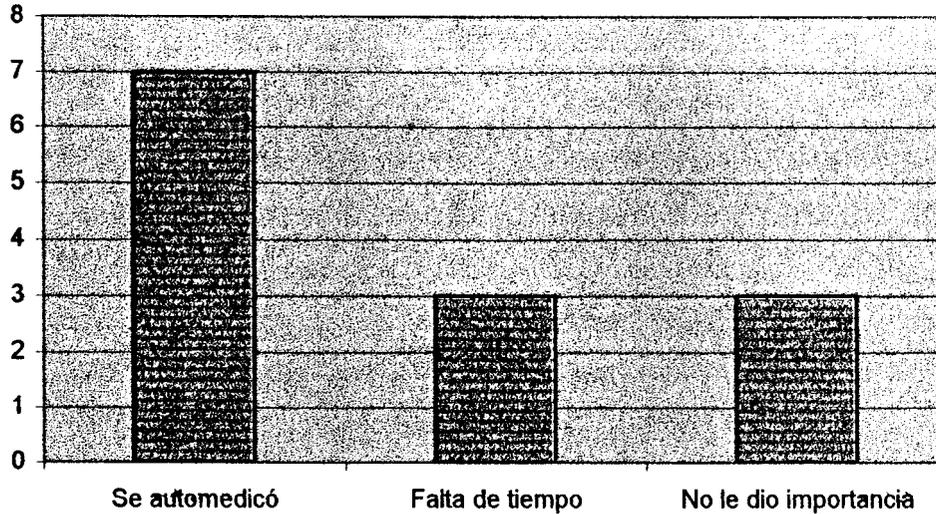
Tabla # 45

**Motivo por que no fue a la unidad de salud las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Motivo	Frecuencia	%
Se automedicó	7	54.0%
Falta de tiempo	3	23.0%
No le dio importancia	3	23.0%
Total	13	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 45



Fuente: Tabla 45

Tabla # 46

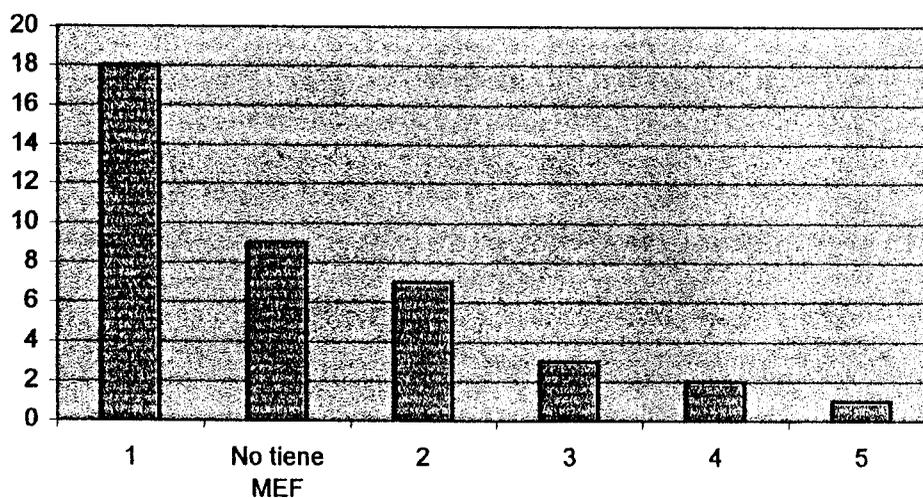
**Número de mujeres en edad fértil de las Fam. Creoles
de los Barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.**

**Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Número MEF/Familia	Frecuencia	%
1	18	45.0%
No tiene MEF	9	22.5%
2	7	17.5%
3	3	7.5%
4	2	5.0%
5	1	2.5%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 46



Fuente: Tabla 46

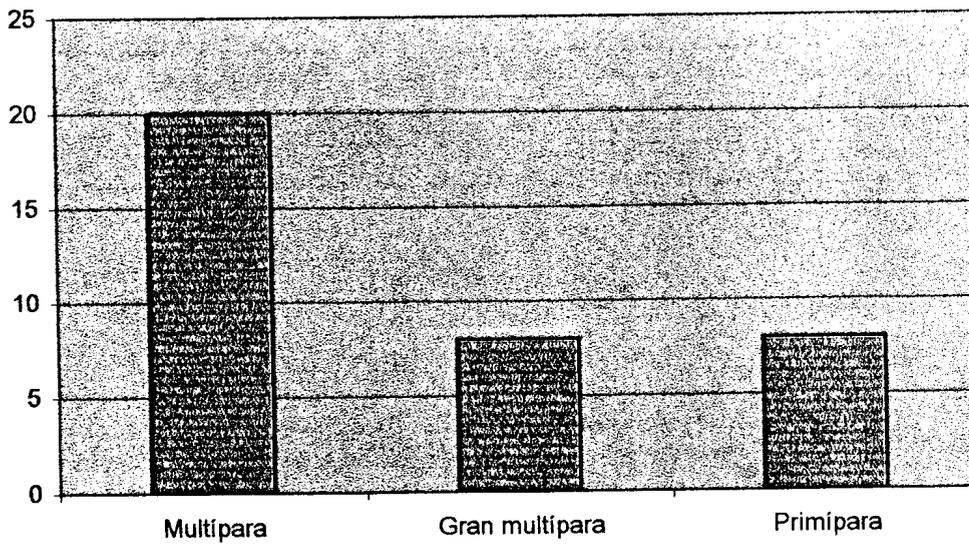
Tabla # 47

**Antecedentes obstétricos de las mujeres
de las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Gestas	Frecuencia	%
Multipara	20	56.0%
Gran multipara	8	22.0%
Primipara	8	22.0%
Total	36	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 47



Fuente: Tabla 47

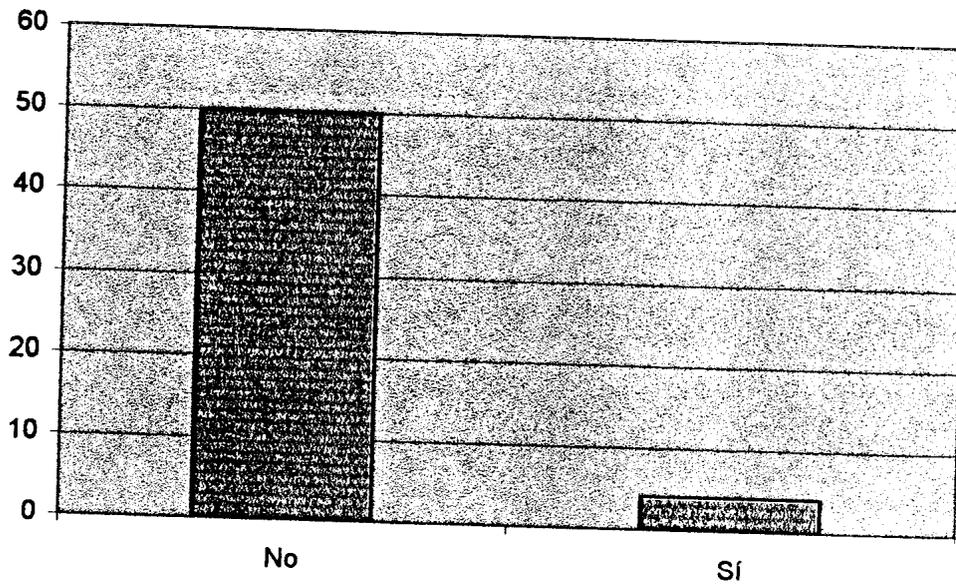
Tabla # 48

**Mujeres actualmente embarazadas en las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Mujer embarazada	Frecuencia	%
No	50	92.5%
Sí	4	7.4%
Total	54	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 48



Fuente: Tabla 48

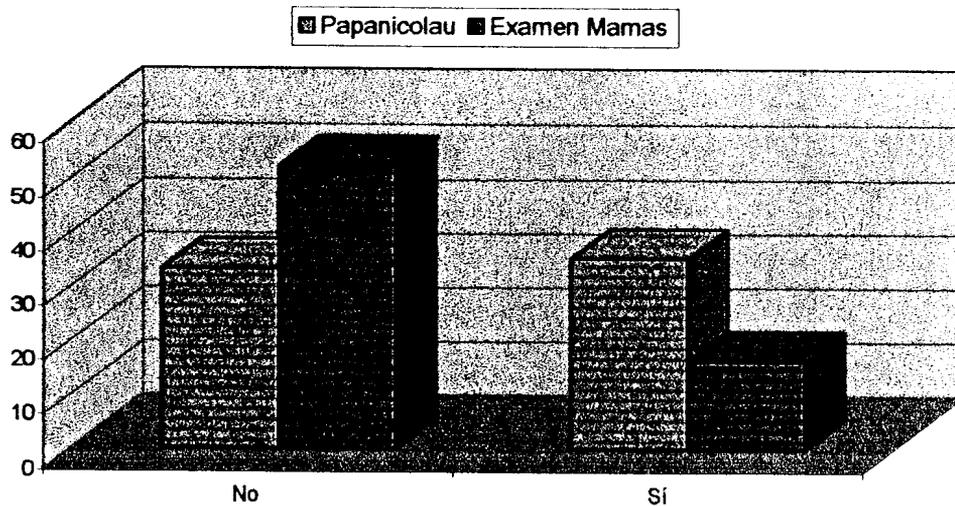
Tabla # 50

**Autocuidado de las mujeres adultas de las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Autocuidado	Papanicolau		Examen de Mamas	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Sí	35	51.0%	16	24%
No	33	49%	52	76%
Total	68	100%	68	100%

Fuente: Encuesta

Gráfico 50



Fuente: Tabla 50

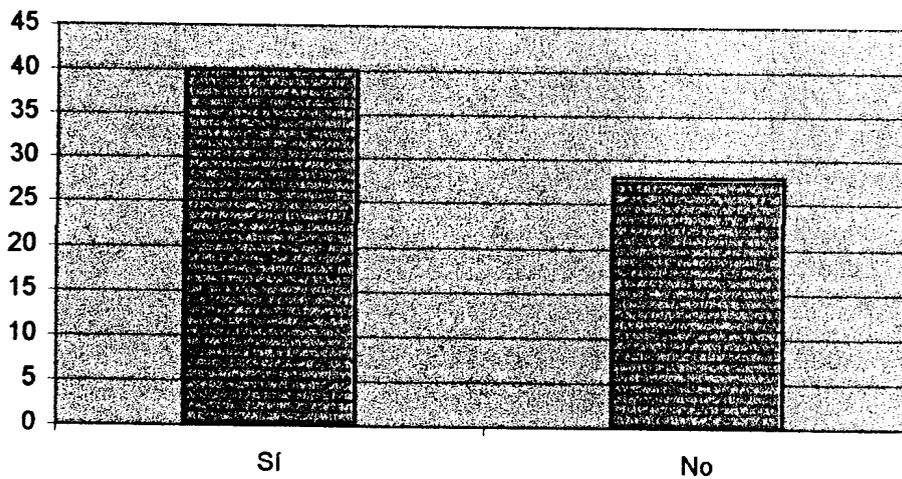
Tabla # 51

***Lactancia materna exclusiva en las mujeres adultas
de las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998***

Ha dado lactancia	Frecuencia	%
Sí	40	59.0%
No	28	41.0%
Total	68	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 51.



