

Alternativa para la formación de Recursos Humanos en salud en pueblos indígenas-afro descendentes y comunidades étnicas de Nicaragua

Alternatives for the development of health human resources in - afro indigenous peoples and ethnic communities in Nicaragua

Dra. Vivian Chávez Pérez^I, Dra. Rosa Victoria Venegas Pérez^{II}, y Dra. Yanet González Herrera^{III}

^I Especialista en I grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor en FCM de Cienfuegos. Jefe de Brigada Médica en Nicaragua. Graduada del Programa de Líderes de Salud Internacional Cohorte 2009.

^{II} Especialista en I grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar en FCM de Ciego de Avila. Graduada del Programa de Líderes de Salud Internacional Cohorte 2009.

^{III} Especialista en I grado en Medicina General Integral. Graduada del Programa de Líderes de Salud Internacional Cohorte 2009.

RESUMEN

Objetivos: Realizar propuesta metodológica para la formación de recursos humanos que brinden mayor cobertura de los servicios de salud a los pueblos indígenas y comunidades étnicas de Nicaragua. **Métodos:** Investigación cualitativa descriptiva, de tipo documental con revisión documental de los planes y políticas de salud existentes, análisis de todos los actores de la Cooperación Internacional y realización de encuestas semiestructuradas. **Resultados:** El Sector de Salud cuenta con una Política Nacional de Salud, un Plan Nacional de Salud y un Plan Quinquenal de Salud, este último orientado a resultados, costado y vinculado a un presupuesto. A través de las estrategias de Cooperación Técnica se brinda apoyo al proceso de implementación de las propuestas de fortalecimiento de los servicios de salud en todos los municipios del país con énfasis en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe a fin de disminuir las

inequidades en estas zonas del Atlántico. **Conclusiones:** La formación del estudiante desde y para la Atención Primaria de Salud es la esencia del nuevo escenario formativo en la Costa Caribe y da respuesta a la necesidad creciente de la población. Se debe avanzar hacia un respaldo de los compromisos asumidos en la Mesa Sectorial por parte de los cooperantes, y se deben establecer espacios para la apertura hacia los nuevos cooperantes que traen consigo renovadoras formas y modalidades de cooperación.

Palabras clave: modelos formativos, recursos humanos, atención primaria de salud, Nicaragua.

ABSTRACT

Objectives: To carry out methodological proposal for training of human resources to provide greater coverage of health services to indigenous peoples and ethnic communities in Nicaragua. **Methods:** Qualitative descriptive research of document reviews of health plans and existing policies, analysis of all the actors of international cooperation and semi-structured surveys.... **Results:** The health sector has a national health policy, a national health plan and a five-year health plan. The latter is result driven, funded and linked to a budget. Through the technical cooperation strategy provides support to the process of implementing the proposals for strengthening health services in all municipalities in the country with emphasis on the autonomous regions of the Caribbean coast in order to reduce inequities in these Atlantic areas. **Conclusions:** The formation of the student from and forward the primary health care is the essence of the new educational scenario in the Caribbean Coast and it responds to the growing need of the population. We must move towards an endorsement of the commitments made in the sectorial board by cooperative health personnel, and it should be provided spaces for opening up new cooperative health personnel who bring refreshing ways and models of cooperation.

Keywords: training models, human resources, primary health care, Nicaragua. Translation: Gretchen González Nieto.

INTRODUCCIÓN

Por muchos años los pueblos indígenas y afrodescendientes de América han venido luchando, unos para sus derechos históricos y ancestrales y los otros por sus derechos y visibilidad.

La declaración universal de los derechos humanos establece que:¹ *"Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que asegure salud y bienestar a sí y a su familia, y en especial la alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios. También tiene derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad,*

invalidez, viudez, vejez y pérdida de sus medios de manutención por circunstancias ajenas a su voluntad." ⁽¹⁾

Aproximadamente 800 mil personas no tienen ingresos suficientes para tener acceso a las 2,155 calorías necesarias para la supervivencia diaria por persona, cuantificada en la Canasta Básica de Alimentos diseñada por el Ministerio Agropecuario y Forestal (MAGFOR), Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) e Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), lo cual da origen a una situación de hambre y desnutrición que afecta a vastas zonas del país ⁽¹⁾

Como el resultado de estas luchas en Nicaragua, se aprueba la ley de autonomía de las regiones autónomas de la Costa Caribe en el año 1987 (dicha ley establece que le corresponde a los gobiernos regionales administrar de manera descentralizada la salud de la región de acuerdo a la realidad y necesidad de la región. El consejo regional autónomo en sus diferentes periodos legislativos, ha venido realizando esfuerzos para diseñar un modelo de salud propio de la región siendo aprobado en Octubre de 1997. ⁽²⁾

La constitución política de Nicaragua, en su artículo No. 59, 60 y 63, establece que² "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación, los nicaragüenses tienen derecho de habitar en un ambiente saludable. Es obligación del Estado la preservación, conservación y rescate del medio ambiente y de los recursos naturales."

"Es derecho de los nicaragüenses estar protegidos contra el hambre. El Estado promoverá programas que aseguren una adecuada disponibilidad de alimentos y una distribución equitativa de los mismos." ⁽³⁾

La Ley General de Salud, (No. 423), establece que las acciones de salud son *"Las intervenciones dirigidas a romper las cadenas de las enfermedades en beneficio de las personas y de la sociedad en general, a promover, proteger, recuperar y rehabilitar la salud de las personas y la comunidad"* ⁽⁴⁾

Como es de apreciarse, existen marcos regulatorios relacionados a los derechos humanos y el derecho a una salud, sin embargo factores como:

- Desconocimiento de los procedimientos legales y administrativos.
- El alto costo de los procedimientos legales para exigir el cumplimiento de un derecho.
- La interpretación arbitraria del texto de las leyes y la demora de la justicia.

Han repercutido en la pérdida de capacidad de la población de buscar, defender y exigir el cumplimiento de sus derechos humanos, este desconocimiento y está perdida de capacidad, sumado a la divergencia entre lo que "debemos hacer" y lo "que se hace" y las condicionalidades de lo "que se exige hacer" ha hecho que estos derechos humanos sean negados o violentados. *"Ser pobre o ser mujer es a menudo motivo de discriminación, y ésta puede derivar en malos tratos, abandono y tratamientos deficientes".*

El gasto público en servicios de salud en Nicaragua, en los últimos tiempos ha beneficiado más al sector con mayores ingresos económicos que a los pobres. Las causas para que se violen estos derechos consignados en las leyes de la República y en los compromisos internacionales, son la pobreza (dimensión externa) y la inequitativa distribución de los recursos en el sector público (dimensión interna). La distancia a los centros de salud y la mala calidad de la atención, son los dos factores que continúan hoy en día operando como barreras de acceso y causas de autoexclusión. ⁽⁵⁾

Los antecedentes en la formación de recursos humanos de salud en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua datan desde los años 40. ⁽⁶⁾

En mayo del 2006, el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), establece que *"El gobierno debe ser responsable por garantizar los mecanismos organizativos necesarios para que la población tenga acceso equitativo a servicios adecuados de salud y protección contra la enfermedad".* ⁽⁷⁾

En mayo del 2007, luego de transcurrir por diferentes modelos de atención en salud que no contemplaban la familia y la comunidad como eje central de actuación, se terminó a nivel nacional el diseño del Modelo de Atención a la Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), estando implementado en todo el país, donde se establece el reto de llegar a la humanización y calidad, en un modelo social dinámico y difícil, por lo que el Ministerio de Salud, tiene que orientar sus valores institucionales y su forma de gestión hacia el logro de promover espacios sanitarios amigables, infundiéndole en sus profesionales valores de equidad, participación e integración, de respeto a los derechos y de eficiencia.

