



**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
URACCAN RECINTO LAS MINAS
EXTENSIÓN ROSITA**

Monografía

**Factores que facilitan o restringen la
participación comunitaria en salud y
participación desde la perspectiva de género
y origen étnico en seis comunidades del
municipio de Rosita, 2006**

Para optar al título de: Licenciatura en Ciencias Sociales
con Mención en Desarrollo Local

**Autores: Ernesto Aguirre Vargas
María López Martínez**

Tutor: Ing. Arcenio García Granados

Rosita, Mayo 2007.

**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES
AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
URACCAN RECINTO LAS MINAS
EXTENSIÓN ROSITA**

Monografía

**Factores que facilitan o restringen la
participación comunitaria en salud y
participación desde la perspectiva de género
y origen étnico en seis comunidades del
municipio de Rosita, 2006**

Para optar al título de: Licenciatura en Ciencias Sociales
con Mención en Desarrollo Local

**Autores: Ernesto Aguirre Vargas
María López Martínez**

Tutor: Ing. Arcenio García Granados

Rosita, Mayo 2007

ÍNDICE GENERAL

<u>Contenido</u>	<u>Página</u>
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
INDICE GENERAL	iii
INDICE DE ANEXOS	v
RESUMEN	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	
2.1 General	
2.2 Específicos	4
III. MARCO TEORICO	5
IV. METODOLÓGIA	27
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
VI. CONCLUSIONES	65
VII. RECOMENDACIONES	67
VIII. LISTA DE REFERENCIAS	68
IX. ANEXOS	71

INDICE DE ANEXOS

Instrumento 1A.	Entrevistas dirigidas a líderes comunitarios/as
Instrumento 2A	Entrevistas dirigidas a comunitarios/as.
Cuadro 1.	Entrevistados por Etnia.
Cuadro 2.	Entrevistados por Sexo.
Fotografía 1.	Líderes comunitarios/as recibiendo capacitación sobre uso racional de medicamentos.
Fotografía 2.	Reunión comunitaria en la florida.
Fotografía 3.	Líderes de salud, agentes de medicina natural y parteras participan en un intercambio de conocimiento y experiencias sobre medicina popular tradicional.
Fotografía 4.	Intercambio de conocimiento entre líderes y liderezas indígenas y mestizos/as.

Dedico la presente monografía con el más elevado honor a la memoria de quien siempre fue, es y seguirá siendo un legado bendito encarnado en el corazón de un pueblo y fundamentalmente de aquellos discípulos que con humildad plena valoramos como insustituible la moral construida por años como pionero de la educación en nuestro municipio y que más tarde se convirtiera en uno de los forjadores de las bases para que la educación superior en nuestra región y particularmente en nuestro municipio fuera una realidad de hoy.

Nos referimos con un sentimiento de profunda admiración, agradecimiento y con el compromiso espiritual de no defraudar sus nobles ideas. Al legendario Profesor de generaciones Fernando Espinoza Loza Q.E.P.D.

Ernesto E. Aguirre Vargas.

María F. López Martínez.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Dios por la oportunidad de la vida, a nuestros padres forjadores indiscutibles de los más elementales procesos de nuestra formación, a los docentes, que nos acompañaron en el transcurso de nuestra carrera como estudiantes a todos los niveles y particularmente, a nuestros hijos y cónyuges, que son la fuente de inspiración que nos insta a luchar para conquistar los peldaños que ubican al ser humano en la mejor posición frente a los retos y desafíos que cada día se tornan más complejos y donde solo las herramientas del conocimiento y las fuerzas del corazón son las armas fundamentales que nos permitirán sobresalir a las exigencias de un mundo moderno.

Es digno de elogiar la magnífica obra creadora de los que hicieron realidad las ideas de construir en nuestro suelo costeño del caribe nicaragüense, las mas ansiadas condiciones de desarrollo en el marco de los conceptos de Interculturalidad, levantando en alto los preceptos de una autentica autonomía regional en la costa caribe.

A las autoridades universitarias, que dignamente nos representan y con su encomiable desempeño profesional y dedicación a las labores administrativas y pedagógicas se han convertido en precursores de las actuales y futuras generaciones de profesionales egresados de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense.

Ernesto E. Aguirre Vargas.

María F. López Martínez

RESUMEN

En el área rural intervienen factores que facilitan y otros que restringen la participación comunitaria en salud, por lo que el estudio se centró en describirlos e identificar la participación de hombres y mujeres en las estructuras organizativas y actividades de salud de acuerdo al origen étnico, además se comparó las prácticas tradicionales en medicina natural de acuerdo al origen étnico y la identificación de redes de agentes de salud e instancias de salud. El enfoque utilizado fue el cualitativo, siendo un estudio de tipo descriptivo, tomando como unidades de análisis la comunidad, los líderes y comunitarios/as. Los resultados encontrados en los factores que facilitan la participación, tenemos que los comunitarios/as se reúnen ocasionalmente y el liderazgo en su mayoría es activo, el reconocimiento al trabajo de los líderes es superior en las comunidades mestizas, existe buena participación en las actividades de salud, la mayor parte de facilitadores externos son del Minsa de la localidad. Como factores que restringen la participación comunitaria en salud resalta el analfabetismo en las comunidades y la falta de acceso a los servicios de salud. En la participación por sexo en las actividades de salud, predomina el género masculino, en las prácticas de la medicina tradicional sobresale el uso de plantas y árboles en jarabe y frotación, las creencias tienen peso los acontecimientos sobre naturales y la hechicería. Las conclusiones del estudio son: los/as agentes y líderes tienen reconocimiento en las comunidades, la participación y voluntariedad de los comunitarios/as es buena, los/as facilitadores de salud tienen gran relevancia en las comunidades. Se recomienda al Ministerio de Salud y otros organismos que intervienen en los procesos de salud comunitaria que cultiven el espíritu emprendedor en el trabajo comunitario y que los/as facilitadores promuevan la equidad en la participación en las actividades de salud.

I. INTRODUCCIÓN

La puerta de entrada a los procesos de participación comunitaria tiene su origen en iniciativas internacionales, en 1929 cuando las secuelas generadas por la crisis de desempleo, desintegración social y desadaptación crearon las condiciones para el surgimiento de la organización comunitaria.

El surgimiento de la participación comunitaria como categoría social es muy antigua, tanto como los primeros grupos sociales, pero desde la perspectiva del desarrollo comunitario es mucho más reciente. Desde 1978, se reconoce a nivel internacional que la atención primaria en salud es un instrumento para extender la cobertura de los servicios de salud, a su vez esta estrategia tiene como uno de los requisitos fundamentales la participación comunitaria.