Fuente: Tabla 51

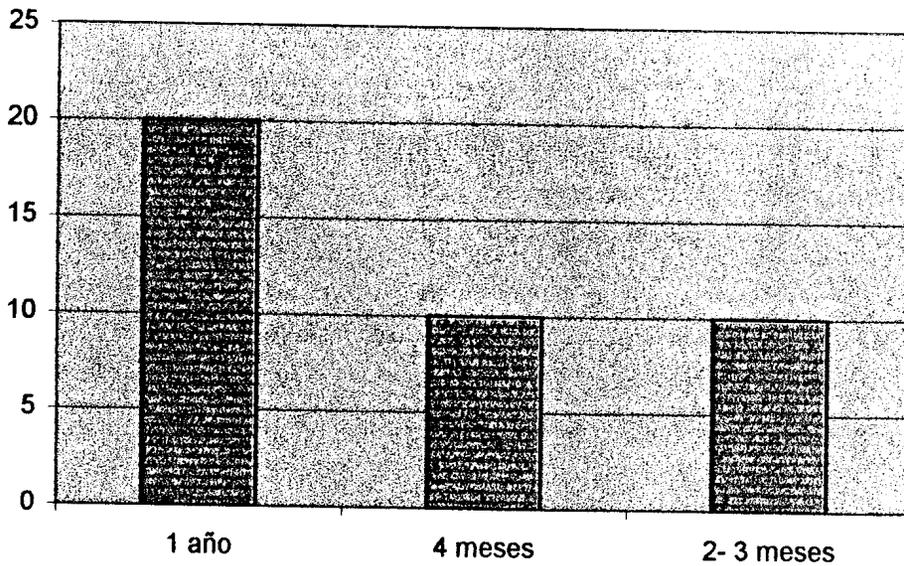
Tabla # 52

**Edad de destete del niño/a
de las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Edad	Frecuencia	%
1 año	20	50.0%
4 meses	10	25.0%
2- 3 meses	10	25.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 52



Fuente: Tabla 52

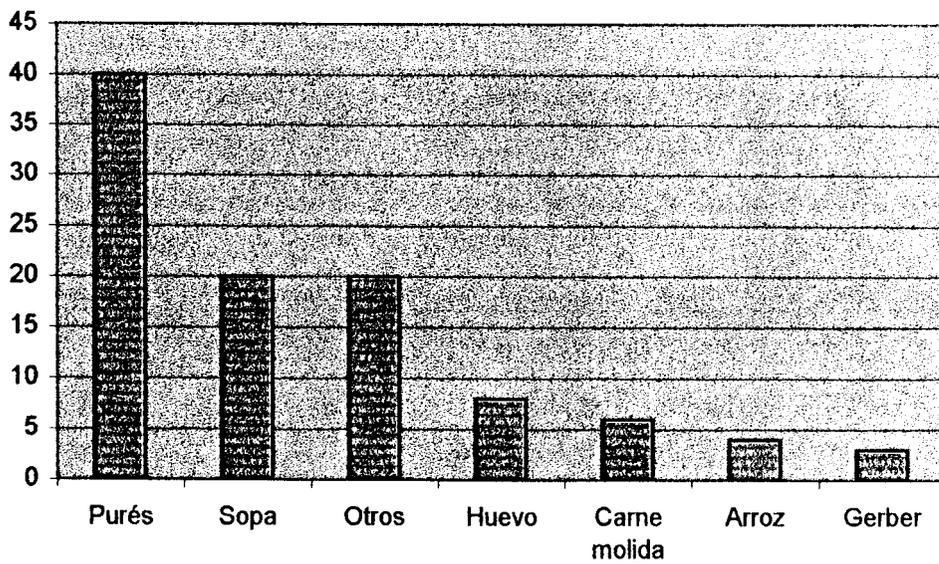
Tabla # 53

**Alimentación del niño/a de
las mujeres Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Alimento	Frecuencia	%
Purés	40	100.0%
Sopa	20	50.0%
Otros	20	50.0%
Huevo	8	20.0%
Carne molida	6	15.0%
Arroz	4	10.0%
Gerber	3	7.5%

Fuente: Encuesta

Gráfico 53



Fuente: Tabla 53

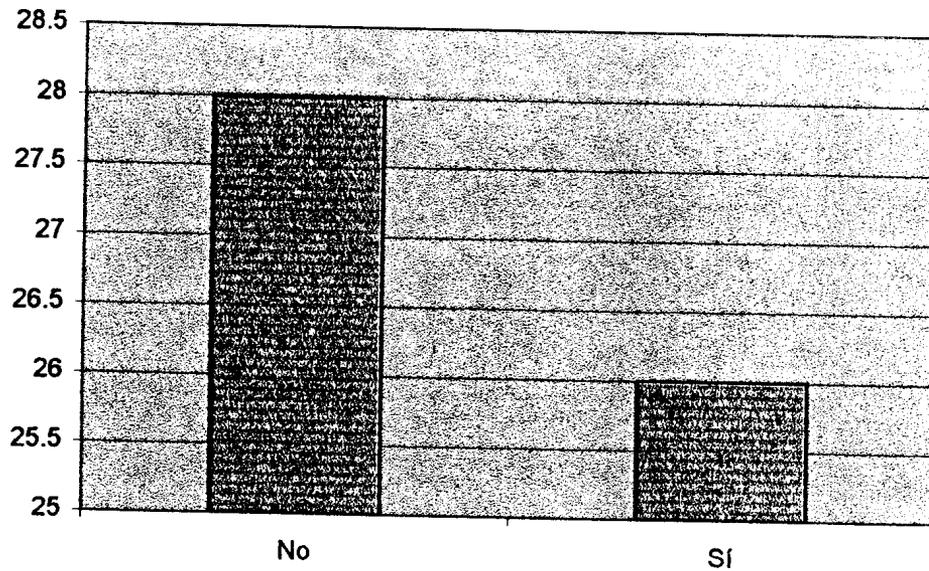
Tabla # 54

**Planificación familiar en las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Planifica	Frecuencia	%
No	28	52.0%
Sí	26	48.0%
Total	54	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 54



Fuente: Tabla 54

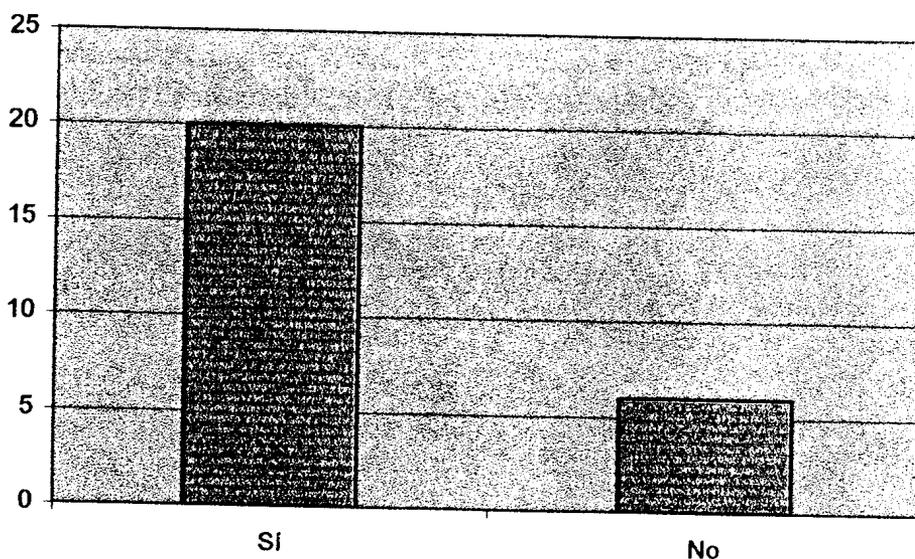
Tabla # 56

**Acuerdo del compañero que planifique en las
Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Está de acuerdo	Frecuencia	%
Sí	20	77.0%
No	6	23.0%
Total	26	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 56



Fuente: Tabla 56

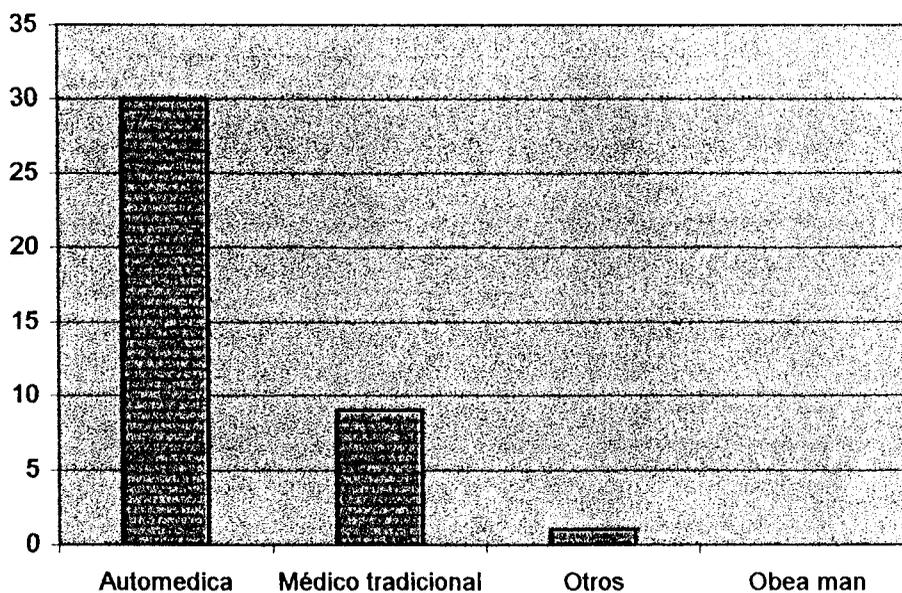
Tabla # 57

Alternativas de la Fam. Creole con respecto a los servicios de salud de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú. Bilwi, RAAN Enero-Marzo 1998

Alternativa	Frecuencia	%
Automedica	30	75.0%
Médico tradicional	9	22.5%
Otros	1	2.5%
Obea man	0	0.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 57



Fuente: Tabla 57

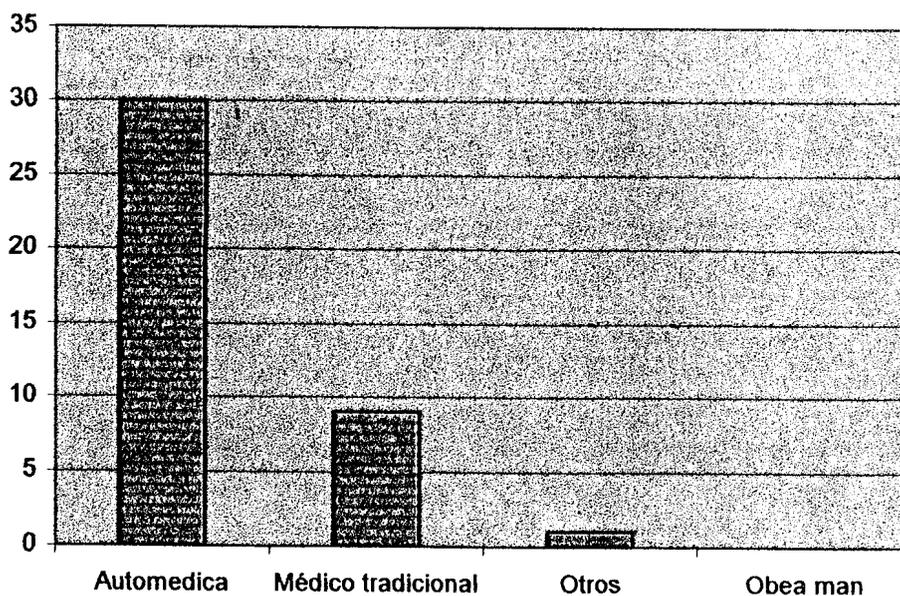
Tabla # 57

Alternativas de la Fam. Creole con respecto a los servicios de salud de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú. Bilwi, RAAN Enero-Marzo 1998

Alternativa	Frecuencia	%
Automedica	30	75.0%
Médico tradicional	9	22.5%
Otros	1	2.5%
Obea man	0	0.0%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 57



Fuente: Tabla 57

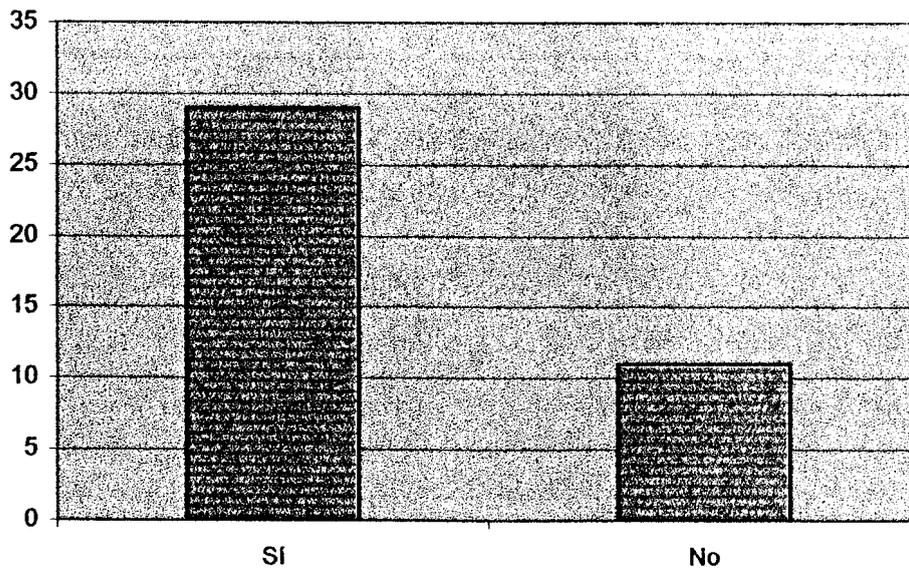
Tabla # 58

**Utilización de medicamentos caseros en las Fam. Creoles
de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Utilización med. Caseros	Frecuencia	%
Sí	29	72.5%
No	11	27.5%
Total	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 58