En atención a lo que manda la ley de Autonomía, los Gobiernos Regionales han finalizado el diseño de sus Modelos Regionales de Salud, cuyo objetivo compartido es: "Mejorar el nivel de salud de los pobladores/as de las Regiones Autónomas de Nicaragua, considerando las particularidades de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de la región a través de la implementación del Modelo de Atención a la Salud Familiar y Comunitario respetando los principios de interculturalidad y diversidad étnica.

El acceso a servicios de salud no está disponible para grandes segmentos de la población, principalmente en el área rural, donde se focalizan la mayor parte de la población excluida y de los servicios así como la protección social, apenas ayudan a contrarrestar las consecuencias sanitarias de la estratificación social.

Con la dispenzarización establecida en el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, esta brecha ha venido disminuyendo pero aún persiste, se han desarrollado reformas de la prestación de servicios con el objetivo de mejorar la salud de las comunidades. La prestación de servicios de salud, para algunos grupos de población, es de baja efectividad y calidad técnica; se ha aumentado la demanda, sin expandir la oferta en recursos ni en infraestructura, lo que lleva a sobrecarga y reducción de calidad.

Existe fragmentación, duplicación de esfuerzos, concentración urbana de la principal oferta del sistema de salud (tecnológica, especialidades, recursos humanos), ineficiencia e inequidad de la oferta. Seguir haciendo lo que hasta ahora se ha hecho no es una opción viable, se requiere corregir las mencionadas deficiencias, implementando mecanismos de gestión y responsabilización colectiva más eficaz, con un rumbo y propósito más claro.

Existe inequidad en la distribución de los recursos humanos. En el informe mundial de la Salud 2006, de la Organización Mundial de la Salud, 8 "*establece que como mínimo se requiere una densidad de recursos humanos en salud de 25 por 10,000 habitantes, para asegurar un nivel mínimo de cobertura*". Al revisar las cifras de los recursos médicos del sector público del Ministerio de Salud, nos encontramos que ninguno de los departamentos cumple con este estándar, los valores de densidad encontrados, oscilan entre 4 (mínimo) y 15 (máximo) por 10,000 habitantes. ⁽⁸⁾

El gobierno de Nicaragua, ha planteado en sus estrategias para el sector salud, un cambio en el Modelo de Salud vinculado a la APS renovada, implementando el Modelo de Atención Familiar y Comunitario (MOSAFC), que presenta ejes positivos que no están exentos de desafíos que se deben enfrentar entre los que podemos mencionar:

- Formación de recursos humanos de acuerdo a los servicios y capacitar a los agentes comunitarios.
- La desconcentración de los recursos humanos a las unidades de salud periféricas.
¿Por qué un programa de formación de Recursos Humanos de salud en las regiones autónomas?
- Modelo de salud propio en la RAAS y en la RAAN, con características propias a su diversidad étnica e interculturalidad.
- Proceso de descentralización de la gestión en salud hacia las regiones autónomas.
- Alta rotación de recursos humanos de salud, debido a que mayoritariamente son de otras regiones.
- Necesidad de fortalecer el sistema de salud en las regiones, con capacidad resolutoria de los RRHHH en la infraestructura de las unidades de salud.
- Deficiente estado de los Indicadores del estado de salud de la población.
- Población más vulnerable por sus limitantes en el acceso económico, cultural y geográfico a los servicios de salud.
- Atender las barreras (Lingüísticas) de comunicación, geográficas, culturales, que juegan un papel muy valioso en la relación de la población con las instituciones de salud y medico - paciente.
- Médicos en comunidades tienen poco conocimiento de las riquezas de la medicina tradicional.
- Rescatar de manera científica el uso, desarrollo y difusión de los conocimientos de la medicina tradicional enfocada a respetar las creencias y religiones de cada comunidad, buscar como los dos tipos de prácticas se armonizan buscando calidad en la atención.
- En los años recientes menos del 5% de los graduados de medicina en las universidades públicas han sido del Caribe de Nicaragua.
- Estrategia de regionalizar la formación de médicos que reúnan condiciones para ejercer la medicina en la región, que tengan conciencia de la Medicina Tradicional y puedan establecer el vínculo entre las dos prácticas médicas
- Insuficiente integración de la sociedad en el proceso de transformación del estado de salud de la población.
- Necesidad de dedicar mayores esfuerzos a la prevención sin descuidar la curación.
- Ampliar el aprovechamiento de las buenas prácticas de salud comunitaria.
- Potenciar las experiencias en salud comunitaria. ⁽⁹⁾

En la actualidad para el desarrollo de las políticas formativas en salud, la Costa Caribe Nicaragüense presenta un contexto favorable, se han graduado aproximadamente 286

enfermeras profesionales, 58 laboratoristas y 327 auxiliares de enfermería, las Universidades BICU, URACCAN y UNAN Managua han formado recursos humanos de salud en las regiones y la UNAN León incluye la practica rotatoria de sus estudiantes en ambas regiones autónomas, existiendo convenios de la UNAN León con la Universidad de URACCAN y la UNAN Managua con la BICU. ⁽¹⁰⁾

La restitución del derecho ciudadano a la salud requiere de la dotación a los servicios de salud de personal altamente calificado, el cual durante los 16 años de neoliberalismo fue objeto de programas de reducción de la fuerza de trabajo en salud, impidiéndose la formación de nuevos técnicos y profesionales al disminuir los cupos de ingresos en algunas carreras (como las especialidades *Revista cubana de Salud Pública Internacional* médicas que en 1989 era de 270 pasó en 2006 a 87, con lo que se le negó a unos 2500 médicos generales la posibilidad de especializarse), así como el cierre de otras carreras técnicas como Estadísticas de salud, Auxiliares de Enfermería, Cito-tecnólogos, higienistas, técnicos en Rayos X y otras. ⁽¹¹⁾

Desde el año 2008, para la formación de los recursos humanos, el Ministerio de Salud está impulsando las siguientes acciones:

- Revisión de los Planes de Estudios de todas las especialidades médicas (de 19 se tienen 16 actualizados).
 - Revisión y actualización del Reglamento de Especialidades Médico Quirúrgicas.
 - Revisión y actualización del Programa y del Reglamento del Internado Rotatorio.
 - Implementación del Programa de Educación Continua de Médicos en Servicio Social.
 - Reactivación y lanzamiento de la Biblioteca Virtual.
 - Revisión de los lineamientos para establecer Convenios de cooperación entre el MINSA y las Universidades Privadas.
 - Firma de Adendum al Convenio del MINSA-Universidades Estatales, para regulación del sistema de ingreso de Médicos Generales a especialidades médico- quirúrgicas.
 - Desarrollo de Programa de Capacitación en temas de Gerencia e Investigación, para Subdirectores Docentes de SILAIS y Hospitales.
 - Implementación de Proyecto de Formación de Auxiliares de Enfermería y Técnicas Quirúrgicas.
-
- Curso operativo de metodología de la investigación dirigida a 23 profesionales de la salud del Primer y Segundo Nivel de Atención.
 - Diplomado de medicina transfusional con la participación de 35 profesionales de la salud de diferentes hospitales del país.
 - Preparación de cursos para la nivelación y posterior profesionalización de estadísticos.
 - Elaboración del Plan de estudio del Curso de Inducción para los aspirantes a las residencias médico _quirúrgicas.
 - Elaboración del Plan de Atención al Servicio Social de Enfermería (Educación permanente).
 - Capacitados 17 Subdirectores Docentes e igual cantidad de Psicólogos, para manejar los criterios del sistema de ingreso a las especialidades. ^(12, 13)