En esa misma época en América Latina, se reconoce la importancia y la necesidad de la participación en salud, aunque esta participación no se practica con la suficiente amplitud. Por ello conviene iniciar un intercambio de opiniones sobre los criterios que deben aplicarse para valorar la participación comunitaria, con el fin de establecer normas que permitan juzgar el alcance de las diferentes experiencias y evaluar los métodos que se formulan en este campo.¹

En la década de los 80, Nicaragua fue uno de los principales escenarios donde la sociedad nicaragüense se incorporó de lleno en los procesos de participación masiva en las diversas actividades sanitaria, sin embargo en las comunidades de la Costa Caribe no se optimizó la rica y variada experiencia de participación comunitaria en salud cuando existe un

¹ Ramón Espinoza. Desarrollo Comunitario y Salud. Nicaragua. 2000. p. 5

potencial social con una diversidad étnica cada una con su propia cosmovisión, factor determinante en la vida y desarrollo de la familia como agentes sanitario principal en la comunidad.

En el municipio de Rosita el ministerio de salud con financiamiento de OED hoy Horizont 3000 implementó un proceso de desarrollo integral en salud dirigido al área rural de Rosita. (Proyecto PAISSER 1992 - 2002), a través de componentes de capacitación, acompañamientos de procesos organizativos y promoción en salud comunitaria.

Con el retiro del proyecto de atención integral en salud al área rural de Rosita, la red de agentes de salud comunitaria desatendidos por el ministerio de salud experimenta nuevas formas de responder a la problemática, haciendo que la comunidad se involucre más de lleno en las actividades sanitarias.

Si se aborda la participación comunitaria en salud desde un análisis cualitativo de factores que intervienen en este proceso, ya sea de manera favorable o desfavorable se describe entre los más importantes, las experiencias organizativas comunitarias, las costumbres, conocimientos y prácticas, la voluntariedad y la presencia de actores que intervienen en calidad de facilitadores ya sean estos organismos no gubernamentales o instituciones del estado.

Las características sociodemográficas y culturales del municipio de Rosita, generan una diversidad de creencias y prácticas comunitarias de salud, muchas de estas no son aceptadas por el sistema de salud, por considerarse empírica y fuera de toda lógica científica, sin embargo, para los grupos sociales que las ejercen son una alternativa que responde efectivamente a sus problemas.

Este trabajo está dirigido a describir los factores que facilitan o restringen la participación comunitaria en salud, formas de participación de hombres y mujeres, comparar las prácticas tradicionales en salud de acuerdo al origen étnico e identificar la red de agentes comunitarios en salud y las instancias que responden a los problemas de salud de las comunidades estudiadas.

En el marco del modelo de salud del Atlántico Norte, el estudio aporta elementos en la promoción de la salud en las comunidades rurales, además la información es útil para futuras investigaciones, programas de estudio, proyectos y organizaciones interesadas en la temática de la participación comunitaria en salud.

II. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Describir los factores que facilitan o restringen la participación Comunitaria en salud e identificar las formas de participación comunitaria desde la perspectiva de género y origen étnico de seis comunidades rurales del municipio de Rosita RAAN en el año 2006.

2.2 Objetivos Específicos

- Describir los factores que facilitan o restringen la participación comunitaria en salud.
- Identificar las formas de participación de hombres y mujeres en las estructuras organizativas y actividades en salud comunitaria por origen étnico de las comunidades.
- Comparar las prácticas tradicionales en salud comunitaria de acuerdo al origen étnico de las comunidades.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Factores que facilitan o restringen la participación comunitaria en salud

Es importante la relación de horizontalidad entre los/as líderes y la comunidad, mediante un sistema de comunicación e información abierto que permita la participación en todos los procesos de los/as comunitarias/os. Una de las debilidades más comunes en el contexto comunitario es la falta de comunicación o comunicación adecuada.² La comunidad necesita tener información adecuada y suficiente para poder analizar una situación específica y proponer soluciones. La comunidad asume un papel desventajoso cuando su principal fuente de información no está en la comunidad y sus estructuras, sino, en agentes externos con quienes tiene que negociar. Además expresa que entre más dispersa se encuentre la comunidad, menor es la probabilidad de relaciones entre las personas, es decir que se reúnan frecuentemente para reflexionar sobre su situación y desarrollar proyectos conjuntos.

Por lo general, un desacierto común entre los facilitadores de procesos de desarrollo comunitario, es el desconocimiento de la idiosincrasia de la comunidad. Este factor influye para que una comunidad no se sienta identificada con aquel agente externo que aún cuando su intención es ayudar, construye barreras que obstaculizan el transcurso de participación.³ El desconocimiento de la Idiosincrasia de la comunidad puede tener dos consecuencias: el rechazo violento por parte de la

² Ambrosio Manenti. Et al. Participación Social en Salud. Nicaragua. 2000. p. 51.

³ José Espinoza. Desarrollo Comunitario: Una perspectiva desde la salud. Sección 4 Cap. 1p.385

comunidad y el establecimiento de relaciones de clientelismo entre la comunidad y los/as agentes externos.

La adición de nuevas estructuras organizativas al sistema social existente influye negativamente en la participación de la comunidad, la comunidad participa mejor a través de las formas de organizaciones tradicionales que mediante otras creadas por agentes externos.⁴

Casi siempre agentes externos intervienen en la creación de estructuras organizativas en algunas comunidades, estableciendo una relación de clientelismo entre la comunidad y los/as agentes externos.⁵ El estado somete a la población en una relación de dependencia y ha dificultado tanto el desarrollo de iniciativas propias de la comunidad, como su inserción en la gestión.

Otros factores que influyen en la débil participación comunitaria en salud, es la falta de identidad e interés social de integración en actividades de beneficio comunitario.⁶ Una comunidad altamente migratoria, no logra estabilizarse como comunidad, el sentido de pertenencia de la población es muy bajo, la población no se interesa por el futuro de la comunidad, ni identifica la necesidad de cambio. Todo esto restringe la participación comunitaria.

En las comunidades rurales intervenida por agentes externos, donde la participación comunitaria ha sido de clientelismo se han generado proyectos sin impacto o con impactos negativos por el simple echo de que los/as comunitarios/as no son tomado en cuenta para la identificación de sus necesidades.⁷ Muchas veces los

⁴ *Ibid.* , p. 387

⁵ Ambrosio Manenti. *Et al. Lot. Cit.*

⁶ José Espinoza. *Lot. Cit.*, p. 387

⁷ Ambrosio Manenti. *Et. al. Lot. Cit.*

lineamientos son bajados desde el nivel central al personal de salud que labora en la comunidad y de ellos a los agentes comunitarios/as, comités de salud y población en general.