Fuente: Tabla 58

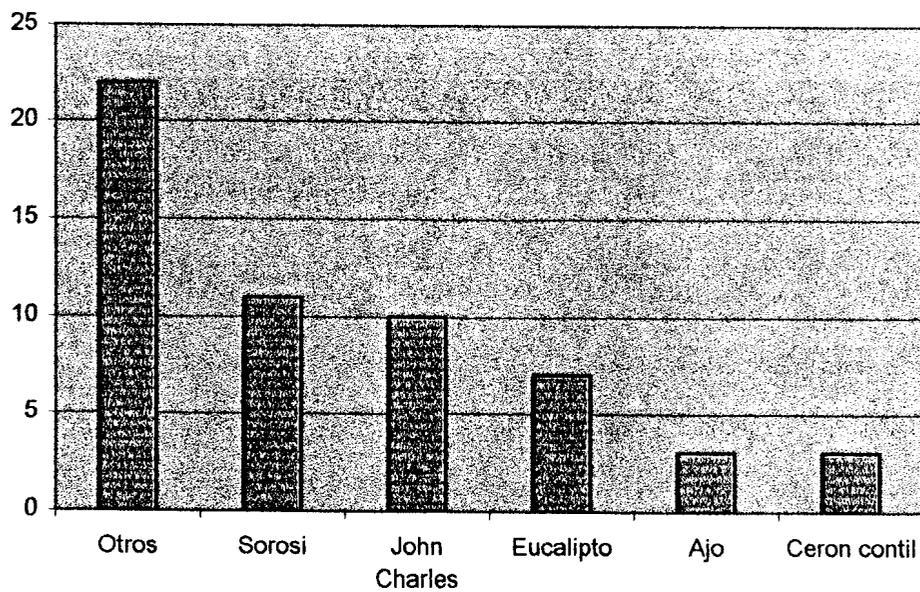
Tabla # 59

**Medicamentos caseros que utilizan
las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Medicamentos	Frecuencia	%
Otros	22	55.0%
Sorosi	11	27.5%
John Charles	10	25.0%
Eucalipto	7	17.5%
Ajo	3	7.5%
Ceron contil	3	7.5%

Fuente: Encuesta

Gráfico 59



Fuente: Tabla 59

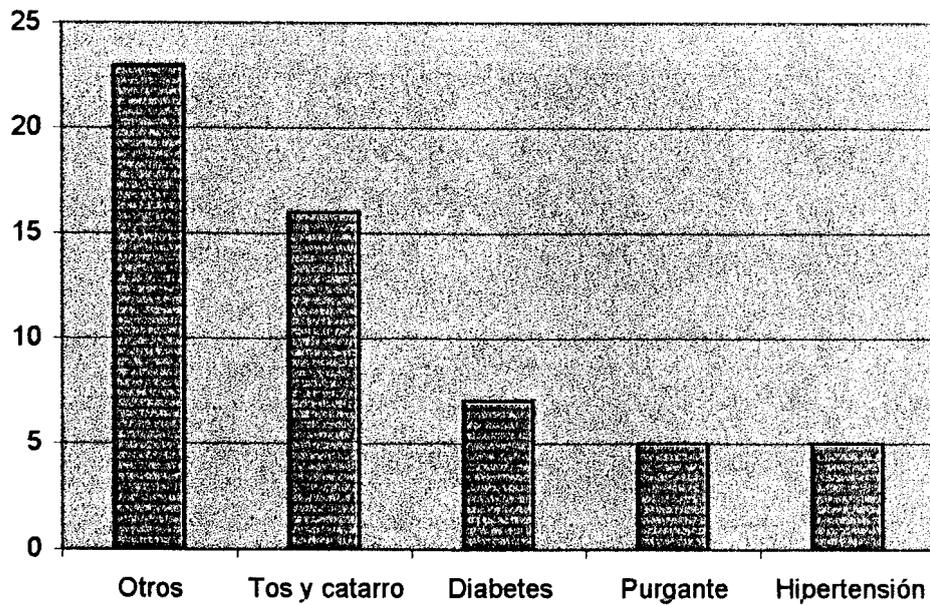
Tabla # 60

***Enfermedades para los que utilizan medicamentos caseros
las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú.
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998***

Enfermedad	Frecuencia	%
Otros	23	58.0%
Tos y catarro	16	40.0%
Diabetes	7	17.5%
Purgante	5	12.5%
Hipertensión	5	12.5%

Fuente: Encuesta

Gráfico 60



Fuente: Tabla 60

Uso de la medicina casera según el nivel educativo de los miembros de las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú Bilwi, RAAAN Enero-Marzo 1998

Uso de medicina casera	Nivel Educativo										Total
	Analfabeto	Prim. incom.	Prim. completa	Secund. Incom.	Secund. Comp.	Técnico	Universit.	Otros			
Sí	29	47	15	27	25	14	10	5	148		
No	11	5	6	9	5	0	4	2	33		
Total	40	52	21	36	30	14	14	7	181		

Fuente: Encuesta

Gráfico 61

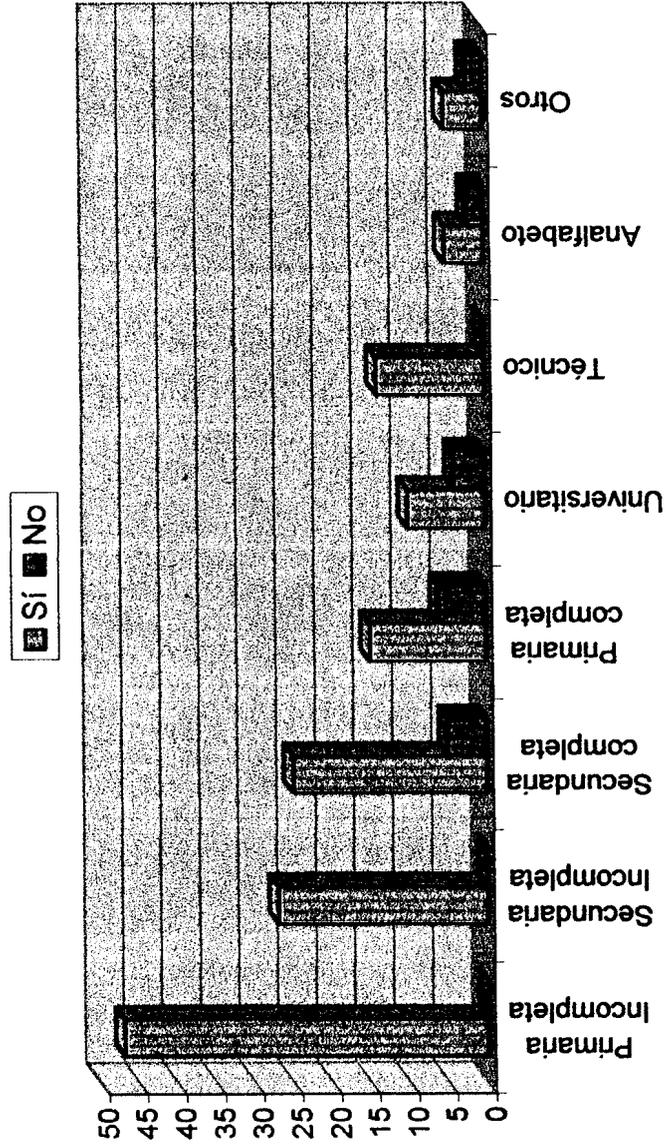


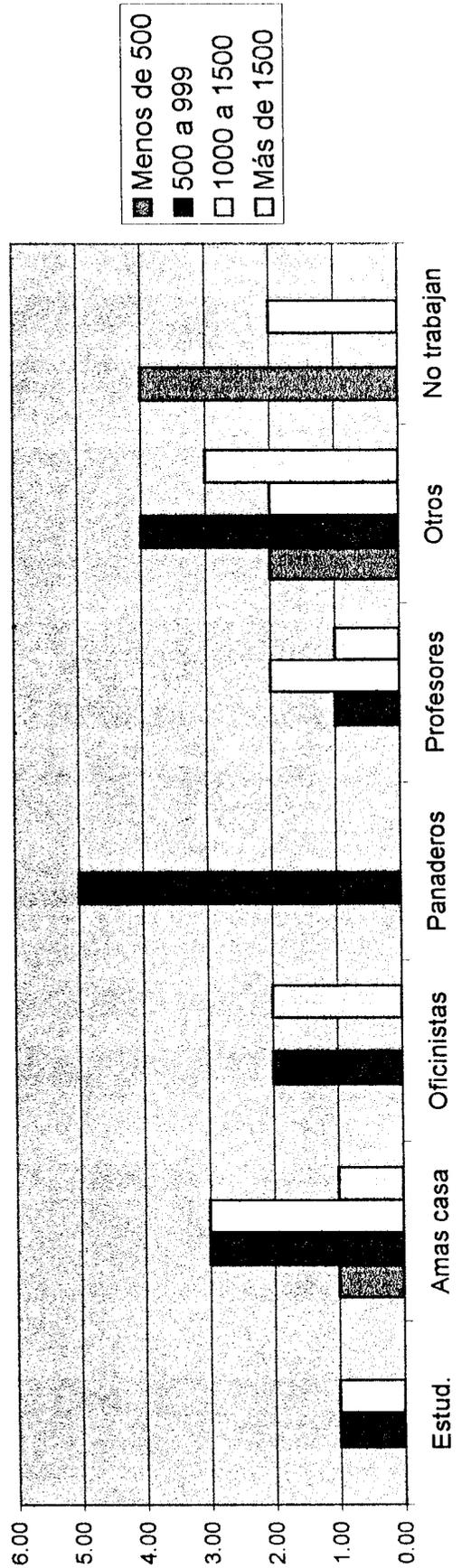
Tabla # 62

Nivel de ingreso según ocupación de los jefes
de las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998

Ocupación	INGRESO (C\$)					Total
	-500	500-999	1000-1500	Más de 1500		
Estudiantes		1	1			2
Amas de casa	1	3	3	1		8
Oficinistas		2		2		4
Panaderos		5				5
Profesores		1	2	1		4
Otros	2	4	2	3		11
No trabajan	4		2			6
Total	7	16	10	7		40

Fuente: Encuesta

GRÁFICO 62



Fuente: Tabla 62

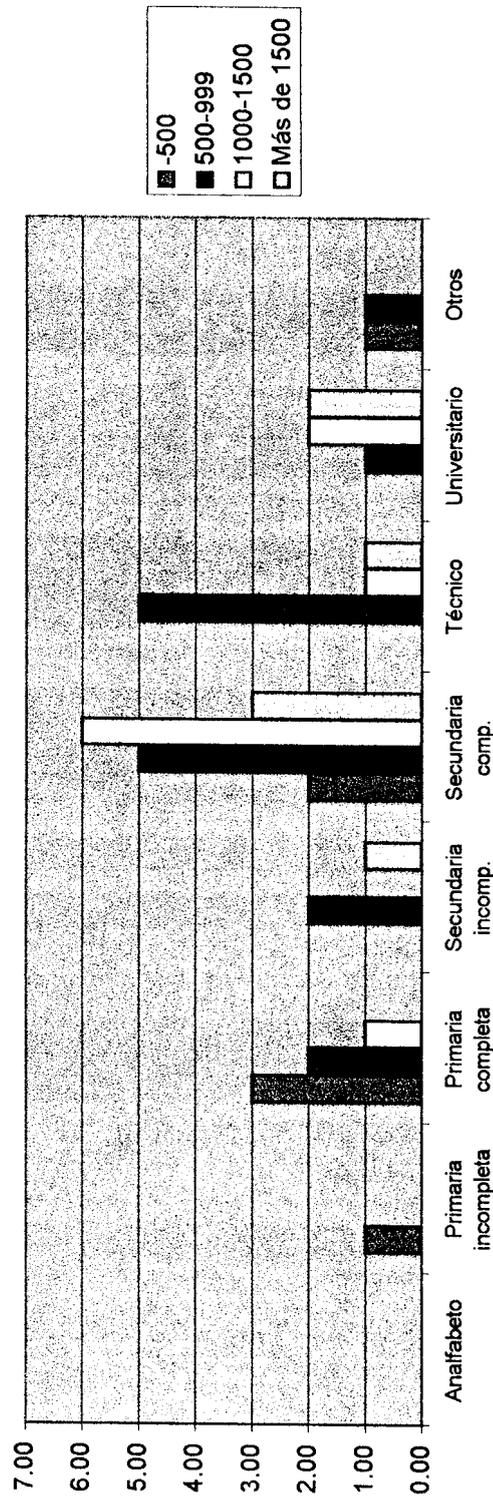
Tabla # 63

Escolaridad y nivel de ingresos de los Jefes
de las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998

	INGRESO (C\$)					Total
	-500	500-999	1000-1500	Mas de 1500		
Analfabeto	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Primaria incompleta	1.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00
Primaria completa	3.00	2.00	1.00	0.00	6.00	6.00
Secundaria incomp.		2.00	0.00	1.00	3.00	3.00
Secundaria comp.	2.00	5.00	6.00	3.00	16.00	16.00
Técnico	0.00	5.00	1.00	1.00	7.00	7.00
Universitario	0.00	1.00	2.00	2.00	5.00	5.00
Otros	1.00	1.00	0.00	0.00	2.00	2.00
Total	7	16	10	7	40	40