En función de éxitos y fracasos pasados en la cooperación para el desarrollo, y tomando como referencia la Declaración de Roma sobre la armonización (2003), en marzo de 2005 se adoptaron un conjunto ambicioso de reformas: la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda, en la misma se acordó desarrollar una asociación genuina, en la que los países en desarrollo estuviesen claramente a cargo de sus

propios procesos de desarrollo, además de que existiera una responsabilidad mutua entre los participantes respecto del logro de resultados de desarrollo concretos. Para los donantes desarrollar una óptima apropiación, apoyar la dirección, las políticas, las instituciones y los sistemas del país, han presentado debilidades:

- La situación política en el país, extremado antagonismo entre el poder ejecutivo y los demás órganos del Estado que prevalecieron de 2002 hasta fines de 2006, ha sido uno de los factores que han obstaculizado avances más rápidos.
- La evaluación de las políticas e instituciones nacionales del Banco Mundial (CPIA) asigna a Nicaragua una puntuación de 3,5 por la calidad de la gestión presupuestaria y financiera pública, apenas superior al promedio de los países de la Asociación Internacional de Fomento (AIF).
- El país se sitúa en el 107o lugar (de 158) del Índice de Percepción de la Corrupción de Transparency International.
- Gran número y la vasta escala de los proyectos que acapararon los compromisos de los donantes para la alineación y se siguen ejecutando del modo tradicional. ⁽¹⁴⁾

La cooperación en el país a lo largo del tiempo, constituyó un importante complemento a los recursos nacionales, tanto a nivel nacional como sectorial. Como promedio nacional en los últimos 10 años se han recibido alrededor de US\$ 550 millones de dólares anuales en concepto de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), se estima que 50 % en la forma de donaciones y 50 % en préstamos.

Los flujos de cooperación han sido bastante estables y por el orden de entre 40 y 50 millones de dólares anuales, lo que representa casi un 9 % de la AOD total recibida anualmente por el país.

El MINSA cuenta con más de veinte cooperantes oficiales, los cuales canalizan sus fondos bajo distintas modalidades de cooperación (préstamos y donaciones), así como a través de distintos instrumentos/mecanismos de cooperación (Proyectos, Apoyo Presupuestario Sectorial, Fondo Comunes, Asistencia Técnica, entre otras), tratando así cada uno con sus particularidades, de apoyar la implementación de la política del mismo.

La Cooperación Técnica y Financiera en Salud impulsa y armoniza desde los años 90, alineando la cooperación externa con el fin de incrementar su efectividad e impacto. Esta ayuda técnica tiene como objetivo coordinar y establecer modalidades de financiamiento para impulsar el desarrollo. ⁽¹⁵⁾

Desde el año 1972 comienza la cooperación bilateral entre Cuba y Nicaragua con la primera brigada médica cubana que prestó ayuda en el terremoto ocurrido en Managua. Como expresión de la solidaridad entre los pueblos en Cuba se mantuvo desde los años 80 la formación de recursos humanos en materia de las Ciencias de la Salud.

A partir del año 2007 en Nicaragua se continúa la formación de estudiantes graduados de la Escuela latinoamericana de Medicina de Cuba (ELAM) con el internado

profesionalizante con la brigada médica cubana. Con estos primeros graduados de la ELAM se inicia la especialización de Medicina General Integral en Nicaragua.

Como parte de la cooperación bilateral entre ambos países en Octubre del 2008 con el apoyo del Consejo Regional Autónomo del Atlántico Sur, el Ministerio de Salud a través de su delegación regional, la Secretaria Regional de Salud, la Universidad Nacional Autónoma de Managua, la Universidad Autónoma de León, la Brigada Medica Cubana y la OPS protagonizó el lanzamiento de la primera carrera de Medicina en la Costa Caribe de Nicaragua, en Bluefields Indian Caribbean University (BICU), existiendo un asesoramiento en los diseños curriculares por parte de expertos cubanos.

Al finalizar el trabajo seremos capaces de dar respuesta a estas interrogantes

- ¿Fortalecerá la formación de médicos vinculados a la APS en las determinantes sociales de las comunidades de los pueblos indígenas y afrodescendientes en Nicaragua?
- ¿Cuáles pueden ser las Estrategias de Cooperación Técnica y de intervención para fortalecer el RRHH de Salud a fin de disminuir las inequidades de las Regiones del Atlántico en Nicaragua?
- ¿Qué elementos tendríamos en cuenta para que a pesar de la crisis financiera se forme el capital humano según las necesidades reales del país?

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación cualitativa descriptiva de tipo documental cuyo propósito es validar la formación de recursos humanos desde la Atención Primaria de Salud como alternativa de solución y propuesta de desarrollo en las Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Sur, teniendo como muestra los estudiantes de medicina de las Universidades Nacionales (UNAN León, Managua); proporcionando elementos que permitan realizar un análisis de la práctica de la cooperación internacional para su perfeccionamiento y sostenibilidad.

Se diseñaron varios instrumentos válidos para la técnica cualitativa de investigación (grupos focales, entrevistas con los miembros de la comunidad de práctica) que se aplicaron y se analizaron para realizar las conclusiones.

La Revisión documental de Planes o políticas de salud se realizó relacionándolas a las prioridades de formación de recursos humanos del país, teniendo como categoría de análisis los modelos formativos existentes, los modelos Universitarios, la planificación de las necesidades formativas y los modelos de atención en Salud. Se logró intercambios de información con otros temas país.

Se realiza sesiones de intercambios de información y análisis con actores claves de las regiones para generar propuestas y recomendaciones. Se utilizan fuentes de información documentos publicados por el Ministerio de Salud, Educación, MINREX, OPS, Gobiernos Regionales y otros documentos publicados y no publicados presentados en reuniones, Forum, simposios tanto Nacionales como Internacionales.

Para el segundo objetivo se analizaron todos los actores de la Cooperación Internacional que existen en el país en el tema de formación y desarrollo de Recursos Humanos. Revisión de las experiencias que están desarrollando y la modalidad aplicada así como los documentos finales de los ejercicios de CCS, incluidas las experiencias cubanas actuales en el desarrollo y perfeccionamiento de la Atención Primaria de Salud , los determinantes sociales y la formación de recursos humanos con el desarrollo del nuevo programa enfocada a la APS renovada.

Además durante todo el periodo de tiempo de la investigación se estableció un estrecho intercambio con la comunidad de práctica a través de la Sala de Situación de Salud Internacional, lo cual contribuirá a enriquecer el desarrollo del tema de investigación.