Muchas veces el personal de salud bajo planilla aún no logra insertarse en acciones conjuntas con la comunidad y su voluntaria participación, manteniendo cierta distancia profesional con quienes verdaderamente ejecutan acciones con el sólo interés de servir a la población.⁸

Regularmente el personal de salud asignado a las comunidades rurales, atribuye a la falta de participación todos los desaciertos presentes en los procesos de salud comunitaria. No obstante, existe un manifiesto que limita y desestimula la participación comunitaria, y es en principio la aplicación de políticas institucionales paradójica a la cultura organizativa de las comunidades. Sin embargo, el modelo de salud de la RAAN, tiene como estrategia promover el desarrollo de capacidades de la comunidad para que asuman 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 a sujeto que determina.⁹

La falta de conciencia de la población sobre la necesidad de su participación en la gestión de salud es una responsabilidad encomendada al personal de salud y los agentes comunitarios/as¹⁰. Los estilos centralizados de gestión institucional restringen los espacios de participación social en la planificación y dirección de las acciones, de acuerdo a la realidad específica del territorio.¹¹

⁸ Ambrosio Manenti. *Et al. Lot. Cit.*

⁹ **El Nuevo Sistema de Salud de las Regiones Autónoma del Atlántico Norte. p. 51**

¹⁰ José Espinoza. *Op. Cit.*, p. 410

¹¹ *Ibid.*

En otras comunidades, el rol de los sexos puede estar determinado de una forma tal, donde se le atribuye a la mujer el rol doméstico de educación y cuidado de los niños en el hogar, en cambio el hombre ejerce el rol público en los espacios de decisión y transacciones correspondientes. Por lo general ¹² las mujeres y jóvenes son excluidos de los espacios de decisión de la comunidad y que se trata de una cultura patriarcal donde las mujeres asumen el rol doméstico y los hombres son los que toman las principales decisiones.

El analfabetismo no sería un importante obstáculo para el liderazgo a lo interno de la comunidad. Sin embargo, una persona analfabeta difícilmente podría representar a la comunidad en procesos de negociación con agentes externos, ya que lo harían en condiciones desventajosas. ¹³

Por lo general las comunidades rurales han presentado históricamente un problema de atención en la educación escolar razón por la cual, los datos que se registran sobre el nivel académico de los/as líderes que ocupan cargos comunitario es relativamente bajo, lo que limita en gran medida la gestión, ¹⁴ Sin embargo, En México, Guatemala y en muchos países de América del Sur, la experiencia comunitaria demuestra que las personas que no saben leer y escribir muchas veces con perseverancia logran alcanzar niveles que les permite desarrollarse como promotores /as muy eficientes.

Sin obviar el valor de la mano de obra comunitaria. Es importante señalar, que la falta de recursos humanos e infraestructura es también otro factor que influye en la baja

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*, p. 411.

¹⁴ David Werner y Bill Bower. Aprendiendo a promover la salud. California. 1984. p. 18.

cobertura de los servicios de salud.¹⁵ El Ministerio de Salud a través del Plan Nacional valora que en algunas regiones de Nicaragua existe un porcentaje considerable de la población que no tiene acceso a los servicios de salud especialmente en la Regiones Autónomas del Atlántico Norte, esto se debe en gran medida a factores geográficos, económicos, culturales e incluso a la falta de información sobre los beneficios de los servicios de salud. Por otro lado no se ha desarrollado dentro de las instituciones del sector una cultura fija de promoción, prevención y previsión de los problemas de salud que motive a la población ha ser un actor activo en el fomento de la salud.

De acuerdo al Plan Nacional de Salud, la respuesta social a la situación epidemiológica y sus determinantes a través del sector salud ha sido poco eficaz, eficiente y efectiva. Por un lado se cuenta con escasos recursos para atender las necesidades y demanda de la población y por otro ha sido limitada la articulación de las instituciones y organizaciones del sector salud para desarrollar acciones intersectoriales efectivas que puedan revertir los problemas de salud de la población.¹⁶

No obstante, los procesos de capacitación y educación social, aún cuando han contribuido a transferir información de salud a la comunidad, se han dirigido fundamentalmente a fortalecer los programas institucionales, el desarrollo de las acciones se ha limitado coyunturalmente al desarrollo de jornadas puntuales y esporádicas, perdiéndose la continuidad y la acumulación de experiencias en las localidades. Sin embargo, sólo se motiva la participación

¹⁵ Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud 2004-20015. Gobierno de Nicaragua. 2004. p.24

¹⁶ *Ibid.*

comunitaria para determinados momentos y acciones, cayéndose posteriormente en períodos de discontinuidad.¹⁷

Las estructuras organizativas que asumen su rol en la administración de salud, involucran a los comunitarios/as y les motivan a participar en todo el proceso de salud, es decir, en la identificación de sus problemas, estos proponen soluciones, gestionan recursos, planifican e implementan intervenciones, la evaluación sistemática de este proceso será un termómetro para medir los logros que permitirá al sistema trabajar con mayor eficacia. Sólo por medio de la efectiva participación de la sociedad en la salud, será posible la educación que permita el cambio de hábitos y condiciones de vida riesgosas por otras más saludables, de esta manera es posible modificar el ambiente sanitario de la población y mejorar así las condiciones de salubridad de la misma. La comunidad con experiencia organizativa tiene mayores condiciones para una plena participación en la planificación y ejecución de actividades.¹⁸

Las organizaciones comunitarias se pueden clasificar en: activas, muy activas e infuncionales; es importante el rol que juegan las organizaciones comunitarias de salud sobre todo cuando están consolidadas, puesto que realizan gestiones en beneficio de la colectividad y llegan a liderar todos los eventos que se desarrollan en la comunidad, en cambio existen otras que se identifican como infuncionales, también conocidas como pasivas, las que se limitan a recepcionar y ejecutar orientaciones de los agentes externos.¹⁹

Sin embargo, para una efectiva participación un factor importante es la voluntariedad comunitaria, misma que se

¹⁷ Ambrosio Manenti. *Lot. Cit.*

¹⁸ José Espinoza. *Op. Cit.*, p. 382

¹⁹ Campos F. Harold. (1995). Memoria de Taller Participación Comunitaria en Salud. Nicaragua. p. 8

demuestra cuando la persona forma parte del grupo de trabajo por su propia voluntad, nadie puede ser obligado y la persona está convencida que el estar organizado tiene muchas ventajas para el desarrollo de su comunidad²⁰. No obstante, la red de agentes comunitarios realiza trabajo de carácter voluntario que responde a iniciativas propias y también con dirección institucional a todos aquellos llamados que el sector salud hace a la población para la ejecución de acciones sanitarias tales como jornadas de vacunación, anti epidémicas entre otras.²¹

El Ministerio de Salud destaca que en el contexto local existe una experiencia de trabajo comunitario que revela que hay comunidades más desarrolladas que otras gracias al protagonismo de sus líderes y a la influencia de facilitadores externos²².

Es importante mencionar que los pueblos indígenas tienen su propia visión del mundo que les rodea, su propia cultura, tradiciones y practicas muy particulares con respecto a la de otros pueblos, es importante destacar que en este contexto la ingerencia de facilitadores externos no ha logrado en todo el proceso, la implementación de un modelo de salud acorde a la naturaleza y razón de ser de las comunidades.