Fuente: Encuesta

GRÁFICO 63



Fuente: Tabla 63

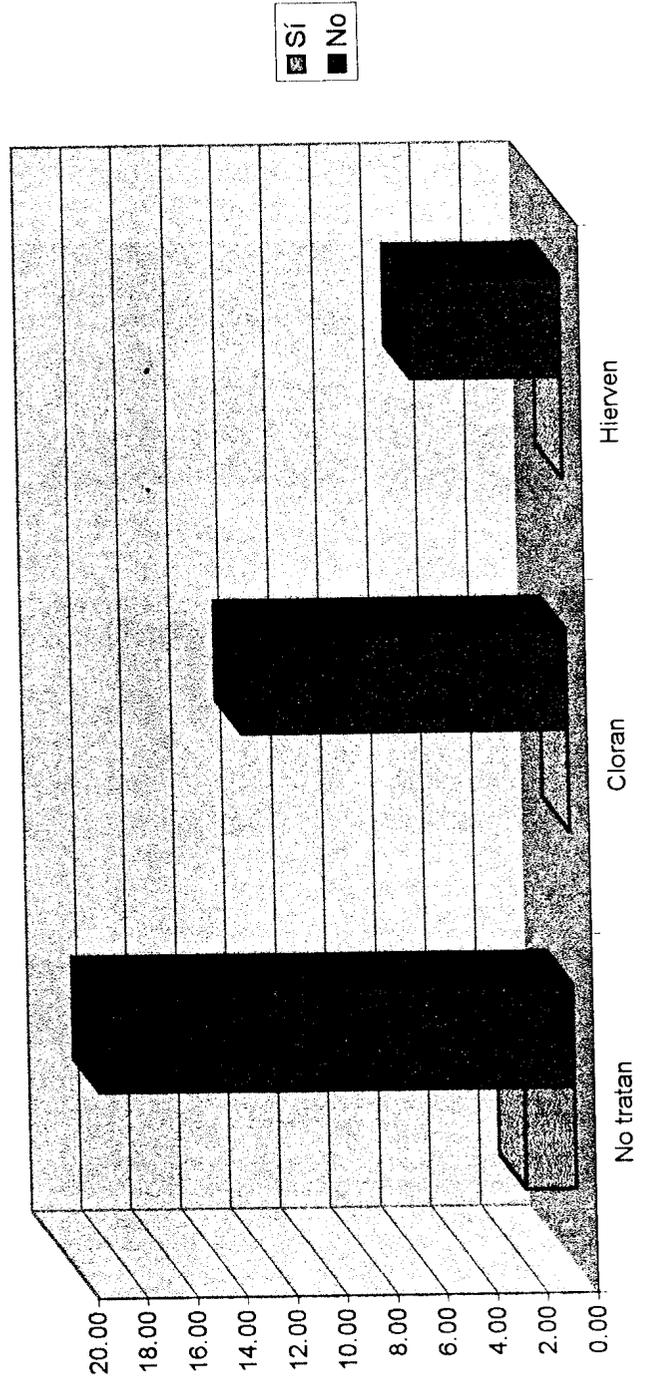
Tabla # 64

**Tratamiento y agua y morbilidad por EDA
de las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú
Bilwi, RAAN
Enero-Marzo 1998**

Tratamiento de agua	Frec.	Enfermaron con EDA		Total	%
		Sí	No		
Cloran	13		13	13	32.5%
Hieren	6		6	6	15.0%
No tratan	21	2	19	21	52.5%
Total	40	2	38	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 64



Fuente: Tabla No. 64

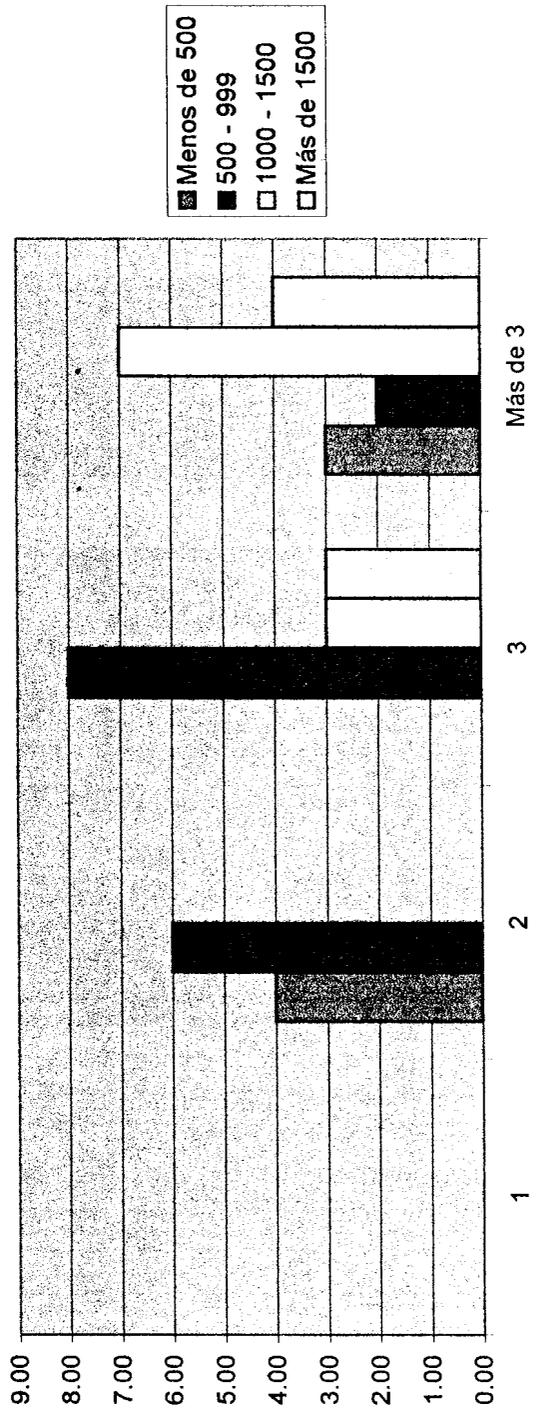
Tabla # 65

Número de cuartos de la vivienda según el nivel de ingreso de las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú Bilwi, RAAAN Enero-Marzo 1998

Nivel de Ingreso	No. de cuartos de la vivienda			Total %
	1	2	3	
Menos de 500		4	3	7.0%
500 - 999		6	8	16.0%
1000 - 1500			3	10.0%
Más de 1500			3	7.0%
Total		10	14	40.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 65



Fuente: Tabla 65

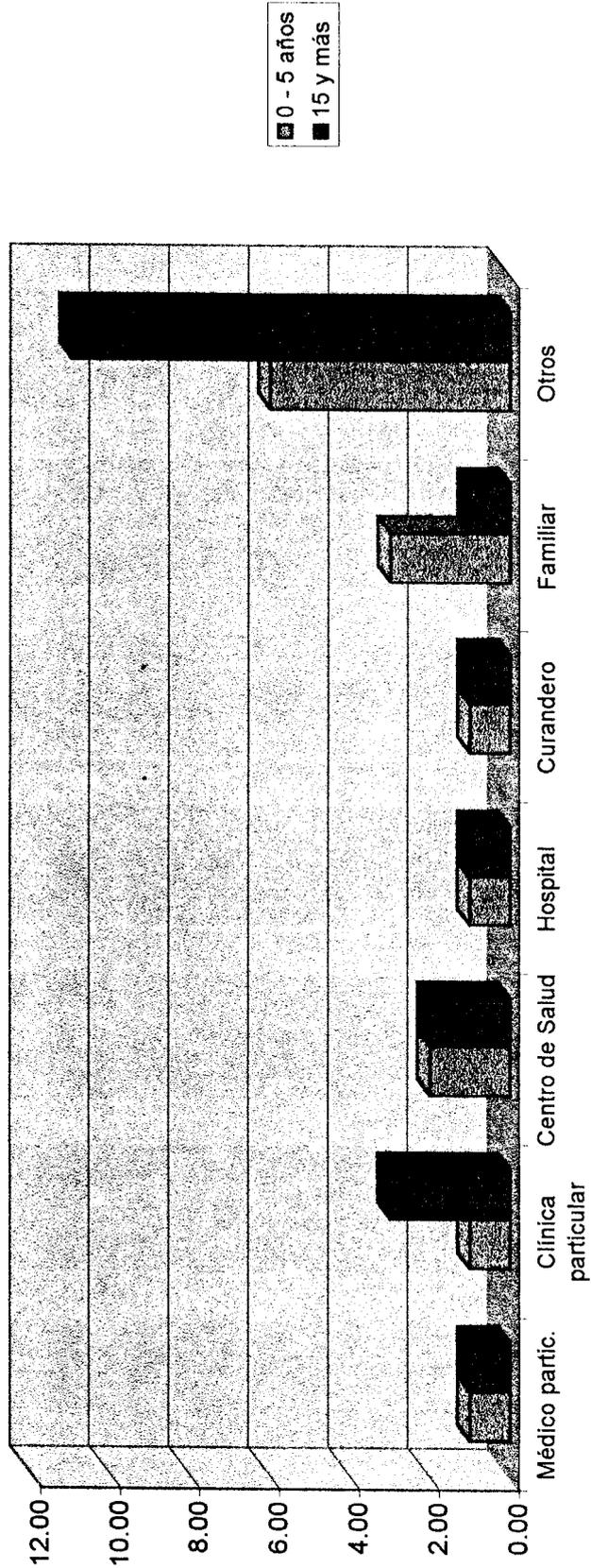
Tabla # 66

Tipo de servicio utilizado según grupo de edad del enfermo de las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú Bilwi, RAAN Enero-Marzo 1998

Grupo de edad del enfermo (años)	No. de cuartos de la vivienda							Total
	Médico partic.	Clinica particular	Centro de Salud	Hospital	Curandero	Familiar	Otros	
0 - 5 años	1	1	2	1	1	3	6	15
15 y más	1	3	2	1	1	1	11	20
Total	2	4	4	2	2	4	17	35

Fuente: Encuesta

Gráfico 66



Fuente: Tabla 66

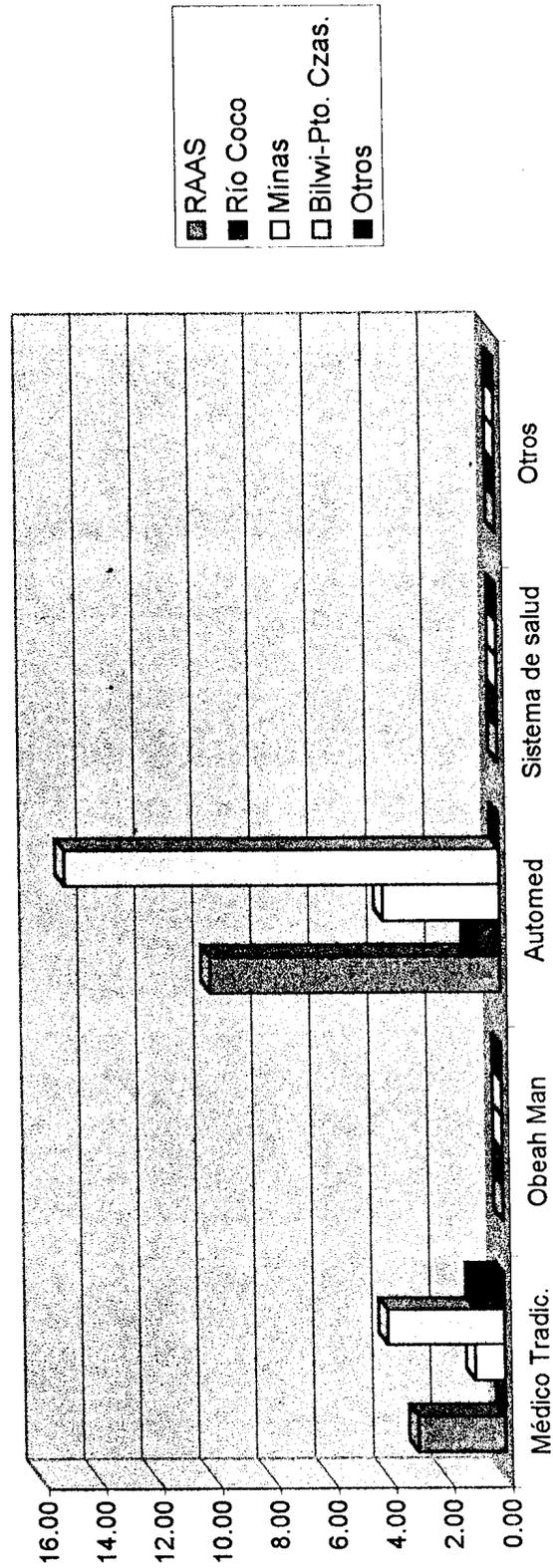
Tabla # 67

Tipo de servicio consultado según procedencia de las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrara y Arlen Siú Bilwi, RAAAN Enero-Marzo 1998

Procedencia	Tipo de servicio					Total	%
	Médico Tradic.	Obeah Man	Automedi c.	Sistema de salud	Otros		
RAAS	3	0	10			13	32.5%
Río Coco			1			1	2.5%
Minas	1		4			5	12.5%
Bilwi-Pto. Czas.	4		15		1	20	50.0%
Otros	1					1	2.5%
Total	9		30		1	40	100.0%