Se utilizaron también porcentajes, cuadros y gráficos. Los resultados serán sometidos al análisis del contenido correspondiente y se expresarán de forma cualitativa.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El Ministerio de Salud nicaragüense plantea un abordaje de las determinantes sociales, económicas, ambientales y de organización del sistema de salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad sanitaria e integrar enfoques favorables a los pobres, sensibles a las cuestiones de género y basados en los derechos humanos.⁽¹²⁾

Con el objetivo de proponer la formación de médicos con personal autóctono en las Universidades de las Regiones Autónomas, donde la educación en el trabajo sea en los escenarios de la APS y se desempeñen profesio-nalmente. Se han realizado entrevistas a integrantes de la Comunidad de Práctica y acciones encaminadas a desarrollar los objetivos propuestos tales como:

1. En las Universidades Rectoras de Nicaragua Managua y León, reunión con Decano y autoridades de las Facultades de Medicina.
2. Intercambio de experiencias con los diferentes miembros del equipo de gestión curricular, directores de carreras, coordinadores de módulos, jefes de departamentos de Morfología y Fisiología.
3. Se realiza análisis de las competencias, objetivos y habilidades para precisar lo que es posible lograr por el estudiante y lo que no se logra de acuerdo al diseño y desarrollo de las asignaturas.
4. Revisión Documental de:
 - Currículos actuales para la carrera de Medicina.
 - Modelo Regional de Salud de los Consejos Regionales Autónomos (Norte y Sur)
 - Modelo profesional para la formación de médicos latinoamericanos.
 - Caracterización de los SILAIS de la RAAS y RAAN.
 - Ficha ocupacional del médico general del MINSA.

5. En la Universidad de la Costa Caribe Bluefields Indian Caribbean University (BICU) y URACCAN

- Entrevista con las autoridades de las Universidades.
- Cuestionario a estudiantes indígenas y afro descendientes de primer año de la carrera de Medicina.
- Técnica cualitativa de Grupo Focal realizado a los estudiantes del 1er año de Medicina de la Universidad BICU.

6. Técnicas de investigación cualitativa tales como entrevistas dirigidas a las autoridades del MINSA, Gobierno Regional Autónomo Norte y Sur.

Como resultado de la revisión documental, de los planes y las políticas de salud relacionadas con las prioridades de formación de recursos humanos en Nicaragua, teniendo como categoría de análisis las modalidades formativas existentes, la planificación de las necesidades formativas y el modelo actual de atención en Salud (MOSAFIC); para dar salida al objetivo de proponer una formación en Medicina con personal autóctono, a las Universidades de las Regiones Autónomas donde los diseños curriculares respondan a la Atención Primaria de Salud, se considera que la formación que Nicaragua necesita para influir en las determinantes sociales en las comunidades y pueblos indígenas, contemple las siguientes características:

- Una formación centrada en la comunidad que utilice el método clínico. Epidemiológico - social y la atención integral a la salud con elementos de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.
- Que incluya de manera especial las capacidades para la búsqueda activa de afecciones que afectan a la colectividad, para garantizar el tratamiento a tiempo.
- Que permita un paradigma de práctica de responsabilidad en la transformación hacia el desarrollo de las comunidades donde laboren los profesionales y técnicos a través de la salud.
- Que contemple objetivos que den salida al conocimiento que se requiere en el siglo xxi para atender los problemas de salud en un planeta que ha cambiado su clima, su ambiente y que por tanto puede cambiar también los patrones hasta ahora conocidos de las afecciones a la salud humana.

Se considera necesario que el Perfil del egresado de la carrera de Medicina, contemple:

- Conocimientos en la medicina curativa o clínica y de la medicina preventiva.
- Conocimientos de la medicina occidental, pero que aproveche la riqueza de la medicina tradicional.
- Amplio dominio de la tecnología de punta, pero también sepan usar la tecnología tradicional de las comunidades de la región para el ejercicio de su profesión.
- Que pueda desempeñarse con los modelos de salud en general pero que se identifique el modelo de salud regional intercultural.
- Amplios conocimientos teóricos para entender las situaciones que se le presenten en el desempeño de su profesión pero que tenga la suficiente práctica para resolver.
- Que tenga los conocimientos modernos para ejercer su profesión al graduarse pero la disposición a seguir investigando y estudiando.
- Que tenga muchos conocimientos técnicos pero especialmente los altos valores humanos que requiere esta noble profesión.

- Que sean médicos orgullosos de su profesión, pero muy humildes en la atención de la población.
- Que tengan las capacidades para participar activamente en la adaptación al cambio climático.

El impacto del cambio climático es ya un marcador para el desarrollo de un país, Nicaragua está dentro de los tres países del continente más afectados por eventos extremos en casi una década. Las capacidades para entender los cambios globales y los cambios climáticos son esenciales para analizar los problemas de salud de la población nicaragüense. ⁽¹⁶⁾

En entrevistas realizadas a los expertos de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe, los mismos opinan que el modelo debe basarse en :

- La formación del estudiante desde el escenario de la APS es la esencia del modelo en la Costa Caribe y la respuesta a la necesidad creciente de la población logrando la accesibilidad a los servicios de salud.
- Como experiencia de formación es esencial, tomando los escenarios de la APS: educación en el trabajo-aprendiendo-haciendo.(Anexo 1)

Se destacan dentro de los resultados del Grupo Focal a Estudiantes de 1er Año de la BICU, los siguientes:

- El 100 % expresó opiniones positivas: Oportuno, Interesante y Novedoso.
- Gran oportunidad para los jóvenes de la costa de estudiar medicina en su propio entorno.
- Les permite incorporarse a la carrera sin estar lejos de su familia y al estudiar en la propia costa les permite mayor matrícula para ingresar a la universidad.
- Les resulta interesante y novedoso el estar incorporados desde el inicio a la Atención Primaria de Salud, vinculándose con la población y adquiriendo habilidades. (Anexo 2)
- Manifiestan que el modelo de estudio responde completamente al paradigma de la APS, realizan prácticas en los puestos de salud, se sienten motivados y aunque realmente les falta mucho, con estudio y empeño se graduarán.
- Algunos dicen que somos parte de un proyecto, son escépticos y piensan que no terminaremos, pero se logrará (Anexo 3)

En el cuestionario aplicado a los 20 estudiantes de 1er año de la Universidad URACCAN sobre la oportunidad que han tenido en estudiar medicina, los mismos expresaban:

- El 100 % opinó opiniones favorables respecto al programa de estudio.
- Manifestaron conformidad con la idea de formarse como médicos vinculados a las comunidades y con un enfoque cultural y ambientalista.
- Consideraron importante que en su formación se tenga en cuenta el vínculo entre la medicina tradicional y la medicina actual vinculada a la APS.

- Expresaron que este programa marca la diferencia que siempre ha existido entre los municipios de la región norte con el resto de la región del País.
- Mostraron preocupación por la sostenibilidad de este programa que independientemente que se basa en los problemas de salud dependerá de la estabilidad política de las regiones autónomas. (Anexo 3).

Estrategias de Cooperación

En Nicaragua la OPS define líneas de Cooperación Técnica de acuerdo a principales prioridades en salud definidas por el país para los próximos cinco años con el Gobierno de Reconciliación y unidad nacional, firmada por la Directora de la OPS/OMS, Dra. Mirta Roses y el Ministro de Salud de Nicaragua, Dr. Guillermo González, durante la celebración del 49 Consejo Directivo de la OPS en la sede de esta organización en Washington D.C.

