

**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 SIU⁹**

*Alta Hooker Blandfor
Joy Martin Patterson
Sandra Hooker Hodgson*

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).

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.

⁹ Este trabajo fue elaborado en Julio de 1998, Bilwi-RAAN.

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 correspondientes, de manera tal que responda a la realidad y necesidad de cada Pueblo Indígena y Comunidad Étnica que en esta región vive.

Basándose en esta 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.

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.

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.

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.

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 Y OBJETIVOS

¿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

I. 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.

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).

Sobre las condiciones higiénicas-sanitarias, y los hábitos que practican los miembros de las familias créoles, 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.

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 y no dieron muertes en los últimos 6 meses, lo que puede considerarse una vez más un indicativo de que las familias Creoles tienen condiciones de vida relativamente buenas.

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.

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.

VI. RECOMENDACIONES

Ante las situaciones observadas anteriormente, consideramos necesario lo siguiente:

Informar a la Comunidad Creole de los resultados del estudio en cumplimiento del acuerdo inicial tomado con ellos, y de manera conjunta se deberá elaborar un plan de intervención en salud de acuerdo a su cosmovisión.

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.

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.

Realizar un estudio antropológico sobre las creencias relacionado al proceso salud-enfermedad, para comprender mejor la cosmovisión de la Comunidad Creole y sus orígenes.

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: 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”

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera, Elena, Higiene del medio. Tomo 1, año 1991.

2. Bush, Deborah et al, Descripción etnográfica de los creoles de Bilwi, investigación científica Bilwi.
3. Centro de investigación documental de la costa atlántica (CIDCA). WANI. Managua, Nicaragua Septiembre 1986.
4. Cunningham, Myrna et al Medicina tradicional. Centro editorial de la Mujer. Waspan.
5. División de planificación del MINSA. Política Nacional de salud. 1997-2002. Managua 1997.
6. Espino, Candelaria et al. Modulo 1 de la Lic. De Enfermería por encuentro. Epidemiología aplicada a los servicios de salud. Febrero 1996.
7. Espinoza, Julio et al. La reforma del sector salud en Nicaragua en los 80 Cies, Managua. Octubre 1997.
8. Espinoza, Julio et al. Sobre la descentralización del SILAIS-RAAN. Cies, Managua Noviembre 1996.
9. Freeland, Jane. No longer invisible. Minority Rights Publicatio. University of Illinois. USA.
10. Gainar, Ruy. Los negros caribes de Honduras. Editorial Guayamuras. Tegucigalpa, Honduras 1995.
11. Hala, Charles R. Resistance and contradiction. Stanford University Press. California, 1994.
12. Hodgson, Owen Dr. Historia y autonomía del caribe Nicaragüense. Tomo I. Editorial la Fe. Bluefields RAAS. Marzo 1995.
13. Hooker, Alta, et. Modelo de salud, Región Autónoma Atlántico Norte. Artes gráficas. URACCAN. Managua, Nicaragua, Abril 1998.

14. INNICA. Zelaya Norte. Editorial Managua. Managua 1983.
15. Lord, Peter. Taking a walk along the Miskito coast. Harper Publishers. London 1991.
16. Martínez, Gerardo et al. Manual de salud para promotores comunitarios. Editorial científica. Montevideo, Uruguay, 1993.
17. Marx, Elizabeth. Misión evangélica morava de la Costa Atlántica de Nicaragua. Editorial la Imprenta. Bluefields, 1990.
18. Martínez, Manuel. Cultura y salud. Managua, UNAN. CIES 1996.
19. Molieri, J. El desafío indígena en Nicaragua. El caso de los Miskitos. Editorial Katún. S.A. México, D. F. 1998.
20. Muller, Kari. Among Creoles, Miskitos and sumos. Easter Nicaragua, and its Moravian missioneries. Bethlehem PA. 1932.
21. Moore, et al. African presence in the Americas. Africa world Press. Trenton, New Jersey 08607. USA.
22. OPS. Familia y Adolescencia. W.K Kellogg Foundation - 1990.
23. OPS. Principios de Epidemiología para el control de enfermedades. Programa Paltex. 1992.
24. Piura López, Julio. Introducción a la metodología de la investigación científica. Publicación científica. CIES -1ª edición, 1994.
25. Rojas, Don. Our people, our destiny. Pathfinder press. New York USA, 1998.

26. Romero, Vargas Dr. Las sociedades del Atlántico de Nicaragua en los siglos XVII y XVIII. Managua. Fondo de promoción cultural. Banic, 1995.
27. Rupilius, Hans Peter et al. Sistema de salud en Nicaragua. Maestría en salud pública. CIES. Managua, Octubre 1997