Fuente: Encuesta

Gráfico 67



Fuente: Tabla 67

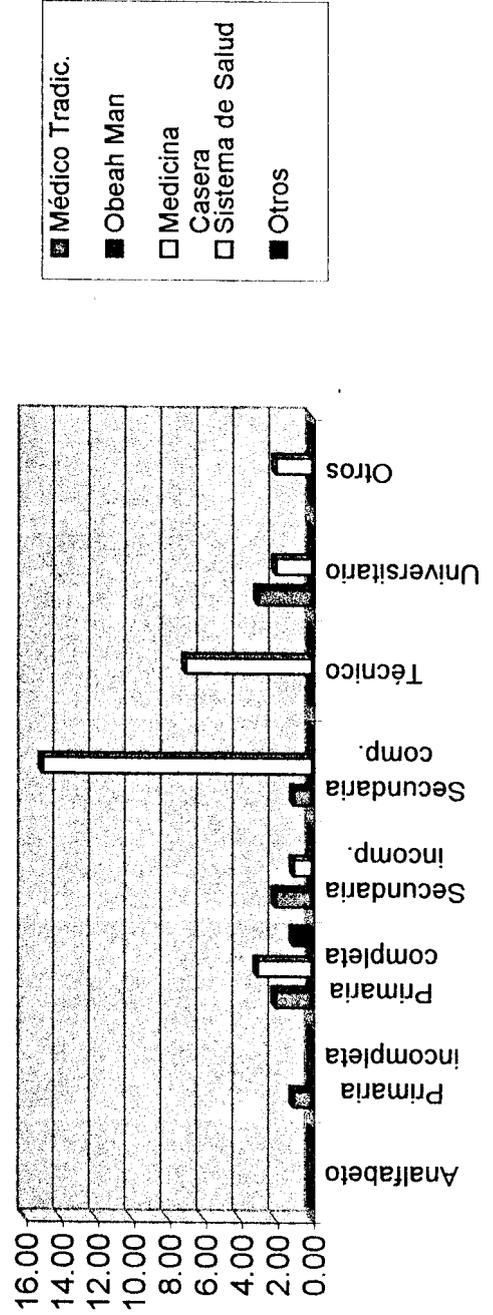
Tabla # 68

Tipo de servicios de salud utilizados según escolaridad de los jefes de las Fam. Creoles de los barrios Peter Ferrera y Arlen Siú Bilwi, RAAN Enero-Marzo 1998

Escolaridad en adultos	TIPO DE SERVICIO					Total
	Médico Tradic.	Obeah Man	Medicina Casera	Sistema de Salud	Otros	
Analfabeto						
Primaria incompleta	1					1
Primaria completa	2		3		1	6
Secundaria incomp.	2		1			3
Secundaria comp.	1		15			16
Técnico			7			7
Universitario	3		2			5
Otros			2			2
Total	9		30		1	40

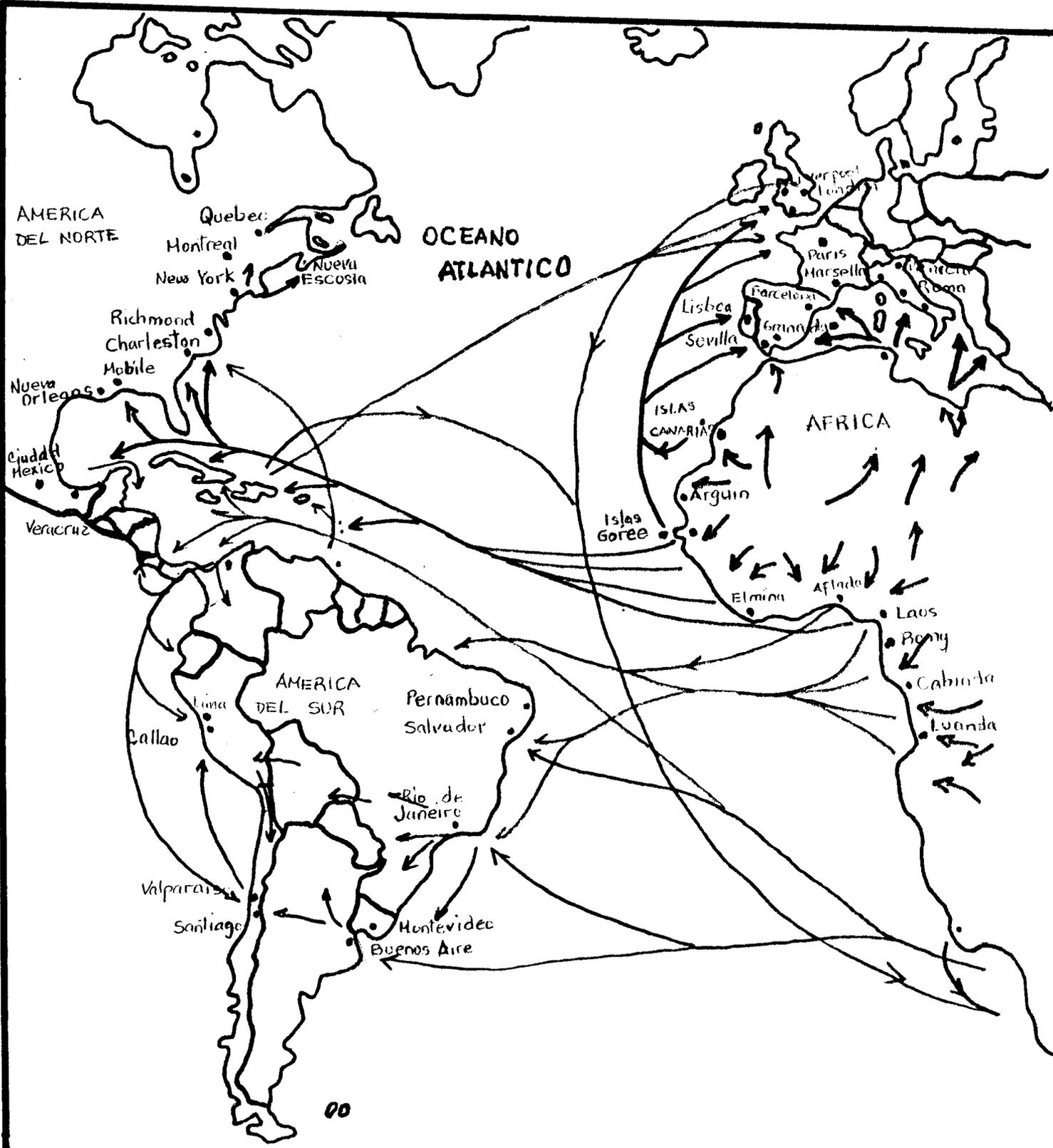
Fuente: Encuesta

Gráfico 68



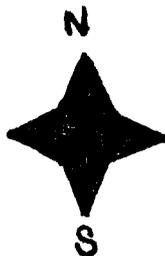
Fuente: Tabla 68

MAPAS



CLAVE

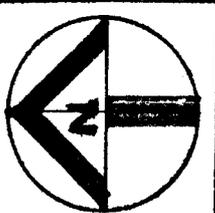
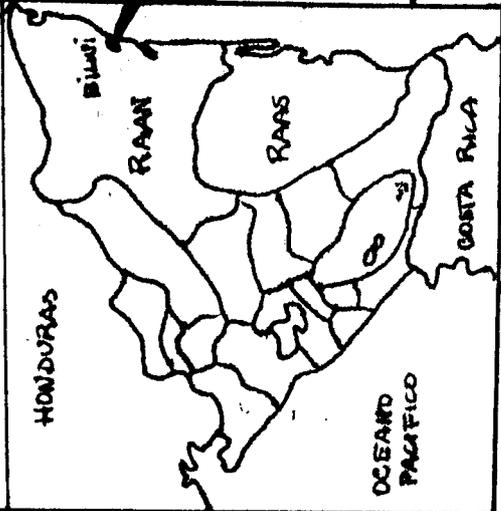
- ➔ Arabes y Europeos
- ➡ Arabes
- ➞ A lo interno del Africa.
- ➠ Europeos
- Puntos de transito/selección de destino de esclavos



LA DISPERSION DE ESCLAVOS DEL AFRICA

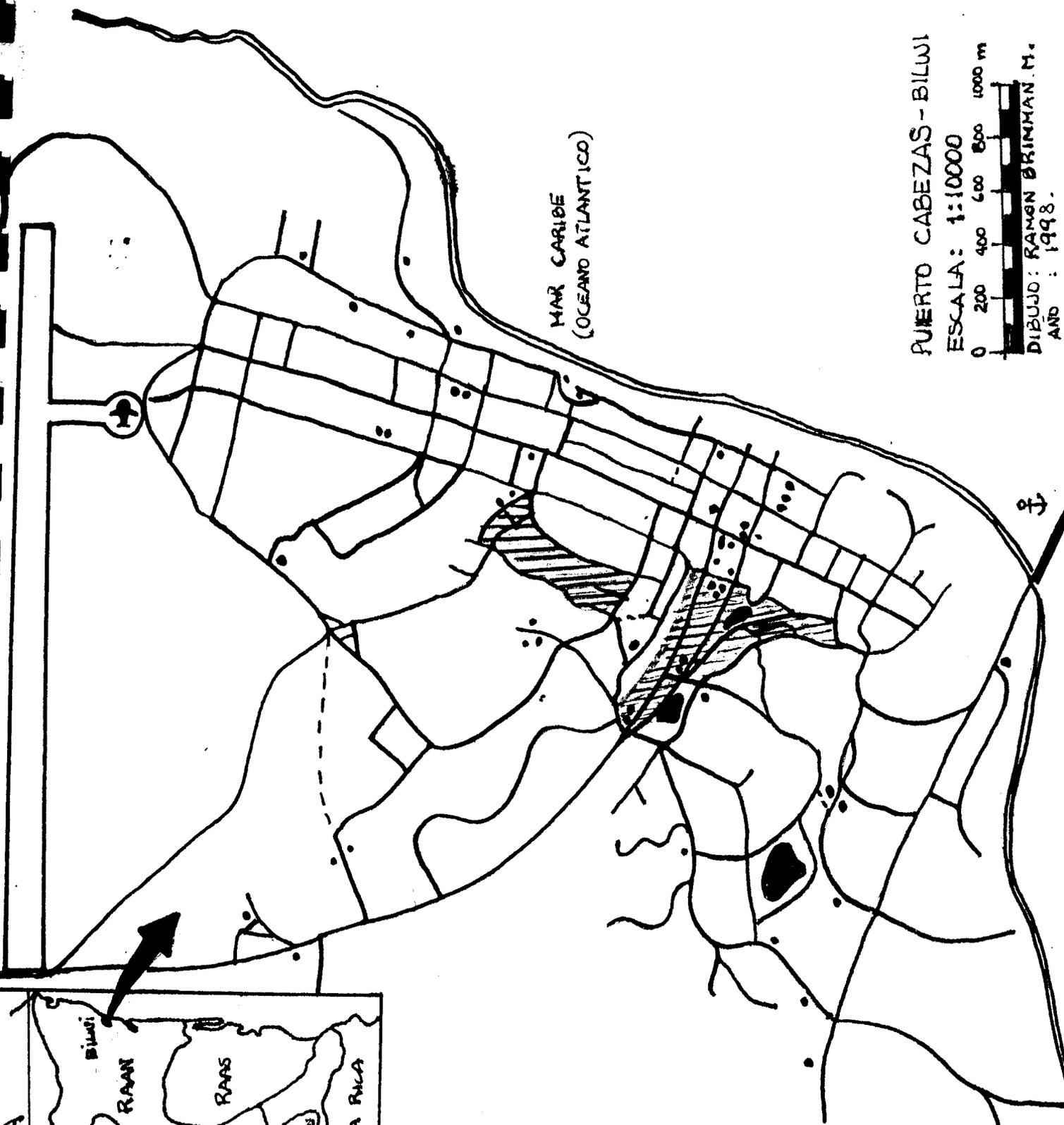
Basado sobre Joseph E. Harris 1989

NICARAGUA



CLAVE

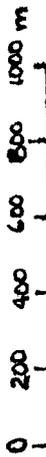
- Calles
- Laguna
- Muelle
- Pista aerea
- Aeropuerto
- Puerto
- Area estudio
- Iglesias
- Colegio, Escuela
- Recreación



MAR CARIBE
(OCEANO ATLANTICO)