En las comunidades indígenas el rol de la juventud en los espacios de poder es relativamente pasivo ya que los cargos de relevancia culturalmente son asignados a los hombres con mayoría de edad o ancianos. Muchas costumbres en una comunidad favorecen la participación comunitaria, hay otras que pueden obstaculizarla. En ciertas comunidades indígenas la participación de los niños/as y de los jóvenes

²⁰ Lidia Juárez. *Op. Cit.*, p. 21.

²¹ Ambrosio Manenti. *Op. Cit.*, p. 50

²² Informe evaluativo 2002. Ministerio de Salud Rosita - PAISERR Rosita RAAN. p. 16

puede estar limitada por ritos de pasaje, es decir, es necesario pasar por ciertas etapas en la vida antes de ser candidato a participar de los espacios de decisión. En estas sociedades el papel del anciano es importante.²³

La participación de la comunidad se produce cuando existe conciencia de la necesidad de cambiar la situación actual, reconociendo su responsabilidad en este cambio mediante el establecimiento de una relación de responsabilidades recíprocas entre la comunidad y facilitadores externos.²⁴

Para lograr una efectiva participación comunitaria es importante destacar que los organismos centrales de las instituciones trasladen poder, recursos y responsabilidades a las periferias, teniendo en cuenta los recursos y capacidades existentes. La descentralización significa transferencia de poder, recursos y responsabilidad al nivel local, exige relativa autonomía en la toma de decisiones, acorde a la problemática local²⁵.

En lo que respecta a la cosmovisión, cultura y formas tradicionales de interpretar, relacionar y abordar la salud, los pueblos; difieren de un grupo étnico a otro, de una comunidad de más fácil acceso a otra con problemas de acceso a los servicios de salud, de una comunidad organizada a otra que no esta organizada y de esta manera se puede percibir en el contexto de la realidad comunitaria la participación en salud como una determinación filosófica propia de cada grupo social inmerso en su propia realidad. La participación comunitaria es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a salud y bienestar propios y los de la colectividad y

²³ **José Espinoza. *Op. Cit.*, p. 382**

²⁴ Ambrosio Manenti. *Op. Cit.*, p. 60

²⁵ El Nuevo Sistema de Salud de la Región del Atlántico Norte. *Op. Cit.*
p. 36

mejoran la capacidad de contribuir al propio desarrollo económico y comunitario²⁶. Además existe el desarrollo de procesos reflexivos y continuos fundados en la acumulación de experiencias y la democratización de conocimientos, mediante los cuales las comunidades se organizan para el logro de sus intereses, estableciendo sus necesidades y prioridades, interviniendo sobre su realidad para alcanzar salud.²⁷

3.2. Formas de participación comunitaria en salud de hombres y mujeres

En la comunidad el hombre está más involucrado en todo lo relacionado al trabajo directo, como promotor de salud, otros como líderes integrales involucrados en diversas actividades y en otros casos son indiferentes por que consideran que la salud no es una responsabilidad de la comunidad sino del Minsa. Sin embargo, en las reuniones donde se toman decisiones prevalece mayoritariamente la voluntad de los hombres.

En cambio la mujer juega un rol más doméstico, se encarga de cuidar a la familia y desde allí inicia su participación en la salud. La mujer en su rol de madre siempre está al pendiente de las condiciones de salud sobre todo de los niños, es la encargada de llevar a los menores a los puestos de vacunación, de garantizar el cumplimiento de la medicación en caso de enfermedades del niño (a) y del resto de la familia, además se ocupa de mantener guardado en lugar seguro la tarjeta de vacunación y llevar al niño/a al

²⁶ Dixis Figueroa Pedraza. Participación Comunitaria y Salud. E-mail: dixisnut@plopmail.com. Brasil. 2002. p. 4.

²⁷ Teresa Diéguez Calderón. *Et al.* Participación Comunitaria en Salud. 2002. Cuba. p.4.

puesto de salud o centro de salud cuando la enfermedad requiere de valoración médica.²⁸

Otro rol que se le asigna a la mujer es específicamente el trabajo de partera y en algunos casos de acuerdo a su inteligencia se van apropiando de conocimiento en el campo de la medicina natural y llega hacer promotora de salud. El programa de atención integral de salud en el área rural de Rosita, refleja que las mujeres, por lo general trabajan como parteras y en muy pocas ocasiones como líderes de salud, promotoras botánicas, brigadistas odontológicas o también como miembros de las Junta Directiva Comunitaria, esto se debe ha que muchos hombres no permiten a sus parejas tomar un cargo en la comunidad.²⁹

Es importante discernir sobre la percepción por sexo alrededor de la salud y las enfermedades. Para la mujer, la salud es parte del rol cotidiano en el seno familiar y por tanto tiene mayor información al respecto, sobre todo en lo que se refiere ha medicina casera. En cambio en algunos casos el hombre juega un rol complementario en situaciones de emergencia, este caso reúne la filosofía comunitaria más típica de todos los tiempos. Sin embargo en la actualidad muchos hombres están directamente involucrados como agentes de salud y como gestores comprometido con el bienestar de la familia sobre todo en las zonas rurales de más difícil acceso.³⁰

En salud comunitaria, tanto hombres como mujeres pueden llegar a ser buenos promotores/as, sin embargo, existen referencias sobre razones comunes para escoger a los

²⁸ *Ibid.*

²⁹ Cristina Schmutzhard. Informe de Evaluación del Proyecto .Programa de atención integral de salud en el sector rural de Rosita. 2006. p. 11.

³⁰ Dixis Figueroa. *Op. Cit.*, p. 9.

hombres como promotores: muchas veces los hombres pueden ir y venir con mayor facilidad que las mujeres. Pueden ir solo o de noche a una comunidad lejana para atender una emergencia. Gran parte del trabajo para mejorar la salud incluye actividades agrícolas, los sistemas de agua, construcción de letrinas y otras actividades para la que se necesita la participación del hombre, quizás por que existe la idea de que este trabajo lo puede dirigir mejor un líder varón.³¹

Estudios realizados en México, sobre la participación de las mujeres como promotoras de salud, demuestran que el involucramiento de este sector no sólo fortalece su autoestima, sino también la valoración social del protagonismo femenino³². La experiencia refleja como las mujeres se a venido insertando poco ha poco en todos los espacios de poder en las comunidades, aunque su participación aún es baja cabe destacar que tantos hombres y mujeres son conciente de la importancia de articular esfuerzos en pro del beneficio común.

La Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, manifiesta que la equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias en los niveles del bienestar físico, psicológico y emocional, evitable e injusto entre mujeres y hombres. Significa que las mujeres y los hombres tienen la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitar o morir por causas que son evitables.³³

³¹ David Werner y Bill Bower. *Op. Cit.*, p. 38

³² Hernán García Ramírez. 1990. Salud, Conciencia y Organización. México. p. 21.

³³ Equidad de Género en Salud. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. 2002.
<http://www.reddesalud.web.cl/>. p. 1.