En el cuestionario aplicado a los 18 estudiantes de 1er año de la Universidad Costeña, sobre la oportunidad que han tenido en estudiar medicina, los mismos expresaban:

- 16 estudiantes plantearon que es importante no solo para ellos sino también para la población que se beneficia de profesionales formados en la zona con los conocimientos de su propia cultura, se acercan más a la realidad de las regiones pues la han vivido y la conocen.
- 2 expresaron que es muy significativo y de mucha responsabilidad trabajar para su región, que aunque discriminada por los gobiernos desinteresados de su marginación y que casi los echan al olvido tienen un compromiso y darán lo máximo de ellos mismos para mejorar la salud de todos.
- 6 manifestaron que estudiar en sus comunidades, vinculados con su pueblo, sus costumbres les permite identificar con mayor claridad como influyen los problemas de salud de sus comunidades.
- Todos coincidieron que el método de estudio tiene enfoque bio-psicosocial y ambiental.
- Existe un consenso general que en sus asignaturas esta presente el tema de interculturalidad, se valoran sus costumbres y se respetan sus tradiciones y religiones.
- Consideran muy importante y oportuno la presencia de la Medicina Tradicional como parte de la carrera porque como médicos costeños incorporan habilidades de sus religiones.

La identificación de prioridades y la firma de Notas Estratégicas con los Gobiernos de la región, es parte del proceso que realiza la OPS para hacer más pertinente la cooperación que se desarrolla con los países. En ese ámbito, se ha generado una estrategia interna para centrar la cooperación en las necesidades y requerimientos para cada país, la cual se denomina Cooperación Enfocada en el País, que se instrumenta mediante la formulación de una Estrategia de Cooperación Técnica (ECP) con el país. ⁽¹⁷⁾

Se realizó por medio de una asociación entre OPS _ Universidad BICU una segunda investigación sobre el derecho humano a la salud, específicamente para la Costa Caribe, donde se analiza desde la perspectiva de los pueblos indígenas, afrodescendientes y comunidades étnicas los niveles de aplicabilidad de los derechos de salud reconocidos en la legislación internacional, nacional y regional. Intervienen en la cooperación además, otras Agencias Internacionales tales como: UNICEF, USAID, Fondos de Población.

En Nicaragua el equipo técnico de la OPS, en conjunto con una delegación de la OMS y de la sede de la OPS, realizaron una serie de consultas con las máximas autoridades de salud, instituciones académicas, Organismos No Gubernamentales en Salud, Instituciones del Estado, Donantes, Agencias del Sistema de Naciones Unidas, entre otros, para identificar prioridades en salud, armonizar la cooperación y conocer las expectativas que se tienen en torno al trabajo de la OPS en Nicaragua.

En este marco de consulta se definieron una serie de líneas estratégicas que servirán como "hoja de ruta" para la cooperación del país, en relación a la formación de recursos humanos, entre ellas las principales son el apoyo al país para la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), orientado a mejorar las condiciones de salud de la población generando actividades oportunas, eficaces, de calidad y con calidez, capaces de generar cambios personales, familiares y comunales, con énfasis en la prevención y la promoción de la salud. ⁽¹⁸⁾

La cooperación internacional en el sector salud al momento de realizar un análisis de los recursos de cooperación al sector, se observa que más tres cuartos de los mismos corresponden a donaciones (77 %).

Para el año 2007, los recursos de cooperación otorgados al sector representaron casi un 20 % del total del presupuesto general del MINSA (aproximadamente 40,8 millones de dólares, del total de presupuesto del sector que equivalió a 162.8 millones de dólares). De esta cifra, los recursos externos de AOD que son otorgados bajo la modalidad de donaciones representan actualmente un 15 % y los préstamos equivalen al restante 5 %. ([Grafico 1](#)).

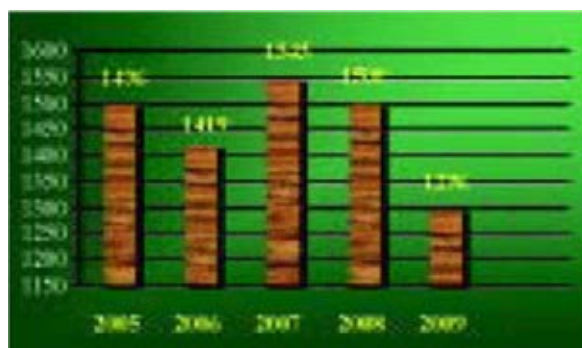


Del total de recursos externos con que cuenta el sector, FONSALUD representa exclusivamente el 61% (Donaciones bilaterales + BM) y el apoyo al Enfoque Sectorial (miembros FONSALUD + BID) representa el 73 % de los recursos. Estos datos indican, que casi un 40 % de la cooperación del sector se sigue ejecutando por fuera de este marco y mediante modalidades más tradicionales de cooperación, como proyectos.

Si se analiza, exclusivamente el rubro de donaciones y el peso que en el mismo puedan tener las donaciones gestionadas a través de donaciones bilaterales y agencias de cooperación en FONSALUD, podríamos determinar que FONSALUD (donaciones) en el 2007 representó el 66 % del total del rubro.

Según datos del MINSA, para el año 2007 el financiamiento de FONSALUD al presupuesto fue significativo, representando un monto total superior a los US\$14.00 millones de dólares, de los cuales más del 28% financiaron gastos corrientes, y el restante 72% apoyó el gasto de capital del programa de inversión pública.

Es necesario aquí aclarar, que el peso real de FONSALUD en cuanto al total de donaciones es menor, debido a que en la práctica del sector existen donaciones realizadas por importantes cooperantes (USAID, Japón, Fondos Globales entre otros) que no aparecen reflejadas en el presupuesto institucional del MINSA. Este sub-registro podría estar sobrevalorando la importancia y peso de los recursos de FONSALUD en el sector. ([Grafico 2](#)) ⁽¹⁹⁾



Fuente: Secretaría Docente de la ELAM

Existen también cooperantes (Austria, Japón) que si bien reflejan sus aportaciones en el presupuesto institucional del MINSA la ejecución total o mayoritaria de sus recursos se hace a través de Organizaciones No Gubernamentales u otras instancias a nivel local o comunitario que apoyan en el área de la salud.

En este sentido, el nivel central del MINSA se plantea la gestión de recursos fiscales y de cooperación externa que aseguren el impulso de acciones en la sede de los SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral en Salud) y red de servicios de salud que permitan desarrollar el nuevo modelo de atención con enfoque integral. ⁽²⁰⁾

Actualmente con el fin de fortalecer el liderazgo en el sector salud y de aumentar la efectividad de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), y la capacidad institucional de gestionarla con sus propios procedimientos de acuerdo a las políticas y planes nacionales, se impulsa activamente la implementación del Enfoque Sectorial en Salud, basado en el Plan Multianual y los Planes Operativos Anuales de Salud como se define

en el Código de Conducta, estos mismos Planes, a su vez, operacionalizan la Política de Salud en el marco del Plan Nacional de Desarrollo Humano para el periodo 2010 _ 2012, en este plan están definidas entre las estrategias:

1. Formación acelerada de profesionales, técnicos y auxiliares que permita equiparar de acuerdo a necesidades reales su distribución a nivel nacional.
2. Proceso de transformación tecnológica en los servicios de salud que asegure mejor calidad en la atención y mayor capacidad resolutive en el interior del país.
3. Fortalecimiento de las acciones de promoción y prevención con un enfoque multi-sectorial y comunitario que asegure su eficacia y efectividad en el MINSA.