PUERTO CABEZAS - BILWI

ESCALA: 1:10000

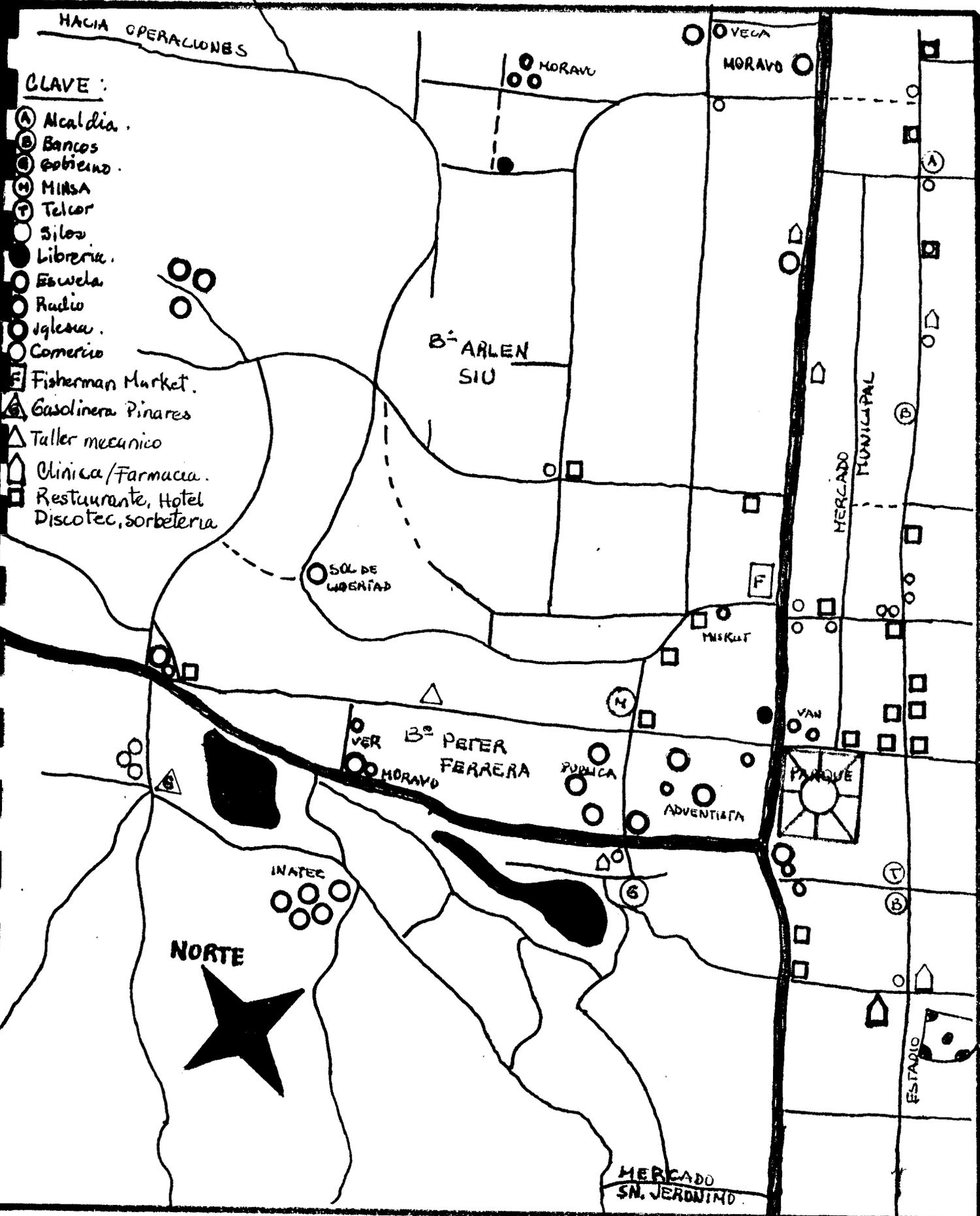


DIBUJO: RAMON BRIMMAN, M.
AÑO: 1998.

HACIA OPERACIONES

CLAVE :

- (A) Alcaldia.
- (B) Bancos
- (C) Gobierno.
- (M) MISA
- (T) Telcel
- (O) Silos
- (●) Libreria.
- (○) Escuela
- (○) Radio
- (○) Iglesia.
- (○) Comercio
- (F) Fisherman Market.
- (△) Gasolinera Pinares
- (△) Taller mecanico
- (⌂) Clinica/Farmacia.
- (□) Restaurante, Hotel
- (□) Discotec, sorbeteria



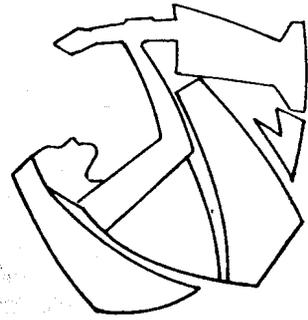
DIBUJOS : RAMON BRIMMAN H.
 AÑO : JULIO 1998.
 FUENTE : REVISION TOPOGRAFICA
 (IN SITU)

B-ARLEN SIU, PETER FERRERA
 CIUDAD PUERTO CABEZAS, RAAN
 ESCALA : 1 : 2,500

MARCO JURÍDICO

**ESTATUTO DE AUTONOMIA
DE LAS DOS REGIONES DE
LA COSTA ATLANTICA DE
NICARAGUA**

LEY NO. 28



**OFICINA DE DESARROLLO
DE LA AUTONOMIA DE LA COSTA
ATLANTICA DE NICARAGUA**

Prefacio

La elaboración de traducciones de la Ley de Autonomía fue una iniciativa del Consejo Supremo Electoral dentro de su educación cívica para las elecciones regionales de 1994. No se pudo concluir el proyecto por falta de recursos económicos. Agradecemos las traducciones hechas por Avelino Cox Molina, Miguel Urbina Moncada, Camilo Frank López y Nicolás Cooke. Las traducciones e impresiones han sido financiadas por la **Autoridad Sueca de Desarrollo Internacional (ASDI)**.

**Oficina de Desarrollo de la Autonomía
de la Costa Atlántica de Nicaragua.**

Mayo de 1997

ESTATUTO DE AUTONOMIA DE LAS DOS
REGIONES DE LA COSTA ATLANTICA DE
NICARAGUA

Ley No. 28

El Presidente de la República hace saber al pueblo nicaragüense que: LA ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPUBLICA DE NICARAGUA.

CONSIDERANDO:

I

Que en América Latina y otras regiones del mundo, las poblaciones indígenas sometidas a un proceso de empobrecimiento, segregación, marginalidad, asimilación, opresión, explotación y exterminio exigen una transformación profunda del orden político, económico y cultural, para el logro efectivo de sus demandas y aspiraciones.

II

Que la Región Atlántica nicaragüense constituye aproximadamente el 50% del territorio patrio, y con cerca de trescientos mil habitantes representa el 9.5% de la población nacional, distribuida en: ciento ochenta y dos mil Mestizos de habla hispana; setenticinco mil Miskitos con su propia lengua; veintiseis mil Creoles de habla inglesa; nueve mil Sumus con su propia lengua; mil setecientos cincuenta Garífunas, la mayoría de los cuales han perdido su lengua, y ochocientos cincuenta Ramas de los cuales sólo treinta y cinco conservan su lengua.

III

Que la identidad multiétnica del pueblo nicaragüense está firmemente inspirada en las hazañas de héroes indo-americanos como Diriangén, Cuauhtemoc, Caupolicán y Túpac Armaru que nunca claudicaron, y en la gesta de Augustus C. Sandino quien sembró de esperanzas y determinación a los indígenas del Río Coco con sus cooperativas agrícolas y mineras, y quien orgullosamente al mundo proclamó:

"Soy nicaragüense y me siento orgulloso porque en mis venas circula, más que todo, la sangre india, que por atavismo encierra el misterio de ser patriota, leal y sincero."

IV

Que la lucha revolucionaria del pueblo nicaragüense por construir una nación nueva, multiétnica, pluricultural y multilingüe, basada en la democracia, el pluralismo, el antiimperialismo y la eliminación de la explotación social y la opresión en todas sus formas, demanda la institucionalización del proceso de Autonomía de las Comunidades de la Costa Atlántica de Nicaragua en tanto se reconocen los derechos políticos, económicos, sociales y culturales de sus habitantes; garantiza la igualdad en la diversidad; fortalece la unidad nacional y la integridad territorial de la nación; profunde los principios democráticos de la Revolución y trastoca en sus aspectos más profundos la esencia misma de la sociedad dependiente y explotadora que nos heredó el pasado.

V

Que el proceso de Autonomía enriquece la cultura nacional, reconoce y fortalece la identidad étnica;

respete las especificidades de las culturas de las Comunidades de la Costa Atlántica; rescata la historia de las mismas; reconoce el derecho de propiedad sobre las tierras comunales; repudia cualquier tipo de discriminación; reconoce la libertad religiosa y, sin profundizar diferencias; reconoce identidades diferenciadas para construir desde ellas la unidad nacional.

VI

Que la experiencia acumulada a través del proceso de Autonomía está demostrado que solo en la medida en que se mantenga indisoluble la lucha por las reivindicaciones específicas de las comunidades étnicas con la de los trabajadores y demás sectores explotados y oprimidos de las naciones podrá alcanzar una solución genuina.

VII

Que la autonomía hace posible el ejercicio efectivo del derecho de las comunidades de la Costa Atlántica a participar en el diseño de las modalidades de aprovechamiento de los recursos naturales de la región y de la forma en que los beneficios de la misma serán reinvertidos en la Costa Atlántica y la nación, creándose la base material que garantice la sobrevivencia y desarrollo de sus expresiones culturales.

VIII

Que el nuevo orden constitucional de Nicaragua establece que el pueblo nicaragüense es de naturaleza multiétnica; reconoce los derechos de las Comunidades de la Costa Atlántica a preservar sus lenguas, religiones, arte y cultura; al goce, uso y disfrute de

las aguas, bosques y tierras comunales; a la creación de programas especiales que coadyuven a su desarrollo y garantiza el derecho de estas Comunidades a organizarse y vivir bajo las formas que corresponden a sus legítimas tradiciones (Artos. 8, 11, 49, 89, 90, 91, 121, 180 y 181 Cn.).

Por tanto en uso de sus facultades: Ha Dictado el siguiente:

ESTATUTO DE AUTONOMIA DE LAS REGIONES DE LA COSTA ATLANTICA DE NICARAGUA

Título I PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

Capítulo I DE LAS REGIONES AUTONOMAS

Arto. 1. El presente Estatuto establece el Régimen de Autonomía de las Regiones en donde habitan las comunidades de la Costa Atlántica de Nicaragua y reconoce los derechos y deberes propios que corresponden a sus habitantes, de conformidad con la Constitución Política.

Arto. 2. Las comunidades de la Costa Atlántica forman parte indisoluble del Estado unitario e indivisible de Nicaragua y sus habitantes gozan de todos los Derechos y Deberes que les corresponden como nicaragüenses, de acuerdo con la Constitución Política.

Arto. 3. Es principio de la Revolución, de la Autonomía, promover y preservar la unidad, la fraternidad y

la solidaridad entre los habitantes de las Comunidades de la Costa Atlántica y de toda la nación.

Arto. 4. Las Regiones en donde habitan las Comunidades de la Costa Atlántica gozan, dentro de la unidad del Estado Nicaragüense, de un Régimen de Autonomía que les garantiza el ejercicio efectivo de sus derechos históricos y demás, consignados en la Constitución Política.

Arto. 5. El español, idioma oficial del Estado, y las lenguas de las comunidades de la Costa Atlántica serán de uso oficial en las Regiones Autónomas.

Capítulo II REGIMEN POLITICO ADMINISTRATIVO DE LAS REGIONES AUTONOMAS Y SU DIVISION TERRITORIAL INTERNA

Arto. 6. Para el pleno ejercicio del derecho de Autonomía de las Comunidades de la Costa Atlántica, se establecen dos Regiones Autónomas en lo que comprende el Departamento de Zelaya:

1. "La Región Autónoma Atlántico Norte" tiene su jurisdicción sobre el territorio de la Zona Especial I, y las Islas y Cayos adyacentes. Su sede administrativa es la ciudad de Puerto Cabezas".

2. "La Región Autónoma Atlántico Sur" tiene su jurisdicción sobre el territorio de la Zona Especial II, y las Islas y Cayos adyacentes. Su sede administrativa es la ciudad de Bluefields." En circunstancias extraordinarias las administraciones regionales podrán funcionar en otras partes de sus respectivos territorios.

Arto. 7. El territorio de cada Región Autónoma se dividirá para su administración en municipios, que deberán ser establecidos, hasta donde sea posible, conforme a sus tradiciones comunales y se regirán por la ley de la materia. La subdivisión administrativa de los municipios será establecida y organizada por los Consejos Regionales correspondientes, conforme a sus tradiciones.

Arto. 8. Las Regiones Autónomas establecidas por el presente Estatuto son Personas Jurídicas de Derecho Público que siguen en lo que corresponde, las políticas, planes y orientaciones nacionales. Tienen a través de sus órganos administrativos las siguientes atribuciones generales:

1.- Participar efectivamente en la elaboración y ejecución de los planes y programas de desarrollo nacional en su región, a fin de armonizarlos con los intereses de las Comunidades de la Costa Atlántica.

2.- Administrar los programas de salud, educación, cultura, abastecimiento, transporte, servicios comunales, etc., en coordinación con los Ministerios de Estado correspondientes.

3.- Impulsar los proyectos económicos, sociales y culturales propios.

4.- Promover el racional uso, goce y disfrute de las aguas, bosques, tierras comunales y la defensa de su sistema ecológico.

5.- Promover el estudio, fomento, desarrollo, preservación y difusión de las culturas tradicionales de las Comunidades de la Costa Atlántica, así como su patrimonio histórico, artístico, lingüístico y cultural.

6.- Promover la cultura nacional en las Comunidades de la Costa Atlántica.

7.- Fomentar el intercambio tradicional con las naciones y pueblos del Caribe, de conformidad con las leyes nacionales y procedimientos que rigen la materia.

8.- Promover la articulación del mercado intraregional e inter-regional, contribuyendo de esta manera a la consolidación del mercado nacional.