Cabe señalar que para el Ministerio de Salud la equidad de género en salud significa que las mujeres y los hombres tengan una misma oportunidad para gozar de buena salud. Significa enfatizar en la importancia de la igualdad, haciendo realidad lo establecido, formalmente, en las leyes sobre igualdad, la equidad de género establece trato justo y equitativo, reconoce y valorara de forma equilibrada el potencial de mujeres y hombres y la distribución entre ellos y ellas, reconoce las diferentes realidades, intereses y necesidades de salud de mujeres y hombres para la formulación de planes.³⁴

La salud comunitaria, es definida como el conjunto de acciones integradas, realizadas por distintos actores del Estado, comunidad e instituciones de la sociedad civil. Las acciones integran la prevención de enfermedades, promoción de la salud y asistencia en salud.³⁵

Hay dos manera de participación comunitaria: La participación que está limitada a la ejecución de las acciones y generalmente impuesta desde niveles superiores requiriendo ciertos elementos que demanda de la participación activa de los comunitarios/as como en la mano de obra de la comunidad en construcción de puesto de salud, letrinas, casa base, en la movilización de los/as líderes de la comunidad, ya sea organizando reuniones y asambleas para la educación en salud, apoyando con bestias para la movilización de las brigadas de salud, delegando ha personas como guía y apoyando en

³⁴ Ministerio de Salud. *Op. Cit.* p.46.

³⁵ Manuel Martínez, *Et, al.* 1999. Salud comunitaria. Conceptos, métodos y herramientas. Nicaragua.
p.11

contribución económica para que el promotor de salud se movilice a realizar gestiones comunitarias.³⁶

En lo que respecta a la participación integral, las experiencias de la participación de la comunidad en el ciclo completo de planificación de las actividades, implantación y evaluación de las mismas, han tenido muy positivos y satisfactorios resultados. Para obtener un mejor resultado y apoyo de la comunidad se debe: respetar las costumbres y la medicina tradicional, hacer un buen trabajo de manera que convenza a la comunidad, realizar intercambios de conocimientos y abandonar las formas paternalistas de educación en salud y organizar programas de salud con la participación de la comunidad.

En salud es importante la participación activa de la comunidad en todas las fases y puesta en práctica de las actividades, entre ellos encontramos, voluntarios comunitarios de salud para una buena participación en salud estos deben tener en cuenta lo siguiente: Conocer los problemas de salud de la comunidad, los programas y actividades del centro de salud, transmitir la información a sus órganos de bases y dar a conocer al personal sanitario las deficiencias encontradas en el trabajo de salud.

Es importante señalar que los/as agentes comunitarios/as deben colaborar con el personal sanitario en el cumplimiento y evaluación de los programas, participando activamente en las tareas de educación para la salud intentando llevar a todos sus habitantes un nivel mínimo de conocimientos de higiene y medicina para proteger su salud y para utilizar correctamente los servicios sanitarios de su zona y participar activamente en los consejos de salud.³⁷

³⁶ Miguel A. Orozco. Gestión Local en Salud. Nicaragua. 2000. p. 98

³⁷ *Ibid.*, p. 28

Por lo general la comunidad participa aportando elementos para el análisis de la situación actual como informantes claves, asegurar el bienestar de la comunidad, identificar los problemas comunitarios y sus causas, Identificar líneas de acción, planificar actividades, ejecutarlas, realizar actividades, desarrollar prácticas comunitarias de salud, evaluar la eficacia del servicio, así como proporcionar agentes voluntarios/as de salud.³⁸

Por lo general en el hogar se fomentan prácticas preventivas y de protección frente a las enfermedades, esta participa en la educación en salud entre sus miembros y otros de la red social, en las organizaciones, en la gestión de la salud a nivel comunitario y comparte experiencias con otros miembros de la comunidad. La influencia de la familia en las creencias y conductas de sus miembros se produce tanto a través de las relaciones interpersonales cotidianas, como por las características socioculturales del medio donde se inserta.³⁹

Dentro de la estrategias de desarrollo del modelo de salud de la Región del Atlántico Norte, RAAN, plantea fomentar un entorno que permita a la unidad familiar mejorar su salud a través de la educación sanitaria, promoción de derechos, especialmente los de las mujeres, atención y trabajo directo con la familia y apoyo a la organización comunal en torno a la solución de problemas de salud.⁴⁰

En cuanto a la manera de participación comunitaria predominan las jornadas de limpiezas, jornadas de vacunación en el caso de los hombres como guía y las

³⁸ Manuel Martínez Moreira. Promoción y Educación en Salud. Nicaragua.2000. p. 81

³⁹ *Ibid.* p. 322.

⁴⁰ El Nuevo Sistema de Salud en la Región del Atlántico Norte. *Op. Cit.*, p. 37

mujeres asistiendo con sus niños/as, letrificación, siendo miembros de la comisión de traslado de pacientes, brindando charlas educativas en salud, talleres, organizándose, haciendo pruebas de gota gruesa para análisis de casos de malaria, brindan consultas, levantamiento de censos sanitarios, abatizaciones, fumigaciones, controles de focos, reuniones y asambleas comunitarias⁴¹. Por lo general, la participación de la comunidad comprende en primer lugar la planificación, donde entran la definición de necesidades, los objetivos y estrategias, la adopción de decisiones con respecto a servicios, la determinación de los medios de obtener y el empleo de recursos.⁴²

Por lo general las organizaciones comunitarias se pueden clasificar en: activas, muy activas e infuncionales; es importante el rol que juegan las organizaciones comunitarias de salud sobre todo cuando están consolidadas, puesto que realizan gestiones en beneficio de la colectividad y llegan a liderar todos los eventos que se desarrollan en la comunidad, en cambio existen otras que se identifican como infuncionales, también conocidas como pasivas, las que se limitan a recepcionar y ejecutar orientaciones de los agentes externos. La comunidad colabora cuando se solicita, la comunidad aporta mano de obra gratuita o barata, materiales y aun recursos económicos, pero no participa en las tomas de decisiones. Es conocida como colaborativa. Ej. Participación en las Jornadas de vacunación, limpieza ambiental entre otras.⁴³

⁴¹ Vilma Altamirano. *Et. al.*, CECALLI. Manual para Promotores de Salud Comunitaria.

Nicaragua. 1998 p. 17.

⁴² Martínez Navarro. Salud Pública. Ed. Interamericano. 1998. p. 8

⁴³ Harold Campos. *Lot. Cit.*

El Gobierno de la Región del Atlántico Norte con el fin de dar una respuesta a las necesidades y demandas de la población a los servicios de salud, definió un modelo de salud propio de gestión y administración sustentada en el ordenamiento jurídico sectorial contenido en la Ley 28 de Autonomía Arto. 8 y en la Ley General de Salud.