El Ministerio de Salud pretende con el enfoque sectorial que la mayoría de los recursos dirigidos al sector, sirvan para desarrollar las acciones comprometidas en estos mismos planes, entre los que se encuentran como prioridad la formación de recursos humanos. ⁽²¹⁾

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) de forma general, y el sector de salud de forma más puntual a partir del 2007 han tenido la integración y fortalecimiento de cooperantes, tales como Brasil, Venezuela, República Islámica de Irán, Corea, Cuba y México, firmando convenios marcos de colaboración y específicos como es el caso del Ministerio de Salud de Brasil, Secretaría de Salud de Méjico, Sociedad de la Media Luna Roja de Irán y Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba, jugando un importante rol en la cooperación técnica para mejorar capacidades y competencias de recursos humanos.

Estos nuevos cooperantes, traen consigo nuevas formas y modalidades de cooperación, basadas sobre todo en relaciones de cooperación técnica, intercambios y programas de formación, que supondrán nuevos retos en el contexto del esquema anterior de relaciones para el fortalecimiento, desarrollo y formación de recursos humanos en el país. ⁽²²⁾

En diciembre del mismo año se firmó con el gobierno de la república el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2008_2012 (MANUD), a través del cual se le da una mayor coherencia a los programas de cooperación de las Naciones Unidas, con objetivos y términos comunes establecidos bajo prioridades nacionales.

El Sistema de NNUU en Nicaragua ha venido desarrollando acciones que le han permitido incorporarse al proceso de desarrollo del país entre los que mencionamos el CCA/UNDAF, el seguimiento a Cumbres y Conferencias Internacionales, talleres de coordinación de la cooperación, desarrollo de sistemas de información, mesas de coordinación sectorial, Grupo Consultivo, entre otros. Los informes sobre el Desarrollo Humano, son considerados por el Gobierno y otros actores como aportes y se han usado como referentes en la formulación de las estrategias macroeconómicas de desarrollo y de reducción de la pobreza.

Otros Organismos Internacionales:

- **Banco Mundial:** Financia 13 proyectos de inversión y una donación del Fondo para el Medio Ambiente Mundial (FMAM) por un total de US\$361 millones en compromisos

netos, de los cuales aún falta por desembolsar US\$155 millones.

- **Banco Interamericano de Desarrollo (BID):** Estrategia Operativa con Nicaragua (2005-2009) Estrategia Reforzada de Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza, Préstamo en Función de Resultados al MINSA (ERCERP). Por un monto de US \$30, 000,000.

- **Organización Panamericana de la Salud (OPS):** apoya al país, con énfasis en la reducción de los problemas de malnutrición tanto por déficit (micronutrientes) como excesos (sobre peso y obesidad). En el periodo 2008-2009, ha contemplado dentro de sus prioridades el desarrollo de potencialidades docentes, enfocadas a formación de recursos humanos en financiamiento de literatura docente y equipamiento para aulas (8 aulas multipropósitos en municipios de las Regiones Autónomas y Río San Juan) en proyectos de estrategias docente para la Costa Caribe Nicaragüense.

- **Programa Mundial de Alimentos (PMA),** ha estado presente en Nicaragua desde 1971 y hasta el 2004 había beneficiado a unas 3 millones de personas a un costo de 221 millones de dólares. En 2004, el PMA Nicaragua asistió a un total de 515,841 beneficiarios.

- **Canadá.** Formación de Auxiliares de enfermería a través de Tecnología de Educación a Distancia. Donación, programa Ejecutado por El Centro de Estudios de Enfermería de Canadá y UPOLI en coordinación con el MINSA, por un monto de \$3.800.000 (canadienses).

- **USAID.** Salud materno-Infantil, Planificación Familiar y VIH/SIDA. Programa de Asistencia para el Desarrollo PL-480 (Componente de Salud). Ejecuta 11 Proyectos de alcance nacional con énfasis en las municipalidades más pobres y Regiones del Norte y Pacífico con un monto de 12 599 000,00.

- **Agencia Japonesa de Cooperación Internacional.** Fortalecimiento de la educación básica y permanente de enfermería y Fortalecimiento a la red de mejoramiento de la calidad _EPQI (cooperación de seguimiento). Donación.

- **Cooperación Médica Cubana con la incorporación de la BMC** en mayo 2007, fortaleciendo la APS con profesionales y técnicos especializados y 2 Hospitales Generales Docentes. Ubicados en la Costa Caribe, logrando formar hasta la fecha 96 Residentes de Medicina General Integral (55 de 1er año y 41 de 2do), 27 Internos de la ELAM, 48 estudiantes de Medicina en la BICU (18 de 1er año y 30 de 2do). ⁽²³⁾

Se realiza propuesta a SICA/CARICOM, en reunión efectuada en mayo del 2009, sobre proyecto de cooperación con el Gobierno de Nicaragua, a través de los Ministerios de Salud y de Medio Ambiente con la Brigada Médica Cubana para el levantamiento de evidencias de los impactos del cambio climático sobre la salud en las áreas de mayor pobreza y elaborar programas de formación a líderes comunitarios en acciones de adaptación sobre la base del desarrollo local.

La crisis financiera internacional

El Fondo Monetario Internacional (FMI) pronostica que la economía mundial sufrirá una contracción del 1,3 por ciento durante el presente año. Aunque intenta animar a las grandes economías, el reporte, amparado en multitud de datos, revela un acercamiento a la magnitud del desastre ocurrido.

Nicaragua sigue siendo el segundo país más pobre de América Latina. Según datos del Banco Central, el PIB fue US\$ 4,905 millones en el año 2005, equivalente a un PIB per cápita de US\$ 858.40 por debajo del promedio regional, estimado en US\$ 2,732 por CEPAL, pese a que la ayuda externa por persona que llega al país es de las más altas del mundo en comparación con su población. 14 El PIB ha registrado un crecimiento promedio anual de 3,1% durante el último quinquenio (2000-2005). El crecimiento del PIB per cápita ha evolucionado de manera inestable, alcanzando el 0,6 % promedio anual. La variación anual del PIB fue de 3 % en el 2001, 0,8 % en el 2002, 2.3 % en el 2003, 5,1% en el 2004 y de 4 % en el 2005. Este crecimiento es insuficiente para el logro de la meta de reducir a la mitad la extrema pobreza en 2015 que requeriría un crecimiento sostenido de la economía nicaragüense del 6 % anual hasta el 2015, según estimaciones de la CEPAL.