9.- Establecer impuestos regionales conforme las leyes que rigen la materia.

Arto. 9. En la explotación racional de los recursos mineros, forestales, pesqueros y otros recursos naturales de las Regiones Autónomas, se reconocerán los derechos de propiedad sobre las tierras comunales, y deberá beneficiar en justa proporción a sus habitantes mediante acuerdos entre el Gobierno Regional y el Gobierno Central.

Capítulo III

DE LOS DERECHOS, DEBERES Y GARANTIAS DE LOS HABITANTES DE LAS COMUNIDADES DE LAS REGIONES AUTONOMAS

Arto. 10. Todos los nicaragüenses gozan en el territorio de las Regiones Autónomas de los derechos, deberes y garantías que les corresponden de acuerdo con la Constitución Política y el presente Estatuto.

Arto. 11. Los habitantes de las Comunidades de la Costa Atlántica tienen derecho a:

1. La absoluta igualdad de derechos y deberes entre sí, independientemente de su número poblacional y nivel de desarrollo.

- 2.- Preservar y desarrollar sus lenguas, religiones y culturas.
- 3.- Usar, gozar y disfrutar de las aguas, bosques y tierras comunales dentro de los planes de desarrollo nacional.
- 4.- Desarrollar libremente sus organizaciones sociales y productivas conforme a sus propios valores.
- 5.- La educación en su lengua materna y en español, mediante programas que recojan su patrimonio histórico, su sistema de valores, las tradiciones y características de su medio ambiente, todo de acuerdo con el sistema educativo nacional.
- 6.- Formas comunales, colectivas o individuales de propiedad y la transmisión de la misma.
- 7.- Elegir y ser elegidos autoridades propias de las Regiones Autónomas.
- 8.- Rescatar en forma científica y en coordinación con el sistema nacional de salud, los conocimientos de medicina natural acumulados a lo largo de su historia.

Arto. 12. Los miembros de las Comunidades de la Costa Atlántica tienen el derecho de definir y decidir su propia identidad étnica.

Arto. 13. La defensa de la vida, la patria, la justicia y la paz para el desarrollo integral de la nación, es deber primordial de los habitantes de las comunidades de la Costa Atlántica.

Arto. 14. En Nicaragua, la defensa de la nación descansa en la fuerza organizada de todo el pueblo. En las Regiones Autónomas, la defensa será dirigida por el

Ejército Popular Sandinista y los cuerpos de seguridad y orden interior del Estado. Los habitantes de estas Comunidades tienen prioridad en la defensa de la soberanía en estas regiones.

Título II DE LA ADMINISTRACION REGIONAL

Capítulo I DE LOS ORGANOS DE ADMINISTRACION REGIONAL

Arto. 15. En cada una de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica funcionarán, sujetos a la Constitución Política de Nicaragua y a este Estatuto, los siguientes órganos de administración:

- 1.- Consejo Regional.
- 2.- Coordinador Regional.
- 3.- Autoridades Municipales y Comunales.
- 4.- Otros correspondientes a la subdivisión administrativa de los municipios.

Arto. 16. El Consejo Regional y el Coordinador Regional serán, en sus respectivas esferas, las autoridades superiores de la Región Autónoma correspondiente.

Arto. 17. La administración municipal se regirá por el presente Estatuto y la ley de la materia. Las otras autoridades se regirán por las resoluciones que al efecto dicte el Consejo Regional correspondiente.

Arto. 18. La Administración de Justicia en las Regiones Autónomas se regirán por regulaciones especiales que reflejarán las particularidades culturales propias de las Comunidades de la Costa Atlántica, de conformidad con la Constitución Política de Nicaragua.

Capítulo II DEL CONSEJO REGIONAL

Arto. 19. Cada Consejo Regional estará compuesto por cuarenta y cinco Miembros elegidos por voto universal, igual, directo, libre y secreto, debiendo estar representadas todas las comunidades étnicas de la Región Autónoma respectiva, de acuerdo con el sistema que determine la Ley Electoral.

Arto. 20. Serán también Miembros del Consejo Regional, con voz y voto, los Representantes ante la Asamblea Nacional de su correspondiente Región Autónoma.

Arto. 21. Para ser Miembros del Consejo Regional se requiere: haber nacido en la Costa Atlántica o ser hijo de padre o madre nacido en la Región; haber cumplido veintiún años de edad; estar en pleno goce de sus derechos civiles y políticos y haber residido en la respectiva Región por lo menos un año inmediato anterior a las elecciones; los nicaraguenses de otras regiones deberán haber residido en la respectiva Región Autónoma al menos cinco años consecutivos inmediatamente anterior a la elección.

Arto. 22. Tendrán derecho a votar en la elección de Miembros del Consejo Regional todos aquellos ciudadanos que además de llenar los requisitos de la Ley Electoral, tengan tres meses de residir en la Región respectiva con anterioridad a las elecciones, cuando sean nacidos en la misma, o de padre o madre de la Región; o tener un año como mínimo de residir en la respectiva Región inmediatamente anterior a las elecciones, cuando sean nicaraguenses de otras regiones del país.

Arto. 23. Serán atribuciones del Consejo Regional:

- 1.- Regular mediante resoluciones y ordenanzas los asuntos regionales que le competen, de acuerdo con el Arto. 8, de este Estatuto.
- 2.- Elaborar el Plan de Arbitrios de la Región.
- 3.- Participar en la elaboración, planificación, realización y seguimiento de las políticas y programas económicas sociales y culturales que afecten o conciernen a su Región.
- 4.- Resolver los diferendos de límites dentro de las distintas Comunidades de su respectiva región.
- 5.- Elaborar el anteproyecto de Presupuesto Regional.
- 6.- Velar por la correcta utilización del fondo especial de desarrollo y promoción social de la región, que se establecerá a través de recursos internos y externos y otros fondos extraordinarios.
- 7.- Elaborar el anteproyecto de Demarcación y Organización Municipal para la correspondiente región tomando en cuenta las características sociales, culturales y económicas de la misma.
- 8.- Elegir de entre sus miembros al Coordinador Regional y sustituirlo en su caso.
- 9.- Determinar mediante resoluciones la subdivisión administrativa de los municipios de su Región.
- 10.- Elaborar un anteproyecto de ley relativo al uso racional y conservación de los recursos naturales de la región.
- 11.- Pedir informes o interpellar según el caso a los Delegados de los ministerios y entes estatales que funcionen en la región y a los funcionarios regionales.
- 12.- Elegir de entre sus miembros a su Junta Directiva.
- 13.- Conocer y admitir, en su caso, de las renunciaciones que presenten sus Miembros o los de la Junta Directiva.
- 14.- Promover la integración, desarrollo y participación de la mujer en todos los aspectos de la vida

política, social, cultural y económica de la región.
15.- Elaborar y aprobar su propio Reglamento Interno.
16.- Las demás que le otorgue el presente Estatuto y otras leyes.

Arto. 24. Las resoluciones y ordenanzas de los Consejos Regionales deberán estar en armonía con la Constitución Política y las leyes de la República de Nicaragua.

Arto. 25. El período de los Miembros del Consejo Regional será de cuatro años en el ejercicio de sus funciones y se contará desde la fecha de su instalación fijada de conformidad con el Arto. 40 de este Estatuto.

Arto. 26. El quórum para las reuniones del Consejo Regional se formará con la presencia de más de la mitad de sus miembros y las resoluciones deberán contar con el voto favorable de más de la mitad de los presentes, salvo los casos especiales que establezca el Reglamento.

Capítulo III DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LOS CONSEJOS REGIONALES

Arto. 27. La Junta Directiva del Consejo Regional estará integrada por un presidente, dos vice-presidentes, dos secretarios y dos vocales, debiendo estar representadas en ella cada una de las comunidades étnicas de la respectiva Región Autónoma. Su período será de dos años y tendrá las funciones que determine el presente Estatuto y el Reglamento respectivo.

Arto. 28. Serán atribuciones de la Junta Directiva del Consejo Regional:

- 1.- Coordinar sus actividades y las del Consejo con el Coordinador Regional y, a través del mismo, con los demás funcionarios regionales de los Poderes del Estado.
- 2.- Convocar por medio de su Presidente al Consejo Regional a reuniones ordinarias o extraordinarias y elaborar la agenda de las mismas.
- 3.- Nombrar comisiones permanentes y especiales para analizar y dictaminar sobre los asuntos de la administración de la región.
- 4.- Realizar todas aquellas gestiones necesarias para el interés, bienestar y desarrollo de la región.
- 5.- Las demás que el presente Estatuto, otras leyes y reglamentos le otorguen.

Capítulo IV DEL COORDINADOR REGIONAL

Artó. 29. Las funciones ejecutivas de la región recaerán sobre el Coordinador Regional.

Arto. 30. Serán funciones del Coordinador Regional:

- 1.- Representar a su Región.
- 2.- Nombrar a los funcionarios ejecutivos de la administración regional.
- 3.- Organizar y dirigir las actividades ejecutivas de la región.
- 4.- Gestionar asuntos de su competencia ante las autoridades nacionales.
- 5.- Cumplir y hacer cumplir las políticas, directrices y disposiciones del Poder Ejecutivo, de acuerdo con el presente Estatuto, leyes y reglamentos.

6.- Administrar el fondo especial de desarrollo y promoción social, de acuerdo a la política establecida por el Consejo Regional, y rendirle informes periódicos de su gestión, a través de la Junta Directiva.

7.- Cumplir y hacer cumplir las ordenanzas del Consejo Regional.

8.- Las demás que el presente Estatuto y las leyes le confieran.

Arto. 31. El cargo de Coordinador Regional es compatible con el cargo de representante de la Presidencia de la República en la región.

Título III

DEL PRESUPUESTO DE LAS REGIONES AUTONOMAS

Capítulo único

Arto. 32. El Consejo Regional elaborará en coordinación con el Ministerio de Finanzas, el proyecto de presupuesto de su Región Autónoma para el financiamiento de los proyectos regionales, el que estará conformado por:

1.- Los impuestos regionales de conformidad con el Plan de Arbitrios que incluirá gravámenes sobre los excedentes de las empresas que operan en la región.

2.- Fondos provenientes del Presupuesto General de la República.

Arto. 33. Se establece un fondo especial de desarrollo y promoción social, proveniente de recursos internos y externos y otros ingresos extraordinarios no presupuestados, el que será destinado a inversiones sociales, productivas y culturales propias de las Regiones Autónomas.

Título IV

DEL PATRIMONIO DE LAS REGIONES AUTONOMAS Y DE LA PROPIEDAD COMUNAL

Capítulo Único

Arto. 34. Constituye el patrimonio de la Región Autónoma todos los bienes, derechos y obligaciones que por cualquier título adquiriera como Persona Jurídica de Derecho Público.

Arto. 35. La Región Autónoma tiene plena capacidad para adquirir, administrar y disponer de los bienes que integran su patrimonio, de conformidad con este Estatuto y las leyes.

Arto. 36. La propiedad comunal la constituye las tierras, aguas y bosques que han pertenecido tradicionalmente a las comunidades de la Costa Atlántica, y están sujetas a las siguientes disposiciones:

1.- Las tierras comunales son inalienables; no pueden ser donadas, vendidas, embargadas ni gravadas, y son imprescriptibles.

2.- Los habitantes de las comunidades tienen derecho a trabajar parcelas en la propiedad comunal y al usufructo de los bienes generados por el trabajo realizado.

Arto. 37. Las otras formas de propiedad de la región son las reconocidas por la Constitución Política de Nicaragua y las leyes.

política, social, cultural y económica de la región.
15.- Elaborar y aprobar su propio Reglamento Interno.
16.- Las demás que le otorgue el presente Estatuto y otras leyes.

Arto. 24. Las resoluciones y ordenanzas de los Consejos Regionales deberán estar en armonía con la Constitución Política y las leyes de la República de Nicaragua.

Arto. 25. El período de los Miembros del Consejo Regional será de cuatro años en el ejercicio de sus funciones y se contará desde la fecha de su instalación fijada de conformidad con el Arto. 40 de este Estatuto.

Arto. 26. El quórum para las reuniones del Consejo Regional se formará con la presencia de más de la mitad de sus miembros y las resoluciones deberán contar con el voto favorable de más de la mitad de los presentes, salvo los casos especiales que establezca el Reglamento.

Capítulo III DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LOS CONSEJOS REGIONALES

Arto. 27. La Junta Directiva del Consejo Regional estará integrada por un presidente, dos vice-presidentes, dos secretarios y dos vocales, debiendo estar representadas en ella cada una de las comunidades étnicas de la respectiva Región Autónoma. Su período será de dos años y tendrá las funciones que determine el presente Estatuto y el Reglamento respectivo.

Arto. 28. Serán atribuciones de la Junta Directiva del Consejo Regional:

- 1.- Coordinar sus actividades y las del Consejo con el Coordinador Regional y, a través del mismo, con los demás funcionarios regionales de los Poderes del Estado.
- 2.- Convocar por medio de su Presidente al Consejo Regional a reuniones ordinarias o extraordinarias y elaborar la agenda de las mismas.
- 3.- Nombrar comisiones permanentes y especiales para analizar y dictaminar sobre los asuntos de la administración de la región.
- 4.- Realizar todas aquellas gestiones necesarias para el interés, bienestar y desarrollo de la región.
- 5.- Las demás que el presente Estatuto, otras leyes y reglamentos le otorguen.