El Modelo de Salud, propone promover la participación de los pueblos indígenas y étnicos como principales protagonistas en la conducción de los diferentes programas de salud, “se promoverá de manera más efectiva la participación de la comunidad en la gestión de los servicios de salud, basado en un proceso de negociación-concertación y consenso en el sentido que los individuos, la comunidad, el personal de salud y otras estructuras organizativas puedan responsabilizarse de la conducción, programación y gerencia de los servicios y unidades”.⁴⁴

En las comunidades rurales existen diferentes agentes comunitarios/as con funciones específicas entre ellos están las parteras, líderes de salud, brigadistas odontológicos, promotores/as de botánica etc. Quienes representan un elemento estructural principal de la atención en salud. Esta red de agentes comunitarios en salud, en algunos países se les llama consejos comunitarios de salud, Junta Directiva comunales de salud y/o Comité Comunitario de Salud, cualquiera que fuese el nombre que se le dé, estas estructuras comunitaria juegan un rol importante en pro de la salud de las comunidades cuando logran crear mecanismos de coordinación, unidad y cohesión de objetivos.⁴⁵

⁴⁴ Nuevo sistema de salud en la Región Autónoma del Atlántico Norte. *Op. Cit.*, p. 39

⁴⁵ Braulio Urcuyo. *Et. at.* Los promotores de salud eslabón vital en la atención primaria. 2002. p. 75.

Las redes o alianzas tienen un valor inestimable porque reúnen a los diferentes grupos y a los recursos provenientes de todos los sectores de la comunidad y organizaciones que la conforman, y evidencian el apoyo comunitario comprometido con el desarrollo propio, además permiten contribuir desde la experiencia de cada miembro de la Red, así como informar y movilizar a los beneficiarios específicos, Identifica inequidades reales y se dedica a resolver problemas desde diferentes puntos de visión de los comunitarios.⁴⁶

Cabe señalar, que las redes comunitarias pueden intercambian distintos bienes y servicios, por ejemplo brindan información y consejos acerca de la identificación de una enfermedad y su tratamiento con remedios caseros o medicina natural, a quién acudir en caso de ciertas enfermedades. El conocimiento empírico acerca de la salud y la enfermedad se transmiten de una generación a otra en el seno de la familia, contribuyen a la producción colectiva de este conocimiento, la familia y agentes de salud.⁴⁷

3.3. Prácticas tradicionales en salud comunitaria de acuerdo al origen étnico

Desde tiempos inmemoriales, la humanidad a incorporado a la cultura diversas formas de vivencia y prácticas desde el ceno familiar, implementando una gama de conocimientos sobre la salud, que se han venido heredando de generación en generación.⁴⁸ Es importante señalar que la gente o el paciente quieren ser oída, atendida, complacida, comprendida etc. Por estas mismas razones es que en algunas comunidades tiene gran vigencia el curandero, agentes de medicina natural, partera, sobador etc. Por que

⁴⁶ Harold Campos. *Lot. Cit.*

⁴⁷ José Espinoza. *Op. Cit.* p. 357

⁴⁸ *Ibid.*

casi siempre son más humanos que los propios médicos de los servicios sociales, los/as agentes tradicionales de salud atienden con verdadera solicitud, consuela y tranquiliza a los pacientes.⁴⁹

Los médicos y curanderos antepasados, sabían curar cualquier enfermedad sin que hayan existido las pastillas de hoy. Utilizaban en sus curaciones, plantas medicinales, pero también sustancias de animales.⁵⁰

La medicina indígena es un sistema de conocimientos, creencias y prácticas destinado a la prevención y curación de enfermedades en el contexto de la realidad económica, social y cultural de la comunidad. Es ejercida por médicos tradicionales conocidos como sukias, curanderos, parteras y una buena cantidad de la población donde los servicios de salud son limitados o no existen, la utiliza cotidianamente⁵¹.

El modelo de salud regional del Atlántico Norte aborda que la salud comunitaria es un sistema particular ampliamente participativo donde se relaciona el saber comunitario/a con la ciencia médica moderna.⁵²

Para que las comunidades rurales tengan acceso a los servicios básicos de salud en cuanto a la atención primaria a nivel comunitario y en función de las necesidades de la población, el nuevo sistema de salud subraya que seguirán siendo eslabones fundamentales de la atención en salud, los voluntarios de la comunidad, es decir parteras empíricas, los/as líderes de salud y los/as brigadistas botánicos. Existe

⁴⁹ Ambrosio Manenti. *Op. Cit.* p. 82

⁵⁰ Ramón Espinoza. *Op. Cit.* p. 21.

⁵¹ Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe de Desarrollo Humano. 2005, Las Regiones Autónomas de la Costa Caribe. ¿Nicaragua asume su diversidad? p. 84.

⁵² Nuevo sistema de salud en la Región Autónoma del Atlántico Norte.

especial interés en la integración al sistema de salud comunitaria a curanderos/as, profetas y sukias, dándoseles reconocimiento a nivel local, municipal y regional como representantes de una cultura médica, que históricamente ha atendido a la comunidad. Por lo tanto, en la gestión pueden participar la población en general y los/as representantes de la medicina tradicional a través de la integración al proceso de decisión, administración y ejecución de las actividades del sistema en su localidad.⁵³

El conocimiento en el uso y efecto de plantas medicinales, grasas animales y sustancias minerales se han venido heredando de generación en generación, existen diferentes maneras de preparar los remedios caseros y de su correcta preparación depende si el remedio es efectivo o no, entre las manera más común de preparar el remedio casero están la infusión, cocimiento, restregado en crudo, vaporización, té de plantas y suazado de hojas, Sin embargo la medicina tradicional no se limita al uso de las plantas medicinales, va mucho más allá de eso, las plantas medicinales son una base en la terapéutica tradicional, en muchos casos un gente de medicina tradicional inicia en el campo de lo sobrenatural.⁵⁴

En cuanto a la concepción salud – enfermedad está sostenida de acuerdo al origen étnico de las comunidades, con respecto a los indígenas está sostenida bajo la creencia mágico religiosa y curación, por ejemplo tienen la creencia que la causas de la tuberculosis se debe a la venganza de la naturaleza, producto de la ambición por la búsqueda de oro, sin embargo los mestizos tienen otras concepciones más

⁵³ El Nuevo Sistema de Salud de la Región Autónomas del Atlántico Norte. *Op. Cit.*, p. 44

⁵⁴ Juanita Brussel. *Et. at.* ISNAYA. Manual de Plantas Medicinales para el Promotor de Medicina Preventiva y Salud Comunitaria. Nicaragua. 1992. p. 207

afines a la medicina ortodoxa como las que las enfermedades se dan por la falta de aseo en la casa o al preparar la comida y la falta de aseo personal. La participación de la comunidad a través de la práctica de la medicina tradicional para el cuidado de la salud y el aprovechamiento de los recursos de la medicina tradicional es parte de las estrategias de atención primaria de salud.⁵⁵

Son muchas las creencias que nuestros antepasados indígenas crían que se podía adquirir las enfermedades y la muerte, entre ellas se menciona: Enfermedades causadas por la influencia de seres sobrenaturales. Ej. Enfermedades causadas por medios mágicos o brujerías, enfermedades causadas por la influencia de seres naturales, o sobre naturales. Ej. Ojo en el niño, enfermedades causadas por castigo de Divino, enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio con la naturaleza.⁵⁶

El hechizo según testimonio de la comunitaria Marlene Nicasio de la comunidad Dibahil es provocado por alguna persona ya sea de la comunidad o de otro lugar para hacer daños una persona en particular o alguna familia. En la comunidad hay muchas personas que practican la magia, invocan al espíritu del demonio para causarles daño a las personas que ellos o ellas odian⁵⁷. La medicina tradicional es considerada como un recurso de mucha importancia y de aplicación verdaderamente útil, que llena además otros vacíos de acercamiento, relación, vida comunitaria, ideales, formas de pensar y sobre todo la manera de creer.⁵⁸

⁵⁵ Jairo Vanegas. *Plantas Medicinales con la Terapéutica Miskita*. Nicaragua. 2002. p. 35.