En los últimos datos de las cuentas nacionales en salud estiman que para el año 2004 un gasto en salud de US\$ 386 millones de dólares, donde el sector público participa con el 55,3 % y el saldo corresponde al sector privado. El gasto per cápita nacional en salud para el año 2004 se estima en US\$ 72 por persona. La participación del sector salud en el PIB es del 8 %, un porcentaje elevado cuando se compara el mismo indicador en otros países. El Ministerio de Salud de Nicaragua gastó en el ejercicio del 2006 un total de US\$ 178,6 millones de dólares (que representa casi el 3 % del PBI y un 15 % del gasto del Gobierno, también porcentajes altos en comparación regional), de los cuales US\$ 23,4 millones se destinaron para inversión y US\$ 155,2 a financiar el presupuesto corriente. Las remuneraciones salariales en Ministerio de salud, para un total de 22,780 funcionarios en 2006, absorben US\$ 93,5 millones, el rubro de Servicios Personales lleva US\$ 24 millones al igual que el rubro Medicamentos, y el rubro Varios US\$ 13,9 millones. El gasto del INSS se estima en un US\$ 81,4 millones para el año 2006 y consiguientemente el gasto por persona se ubicaría en US\$ 51 por usuario del Ministerio de Salud y en US\$ 121 en el caso del INSS, un mayor gasto por persona en el INSS de 138%, si bien es este dato no se pueden inferir niveles de calidad. ^(24, 25)

La economía de las regiones autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua se desarrolla bajo tres modos de producción:

- Economía campesina,
- Economía indígena y étnica comunitaria y
- Economía empresarial exportadora de materias primas a nivel primario.

Estos modelos económicos productivos marcan sus diferencias a través de características tales como formas de tenencia de la tierra, manejo del ecosistema para acceder a usufructos y bienes para producir, conservación y protección de ecosistemas para reducir riesgos y vulnerabilidad climática y aspectos culturales organizativos para producir bienes y servicios necesarios para la subsistencia.

La dinámica económica de las regiones autónomas y las condiciones de productividad y competitividad de sus agentes económicos están condicionadas por el desarrollo de las fuerzas productivas. Por ello, es necesario disponer de información sobre las condiciones socioeconómicas de su población y su relación con el mundo laboral, el

desarrollo y el acceso a los mercados y los desafíos de orden macro y micro que se deben enfrentar para lograr un desarrollo productivo y económico sostenible.

Las últimas encuestas de nivel de vida realizadas por el Gobierno de Nicaragua, muestran, según el método del agregado del consumo, que la pobreza en el país se ha reducido. Sin embargo, las regiones autónomas no sólo son los territorios con los mayores niveles de pobreza y extrema pobreza —doce de sus diecinueve municipios se reportaron en 2001 en situación de extrema pobreza —sino que también presentan la brecha de pobreza más alta, con un 37 por ciento.

Desde Noviembre del 2008, el GRUN dimensionaba las repercusiones sobre Nicaragua de la crisis financiera en Estados Unidos que a su vez envuelve a todos los mercados internacionales, la baja sensible del nivel de las exportaciones y el flujo de remesas familiares son consecuencias devastadoras de esta crisis en ambos sectores del país; que son claves para el crecimiento económico del mismo. A esta situación se suma el retiro de la ayuda internacional para el desarrollo en concepto de Apoyo Presupuestario que tiene consecuencias en el presupuesto 2010, llevando a tomar medidas de carácter fiscal que a toda costa el Gobierno procura una protección presupuestaria del gasto social, particularmente del gasto en salud. A pesar de las restricciones financieras en el año 2009, el Ministerio de Salud ha defendido la estabilidad laboral y la entrega de servicios de salud gratuitos a la población, sustentado bajo un marco legal.

Para el año 2009 se programaron en el presupuesto del MINSA entre donaciones y préstamos 858 290 534.95 de córdobas que representa el 17 % del total del presupuesto del MINSA que es de 5 169 712 956.95, para el año 2010 se prevé una crisis financiera mayor ya que en la proyección del presupuesto total del MINSA hay una diferencia con respecto al 2009 de 115 138 510.00 de córdobas menos.

En la propuesta de presupuesto del MINSA para 2010 se han programado entre donaciones y préstamos un total de 534 510 446.61 de córdobas que representa el 11% del total del presupuesto, se debe tomar en consideración lo planteado anteriormente en relación a la posición de los donantes. El presupuesto proyectado para el año 2010 del MINSA es de 5 054 574 446.41 córdobas. ⁽²⁶⁾

Modalidades de financiamiento:

- Ingresos Propios.
- Transferencia del Gobierno Central.

- Apoyo Presupuestario.

- Apoyo Sectorial por Programa.
- Fondos Comunes manejados por las entidades autonómicas.

- Financiamiento por proyectos.

Sostenibilidad

La alternativa para la formación de Recursos Humanos en salud en pueblos indígenas-afro descendientes y comunidades étnicas de Nicaragua se hace sostenible por las siguientes razones:

- Voluntad política del gobierno del país y el desarrollo de relaciones bilaterales para sostener la propuesta.
- Capacidad de movilizar recursos del país para la formación de recursos humanos con Organismos Internacionales, del Sistema de NNUU, ONGs y otros donantes.
- Mantener el apoyo de las Universidades nacionales a través de relaciones directas y del Consejo de Universidades.
- Fortalecimiento institucional de las Universidades de la Costa Atlántica y la creación de capacidades en los recursos humanos para la docencia de estas universidades.
- La ley General de Salud (2003) en su capítulo 4, artículo 11 establece que las regiones autónomas de la Costa Atlántica diseñen un modelo de atención conforme a sus tradiciones, cultura y costumbres.
- El Sector de Salud cuenta desde el 2004 con una Política Nacional de Salud (2004-2015)²³, así como con un Plan Nacional de Salud 2004 - 2015 y un Plan Quinquenal de Salud 2005 _ 2009, este último orientado a resultados, costeadado y vinculado a un presupuesto.
- El contar con un marco general que guíe el quehacer del sector, consensuado y que retoma compromisos internacionales aceptados por todos los actores (Ej. Objetivos de Desarrollo del Milenio) ha permitido que la mayoría de cooperantes del sector estén alineando su cooperación con las políticas y prioridades sectoriales.
- Se han visto grandes avances en el sector en los temas de planificación, presupuestación, mecanismos administrativos- financieros, rendición de cuentas y transparencia de parte del MINSA.
- Desde Diciembre del 2007 el GRUN impulsa una metodología para la formulación del Plan Institucional de Corto Plazo Orientado a Resultados, este último que es parte integral del Plan Nacional de Desarrollo Humano 2008 - 2015.

CONCLUSIONES

La formación del estudiante desde y para la APS es la esencia del nuevo escenario formativo en la Costa Caribe y da respuesta a la necesidad creciente de la población.

A través de las estrategias de Cooperación Técnica se brinda apoyo al proceso de implementación de las propuestas de fortalecimiento de los servicios de salud en todos los municipios del país con énfasis en las Regiones Autónomas de la Costa Caribe a fin de disminuir las inequidades en estas zonas del Atlántico.

Se debe avanzar hacia un respaldo de los compromisos asumidos en la Mesa Sectorial por parte de los cooperantes, y se deben establecer espacios para la apertura hacia los

nuevos cooperantes que traen consigo renovadoras formas y modalidades de cooperación.

El Sector de Salud cuenta desde el 2004 con una Política Nacional de Salud (2004-2015), así como con un Plan Nacional de Salud 2004 - 2015 y un Plan Quinquenal de Salud 2005 _ 2009, este último orientado a resultados, costado y vinculado a un presupuesto.