Capítulo IV DEL COORDINADOR REGIONAL

Arto. 29. Las funciones ejecutivas de la región recaerán sobre el Coordinador Regional.

Arto. 30. Serán funciones del Coordinador Regional:

- 1.- Representar a su Región.
- 2.- Nombrar a los funcionarios ejecutivos de la administración regional.
- 3.- Organizar y dirigir las actividades ejecutivas de la región.
- 4.- Gestionar asuntos de su competencia ante las autoridades nacionales.
- 5.- Cumplir y hacer cumplir las políticas, directrices y disposiciones del Poder Ejecutivo, de acuerdo con el presente Estatuto, leyes y reglamentos.

política, social, cultural y económica de la región.
15.- Elaborar y aprobar su propio Reglamento Interno.
16.- Las demás que le otorgue el presente Estatuto y otras leyes.

Arto. 24. Las resoluciones y ordenanzas de los Consejos Regionales deberán estar en armonía con la Constitución Política y las leyes de la República de Nicaragua.

Arto. 25. El período de los Miembros del Consejo Regional será de cuatro años en el ejercicio de sus funciones y se contará desde la fecha de su instalación fijada de conformidad con el Arto. 40 de este Estatuto.

Arto. 26. El quórum para las reuniones del Consejo Regional se formará con la presencia de más de la mitad de sus miembros y las resoluciones deberán contar con el voto favorable de más de la mitad de los presentes, salvo los casos especiales que establezca el Reglamento.

Capítulo III DE LA JUNTA DIRECTIVA DE LOS CONSEJOS REGIONALES

Arto. 27. La Junta Directiva del Consejo Regional estará integrada por un presidente, dos vice-presidentes, dos secretarios y dos vocales, debiendo estar representadas en ella cada una de las comunidades étnicas de la respectiva Región Autónoma. Su período será de dos años y tendrá las funciones que determine el presente Estatuto y el Reglamento respectivo.

Arto. 28. Serán atribuciones de la Junta Directiva del Consejo Regional:

- 1.- Coordinar sus actividades y las del Consejo con el Coordinador Regional y, a través del mismo, con los demás funcionarios regionales de los Poderes del Estado.
- 2.- Convocar por medio de su Presidente al Consejo Regional a reuniones ordinarias o extraordinarias y elaborar la agenda de las mismas.
- 3.- Nombrar comisiones permanentes y especiales para analizar y dictaminar sobre los asuntos de la administración de la región.
- 4.- Realizar todas aquellas gestiones necesarias para el interés, bienestar y desarrollo de la región.
- 5.- Las demás que el presente Estatuto, otras leyes y reglamentos le otorguen.

Capítulo IV DEL COORDINADOR REGIONAL

Arto. 29. Las funciones ejecutivas de la región recaerán sobre el Coordinador Regional.

- Arto. 30. Serán funciones del Coordinador Regional:
- 1.- Representar a su Región.
 - 2.- Nombrar a los funcionarios ejecutivos de la administración regional.
 - 3.- Organizar y dirigir las actividades ejecutivas de la región.
 - 4.- Gestionar asuntos de su competencia ante las autoridades nacionales.
 - 5.- Cumplir y hacer cumplir las políticas, directrices y disposiciones del Poder Ejecutivo, de acuerdo con el presente Estatuto, leyes y reglamentos.

- 6.- Administrar el fondo especial de desarrollo y promoción social, de acuerdo a la política establecida por el Consejo Regional, y rendirle informes periódicos de su gestión, a través de la Junta Directiva.
- 7.- Cumplir y hacer cumplir las ordenanzas del Consejo Regional.
- 8.- Las demás que el presente Estatuto y las leyes le confieran.

Arto. 31. El cargo de Coordinador Regional es compatible con el cargo de representante de la Presidencia de la República en la región.

Título III

DEL PRESUPUESTO DE LAS REGIONES AUTONOMAS

Capítulo único

Arto. 32. El Consejo Regional elaborará en coordinación con el Ministerio de Finanzas, el proyecto de presupuesto de su Región Autónoma para el financiamiento de los proyectos regionales, el que estará conformado por:

- 1.- Los impuestos regionales de conformidad con el Plan de Arbitrios que incluirá gravámenes sobre los excedentes de las empresas que operan en la región.
- 2.- Fondos provenientes del Presupuesto General de la República.

Arto. 33. Se establece un fondo especial de desarrollo y promoción social, proveniente de recursos internos y externos y otros ingresos extraordinarios no presupuestados, el que será destinado a inversiones sociales, productivas y culturales propias de las Regiones Autónomas.

Título IV DEL PATRIMONIO DE LAS REGIONES AUTONOMAS Y DE LA PROPIEDAD COMUNAL

Capítulo Único

Arto. 34. Constituye el patrimonio de la Región Autónoma todos los bienes, derechos y obligaciones que por cualquier título adquiriera como Persona Jurídica de Derecho Público.

Arto. 35. La Región Autónoma tiene plena capacidad para adquirir, administrar y disponer de los bienes que integran su patrimonio, de conformidad con este Estatuto y las leyes.

Arto. 36. La propiedad comunal la constituye las tierras, aguas y bosques que han pertenecido tradicionalmente a las comunidades de la Costa Atlántica, y están sujetas a las siguientes disposiciones:

1. Las tierras comunales son inalienables; no pueden ser donadas, vendidas, embargadas ni gravadas, y son imprescriptibles.
2. Los habitantes de las comunidades tienen derecho a trabajar parcelas en la propiedad comunal y al usufructo de los bienes generados por el trabajo realizado.

Arto. 37. Las otras formas de propiedad de la región son las reconocidas por la Constitución Política de Nicaragua y las leyes.

Título V DE LA REFORMA DEL ESTATUTO

Capítulo Unico

Arto. 38. Las dos terceras partes de ambos Consejos Regionales podrán conjuntamente solicitar la reforma del presente Estatuto conforme los mecanismos establecidos por la Constitución Política de Nicaragua, el Estatuto General de la Asamblea Nacional y su Reglamento Interno.

Título VI DISPOSICIONES FINALES Y TRANSITORIAS

Capítulo Unico

Arto. 39. La Asamblea Nacional, después de aprobado el presente Estatuto, convocará a elecciones de Miembros del Consejo Regional, para cada una de las Regiones Autónomas. El Consejo Supremo Electoral procederá a organizarlas, dirigir las y a proclamar y publicar sus resultados, así como a entregar las credenciales a los electos.

Arto. 40. La Asamblea Nacional fijará la fecha de instalación de cada uno de los Consejos Regionales. El Presidente del Consejo Supremo Electoral tomará la promesa de ley a los miembros declarados electos, les dará posesión de su cargo y presidirá la elección de su Junta Directiva.

Arto. 41. Una comisión especial de cada Consejo Regional procederá a organizar un acto solemne de toma de posesión con la asistencia del Presidente de

la República o su Delegado, y de los Presidentes de la Asamblea Nacional, de la Corte Suprema de Justicia y del Consejo Supremo Electoral o sus Delegados.

Arto. 42. Las zonas que se encuentran actualmente bajo otra jurisdicción se incorporarán a su respectiva Región Autónoma a medida que las circunstancias lo permitan y que éstas sean definidas y determinadas por la Región Autónoma respectiva en coordinación con el Gobierno Central.

Arto. 43. Las autoridades que a la fecha de vigencia de este Estatuto se encuentren ejerciendo sus funciones en cada una de las Regiones continuarán haciéndolo mientras no tomen posesión lo que han de sustituirlos de acuerdo con las nuevas disposiciones.

Arto. 44. El presente Estatuto será reglamentado y ampliamente divulgado en todo el territorio nacional, en español y en las lenguas de las Comunidades de la Costa Atlántica.

Arto. 45. El presente estatuto entrará en vigor a partir de su publicación en La Gaceta, Diario Oficial.

Dado en la Sala de Sesiones de la Asamblea Nacional a los dos días del mes de Septiembre de mil novecientos ochenta y siete. ¡Aquí no se Rinde Nadie! - Carlos Nuñez Téllez, Presidente de la Asamblea Nacional. - Rafael Solíz Cerda, Secretario de la Asamblea Nacional.

Téngase como Ley de la República. - Publíquese y Ejecútese. - Managua, siete de Septiembre de mil novecientos ochenta y siete. ¡Aquí no se Rinde Nadie". - Daniel Ortega Saavedra, Presidente de la República.

APROBACION DEL MODELO REGIONAL DE SALUD

Regional Autónomo de la Región Atlántico Norte en uso de las facultades que le confiere la Constitución Política de Nicaragua, el estatuto de Autonomía y su reglamento interno:

CONSIDERANDO

- I conformidad al artículo 8, inciso 2 del Estatuto de Autonomía o Ley 28, es facultad de los Regionales Autónomos administrar los programas de salud de sus respectivas regiones en coordinación con los Ministerios de Estado correspondientes.
- II mente, y al tenor del artículo 10, inciso 8, es también deber y atribución de los Consejos Regionales Autónomos rescatar en forma científica y en coordinación con el Sistema Nacional los conocimientos de medicina natural acumulados a lo largo de su historia.
- III pluntad reiteradamente manifiesta de este Consejo Regional proceder al ejercicio efectivo de sus facultades, competencias y atribuciones, conferidas por la Constitución y demás leyes de la República, en aras de procurar satisfacer los legítimos intereses y necesidades de la población costeña, de su bienestar y mejoramiento de sus condiciones de vida.
- IV Regional reconoce que para alcanzar el ejercicio y aplicación real y efectiva de sus facultades constitucionales y legales en el ámbito de sus competencias, es ineludible proceder de manera urgente e inmediata a la creación de las condiciones y conceptuales indispensables para el establecimiento gradual y progresiva de la descentralización de los programas y servicios de salud; y así mismo proceder a la definición y establecimiento de las líneas generales de acción, principios básicos y criterios rectores de la actuación de los Regionales en la administración regional en el desempeño de sus funciones.

V

Por tanto, en cumplimiento de estas metas la Comisión de Salud de este Consejo Regional ha formulado y consulta con todos los sectores vinculados este tema, el «Modelo Regional de Salud» teórico-normativo de inapreciable valor para la orientación general del ejercicio de las funciones de este Consejo Regional en materia de Salud Pública, citadas en los considerandos de esta resolución.

POR TANTO:

RESUELVE:

I

Adoptar el «MODELO REGIONAL DE SALUD», elaborado por la Comisión de Salud Regional, como instrumento normativo, rector y definitorio del Sistema Regional de Salud, a implementar en la Región adjunto y parte integrante de esta resolución.

II

metodológicas, de gestión, coordinación o cualquier otra índole para la implementación, extensión y desarrollo del «Modelo Regional de Salud», así como de su cumplimiento, en particular proceder a la formulación del «Plan de Descentralización del Sistema Regional de Salud».

III

Créase la comisión de negociación de la descentralización del sistema regional de salud Comisión Ad-hoc que será integrada por el Coordinador de Gobierno Regional, y la Presidente de la Comisión de Salud.

IV

Mandar a esta Comisión Ad-Hoc a dar continuidad al proceso de negociación ya iniciado con el Ministerio de Salud para la descentralización administrativa de las estructuras del Sistema Regional de Salud, en todos sus componentes, inclusive el financiero-presupuestario, de conformidad a los parámetros, directrices, criterios y principios definidos en el Modelo Regional de Salud, aquí adoptado; y a partir del Plan de Descentralización del Sistema Regional de Salud, que elabore y apruebe la Comisión Ejecutiva de Salud.

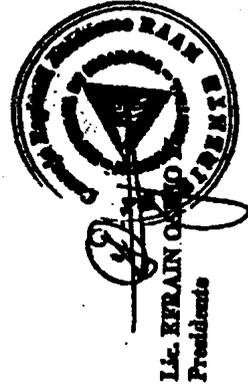
V

Reiterar los mandatos de la Comisión Ejecutiva de Salud conferidos a la Comisión por Resolución Regional de este Consejo Regional, No. 02.2.3.06-96: INSTRUMENTO PARA AGILIZAR EL PROCESO DE DESCENTRALIZACION DE LA SALUD, en particular elaborar el plan de descentralización del Sistema Regional de Salud.

VI

Dotar al Modelo Regional de Salud de carácter vinculante, en tanto parte integrante de esta resolución y por lo tanto norma legal de obligatorio cumplimiento en toda la Región Autónoma del Atlántico Norte.

Dado en la ciudad de Bilwi, Región Autónoma del Atlántico Norte a los ocho días del mes de Octubre de mil novecientos noventa y siete.



Lc. KIRAIN OCHOA VIRENTES
Presidente



Prof. ALEJANDRA CENTENO K
Primer Secretaria

Publíquese y téngase como RESOLUCION del Consejo Regional Autónomo del Atlántico Norte.

Lc. STEADMAN FAGOTH M.
Coordinador