⁵⁶ *Ibid.* p. 45

⁵⁷ Corazones Unidos. *Memoria: Intercambio de conocimiento y experiencias entre líderes de salud, parteras y agentes de la medicina tradicional en salud del Municipio de Rosita y Sahsa*. Rosita. 2005. p. 5

⁵⁸ Ambrosio Manenti. *Op. Cit.* p. 82

Las creencias, mitos y tabúes alrededor de la maternidad muchas veces se conjugan en la figura de la partera, curandero o Sukia, en quien se deposita gran parte de la confianza y responsabilidad para la recuperación del enfermo.

Hipólita Mendoza, de la comunidad la florida, partera y promotora de la medicina natural con muchos años de experiencias expresa que “las plantas son seres vivos que escuchan y sienten, responden de acuerdo al trato que uno les dé, muchas veces para que una medicina de plantas de resultados los curanderos debemos hablar con la planta, exponerle el problema y para que la queremos, además debemos de pagar el servicio que la planta brindará al paciente, en otros casos se tiene que aplicar una oración para poder usar efectivamente una planta ya sea para curar una enfermedad natural o para desafiar espíritus malignos, poderse comunicar con las plantas es un don maravilloso que no todo mundo entiende”.⁵⁹

Las instituciones ya han reconocido el papel de las parteras tradicionales, pero es necesario que no se deseche la posibilidad de incorporarlos como un recurso valioso en la atención primaria a la salud, por el conocimiento, experiencia, posición privilegiada y su compromiso con la población. Encuentros de capacitaciones realizado en Ecuador con personal auxiliar de enfermería inmerso en programas de desarrollo integral en salud con grupos indígenas tanto de los Andes como de los altos Amazonas se obtuvo como resultado una propuesta para obtener un mejor apoyo de la comunidad que consistió: Respetar las costumbres y la medicina tradicional, hacer un buen trabajo de manera que convenza a la comunidad de su eficiencia y

⁵⁹ Corazones Unidos. *Lot. Cit.*

conseguir un intercambio de conocimientos y abandonar las formas paternalistas de educación en salud.⁶⁰

Ya existe una larga trayectoria de trabajo de sensibilización con los técnicos de salud para que no solo respeten y acepten a los agentes tradicionales de salud con sus creencias y prácticas, sino que se ha desarrollado todo un proceso de sensibilización para crear un clima de armónico y relaciones horizontales de doble vía entre los técnicos que promueven la medicina occidental y los agentes tradicionales de salud que promueven la medicina ancestral. Cabe destacar que a pesar de los esfuerzos aún no se ha logrado el nivel de desarrollo de correspondencia deseado. Aún cuando existen avances significativos en este proceso hay quienes todavía subestiman y se resisten a aceptar las prácticas tradicionales de salud comunitaria. Las políticas de salud aplicada en las comunidades asume al agente comunitario como un instrumento al servicio de la institución y no como en realidad debe ser, un agente de cambio en el proceso de desarrollo integral de la comunidad.

⁶⁰ David Werner y Bill Bower. *Op. Cit.*, p. 41.

IV. METODOLOGIA

4.1 Breve caracterización del municipio de Rosita

El municipio de Rosita se localiza en el centro de la Región Autónoma del Atlántico Norte a 413 Km. de Managua capital de la República de Nicaragua a 143 Km. de Bilwi Cabecera Regional y cede del Concejo y Gobierno del Atlántico Norte.

Rosita, limita al norte con el municipio de Waspan, al sur con el Municipio de Siuna y Prinzapolka, al este con la ciudad de Bilwi y Prinzapolka, al oeste con el municipio de Bonanza, se divide en 57 comunidades 6 de ellas son del grupo étnico Sumos – Mayangnas, 14 comunidades se localizan a bordo de carretera 26 se ubican a distancias no muy lejanas y 17 comunidades son de difícil acceso. El área urbana cuenta con 13 barrios 10 de estos están habitados por una población mixta y 3 por pobladores indígenas.

4.2 Ubicación del estudio

Las comunidades mestizas donde se realizó el estudio fueron, San Francisco, ubicada a 10 Km al sureste de la cabecera municipal y cuenta con una población de 293 habitantes; Susún de las Flores, localizada a 2 ½ Km del poblado de Susún central al noreste de la ciudad de Rosita y tiene una población de 186 habitantes; La Florida ubicada a 26 Km al sur del área urbana con una población de 317 habitantes y la comunidad de Minezota ubicada a 10 Km al norte de la ciudad de Rosita con una población de 194 habitantes.

Las comunidades indígenas donde se realizó el estudio fueron, Dibahil que se ubica a 7 Km al suroeste de la cabecera municipal con una población de 230 habitantes y Fruta de Pan ubicada 6 Km al suroeste de la cabecera municipal con una población de 252 habitantes.

4.3 Tipo de estudio

El estudio se realizó con enfoque cualitativo de tipo descriptivo, el propósito fundamental fue describir los factores que facilitan o restringen la participación comunitaria en salud, apegados al trabajo de los/as líderes y comunitarios/as. El estudio se centró en el fenómeno de la realidad social retomando e interpretando los acontecimientos desde las diversidades y semejanzas en las comunidades donde se efectuó la investigación.

4.4 Población

La población de estudio fue de 494 comunitarios/as, distribuida de la siguiente manera: 137 indígenas, 70 femenina y 67 masculino, 357 mestizos, 195 masculino y 162 femenina mayores de 18 años, siendo esta la población que tiene la posibilidad de involucrarse y participar de manera activa en las actividades comunitarias de salud.⁶¹

4.5 Muestra

La muestra es de 124 comunitarios/as, correspondiente al 25 % de la población total, se tomó la muestra proporcionalmente de acuerdo a la población de cada una de las comunidades. Cabe señalar que aunque el estudio sea cualitativo, según Sampieri (2005), estos deben trabajarse con muestras de acuerdo a las valoraciones del equipo investigador.