RECOMENDACIONES

- Que el país continúe desarrollando la formación de Medicina con personal autóctono a las Universidades de las Regiones Autónomas donde los diseños curriculares respondan a la Atención Primaria de Salud.
- Con una coordinación sectorial desde el MINREX se fortalezca el enfoque de la Cooperación Internacional desde el punto de vista integrador.
- Teniendo en cuenta los objetivos de desarrollo del país, enfocadas en las prioridades del MINSA, es necesario la coordinación para garantizar de forma efectiva las distintas modalidades de cooperación a pesar de la crisis económica y política internacional.
- Reactivar y promover la utilización de la información que emerja del Observatorio, requiriendo la realización de Paneles, Foros, Seminarios y otro tipo de actividades, para discutir la información y tomar decisiones encaminadas a mejora la calidad de los servicios de la salud a la población.

Anexo 1. Técnica de investigación cualitativa realizada a las autoridades:

- Cómo evalúan el proceso educativo y si responde a un enfoque (APS).
- Si los diseños curriculares respetan la diversidad.
- Si hay respeto en el idioma o dialectos.
- Cómo se comporta la accesibilidad de los pueblos indígenas a las universidades.
- Qué proyecciones existen para los próximos cursos.
- Cómo esta proyectado la selección futura y si responden a necesidades reales.
- Valoración.

Anexo 2. Técnica de investigación cualitativa Grupo Focal

- Grupo Focal a Estudiantes de 1er Año de la BICU.
- Objetivo: Conocer la opinión de los estudiantes indígenas que estudian medicina sobre la marcha de la carrera con enfoque hacia la APS.
- Pregunta Generadora Central. ¿Cómo valoran la formación como futuros médicos de las comunidades?

- El moderador utiliza la guía de discusión para dirigir al grupo, presenta adecuadamente el tema, responde neutralmente a los comentarios y estimula la participación del grupo. No entra al debate del tema. Conduce al grupo a ideas correctas y valiosas.
- Relator. Anota las respuestas, observa las reacciones de los participantes y se graba la técnica.
- Se realizó grupo focal con 18 estudiantes indígenas y afro descendientes.
- Día 16 de Junio, 4:00pm en la sede de la BICU.

Anexos 3. Técnica de investigación cualitativa: Cuestionario de los estudiantes

- Opinión sobre la oportunidad que han tenido en estudiar medicina para regresar posteriormente a sus comunidades.
- Cómo ven el enfoque educativo, Biologicista exclusivo o Bio-psicosocial y Ambiental.
- Qué importancia ellos consideran que se le da en sus asignaturas a las costumbres, tradiciones, religión, historia, cultura local, de las comunidades indígenas.
- Qué opinión tienen de la MNT y si forma parte de asignatura.
- Ya conocen si tendrán asignaturas que tengan que ver con la interculturalidad y la salud.
- Hasta HOY cómo evalúan las asignaturas impartidas y si responden al paradigma de Atención Primaria de Salud.
- Nota:

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS-OMS. "La Salud es un Derecho Humano". OPS/OMS. Nicaragua; 2007.
2. Ley 28/ 1987 30 de octubre, Reglamento a la Ley de Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua. (Diario oficial No. 186 2-10-2003).
3. Ley 330/2000 19 de enero, de Reforma parcial a la Constitución Política de la República. (Diario Oficial, No. 13, de 19 -1-2000).
4. Ley 423/ 1984 7 de febrero, Ley General de Salud. (Diario Oficial 20-08-2009).
5. MINSA-OPS/OMS. Caracterización de la exclusión social en Salud en Nicaragua. MINSA, OPS/OMS. Nicaragua; 2008.
6. Cunningham Mirna, ETNIA, CULTURA Y SALUD: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua. URACCAN; 2002.

7. OPS. Estado de derechos humanos de salud en la Costa Caribe Nicaragüense. Nicaragua: OPS; 2008.
8. Solís Martínez A. Suma de los dos indicadores disponibles para todos los países: médicos y enfermeras por 10 000 habitantes. [en línea] 2008 May 15 [fecha de acceso 25 may del 2009]; 44(17). URL disponible en: <http://72.249.12.201/wordpress-mu/nicaragua>.
9. OPS-OMS. Informe de Desarrollo Humano 2005. Las Regiones Autónomas de la Costa Caribe, ¿Nicaragua asume su diversidad?. Nicaragua: OPS-OMS; 2005.
10. MINSA. Convenio entre UNAN-LEON y Consejo Regional Autónomo. 2004. Compromisos de Formación Docente en Regiones Autónomas. Nicaragua: Universidades Autónomas; 2004.
11. Solís Martínez A. Planificación y desarrollo: División General de Planificación y Desarrollo. 2007; 44: 15.
12. MINSA. Informe de Gestión Institucional Año 2007. Dirección General de Planificación y Desarrollo. MINSA. Nicaragua; 2008.
13. MINSA. Convenio entre UNAN-LEON y Consejo Regional Autónomo. 2004. Compromisos de Formación Docente en Regiones Autónomas. Nicaragua: Universidades Autónomas; 2004.
14. OCDE. Encuesta de 2006 de seguimiento de la declaración de París- Nicaragua. Nicaragua: OCDE; 2007.
15. MINSA. Informe de Gestión Institucional Año 2007. Dirección General de Planificación y Desarrollo. MINSA. Nicaragua; 2008.
16. SICA CARICON. Tema cambio climático. Reunión SICA CARICOM; 2009 May 12-13; León, Nicaragua; 2009.
17. MINSA. Plan Institucional de Corto Plazo Orientado a Resultados. Ministerio de Salud. Nicaragua; 2008.
18. MINSA. Código de Conducta que define las relaciones entre el Gobierno de Nicaragua por medio del Ministerio de Salud y los Socios para el Desarrollo. Nicaragua: MINSA; 2005.
19. MINSA. Plan Multianual 2009-2011 y Marco Presupuestario de Mediano Plazo. MINSA. Nicaragua; 2008.
20. MINSA. Memorándum de Entendimiento entre el Gobierno de Nicaragua representado por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Relaciones Exteriores y los Socios para el Desarrollo que apoyan el sector Salud en relación al Fondo Nicaragüense para la Salud. Nicaragua; 2005.

21. MINREX. Diagnóstico y Lineamientos del Enfoque Sectorial. IV Foro de Coordinación de la Cooperación. Ministerio de Relaciones Exteriores. Cuba: MINREX; 2005.
22. MINSA. Plan Institucional del MINSA de Corto Plazo Orientado a Resultados. Nicaragua; 2008.
23. MINSA. Convenios entre el MINSA y SPD. Apoyo Financiero al PQS 2005 -2009. Cooperantes Bilaterales y Multilaterales y Donaciones Externas por Origen para el Ministerio de Salud para los años: 2005, 2006 y 2007. Nicaragua: SIGFA / Ministerio de Hacienda y Crédito Público; 2004.
24. Fonseca R. Editor. Objetivos de desarrollo del milenio y metas nacionales de Nicaragua. 1ra ed. Nicaragua; 1999.
25. MINSA. Ejecución Analítica del Presupuesto del Ministerio de Salud para los años 2005, 2006 y 2007. Nicaragua: SIGFA/ Ministerio de Hacienda y Crédito Público; 2004
26. MINSA. Convenios entre el MINSA y SPD. Apoyo Financiero al PQS 2005 -2009. Cooperantes Bilaterales y Multilaterales. Nicaragua: OPS-OMS. 2004.