Población (N) y muestra del estudio (n)

Comunidad	Origen	N	n	Sexo	
				F	M
Minezota	Mestiza	73	18	9	9

⁶¹ Fuente. Ministerio de Salud Rosita (2005) y Programa Corazones Unidos por la Salud (2005).

La Florida	Mestiza	102	26	13	13
Susún de las Flores.	Mestiza	80	20	8	12
San Francisco	Mestiza	102	26	16	10
Dibahil	Indígenas	86	21	14	7
Fruta de Pan	Indígenas	51	13	7	6
TOTAL GENERAL		494	124	67	57

N = Población.
n = Muestra.

4.6 Grupos seleccionados

Los/as Líderes y comunitarios/as mayores de 18 años y habitantes estables de las comunidades donde se realizó la investigación.

4.7 Fuentes de información

Fuente primaria: Los/as Líderes de Salud y comunitarios/as.

Fuente Secundaria: Bibliografía e información obtenida de Internet.

4.8 Técnicas utilizadas para la recolección de la información

Para la recolección de la información se realizó las técnicas de la observación y entrevistas a profundidad dirigida líderes/sa y comunitarios/as.

4.9 Unidad de Análisis

La unidad de análisis en el estudio fueron las seis comunidades donde se realizó la investigación, los/as líderes que trabajan en las mismas y los/as comunitarios/as mayores de 18 años de edad de origen mestizo e indígenas.

Líderes comunitarios: Para fines del estudio se definió como líderes a comunitarios/as a las personas que ejercen roles vinculados o directamente inmersos en la salud en sus

comunidades y comunitarios/as, como personas naturales de la comunidad que no están directamente involucrados en los procesos de salud comunitaria o que juegan un rol pasivo.

4.10 Criterios de selección del área de estudio

- Comunidades con baja cobertura institucional del Ministerio de Salud.
- Con fácil acceso a la obtención de la información
- Comunidades que hayan sido beneficiadas o tengan apoyo de ONG en salud.
- Comunidades que cuenten con agentes comunitarios (as) en salud.
- Comunidades que cuenten con cierto nivel de organización relacionado a la salud.
- Comunidades mestizas.
- Comunidades Indígenas.

4.11 Criterios de inclusión en la muestra

- Personas mayores de 18 años.
- Padres y madres de familia.
- Que sean habitantes estables en las comunidades.
- Comunitarios/as que estén dispuesto a facilitar la información.
- Líderes de Salud.

4.12 Criterios de exclusión en la muestra

- Comunitarios/as no estables en las comunidades
- Menores de 18 años de edad.
- Que no sean padres de familia.
- Comunitarios/as que no estén en capacidad de facilitar información.

4.13 Trabajo de Campo

Se realizó visitas exploratorias a las seis comunidades estudiadas, estableciéndose los primeros contactos con

los/as líderes y comunitarios/as a través de reuniones y visitas domiciliarias, donde se dió ha conocer el propósito de la investigación para crear un clima de confianza con los/as informantes claves.

En la revisión documental se realizó una exhaustiva investigación detenida de libros, revistas, folletos y se consultaron artículos del Internet para contar con una base de información relacionada con el tema que se investigó.

Para la recolección de la información necesaria se procedió a la aplicación de entrevistas a profundidad dirigida a lideres y comunitarios/as.

4.14 Procesamiento y Análisis de la información

Para el procesamiento y análisis de la información de preguntas abiertas se realizó la clasificación y tabulación de datos, para las preguntas cerradas se dispuso del programa Spss, luego según los descriptores involucrados en el estudio por cada objetivo se procedió hacer la discusión y relación de la teoría con la información recopilada.

Matriz de descriptores

Categoría de análisis	Descriptores	Técnica	Fuente de información
	Factores que facilitan la participación comunitaria en salud: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Experiencias Organizativas ▪ La Voluntariedad comunitaria. ▪ La Presencia de facilitadores. 	Observación Entrevista a profundidad.	Agentes comunitarios/as en salud. Comunitarios/as .
Factores que facilitan o restringen la participación comunitaria en salud.	Factores que restringen la participación comunitaria en salud: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Toma de decisiones. ▪ Nivel académico de los/as líderes. ▪ Acceso a la información y a los servicios de salud. 	Observación Entrevista a profundidad.	Agentes comunitarios/as en salud. Comunitarios/as
Formas de participación comunitaria en salud de	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formas de participación de hombres y 	Observación .	Agentes comunitarios/as en salud.

<p>hombres y mujeres en seis comunidades del municipio de Rosita.</p>	<p>mujeres en salud comunitaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La red de agentes comunitarios/as en salud. ▪ Instancia donde recurren en caso de enfermedad. 	<p>Entrevista a profundidad.</p>	<p>Comunitarios/as .</p>
<p>Prácticas tradicionales en salud comunitaria de acuerdo al origen étnico en el municipio de Rosita.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prácticas de la Medicina Natural. ▪ Cosmovisión (Creencias) 	<p>Observación . Entrevista a profundidad.</p>	<p>Agentes comunitarios/as en salud. Comunitarios/as .</p>

V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

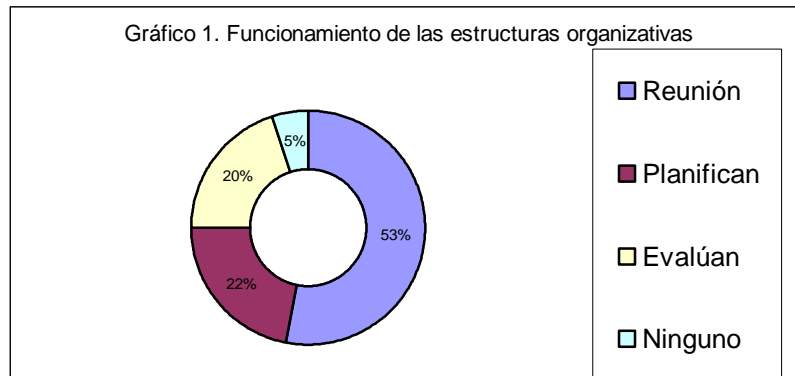
5.1 Factores que facilitan o restringen la participación comunitaria en salud

5.1.1. Experiencias organizativas

En el siguiente gráfico se observa que las estructuras organizativas existentes en las comunidades rurales abordadas en el estudio, se caracterizan por su dinámica de trabajo con la participación de la comunidad, con el propósito de planificar actividades en base a la problemática mas sentida en el entorno comunitario. La experiencia de trabajo comunitario en salud, a demostrado que las comunidades se reúnen con prioridad para analizar y buscar soluciones a situaciones coyunturales o cuando se requiere de la participación activa de la comunidad para intervenir en la ejecución de actividades y como respaldo en la gestión comunitaria, aunque se realizan actividades planificadas y en su mayoría otras no planificadas, lo cierto es que muy poco se evalúan los procesos, sin embargo, es importante que aunque hay una muy buena valoración del quehacer de las estructuras comunitarias existe, también existe un mínimo de los comunitarios/as que desconocen el protagonismo del liderazgo de las estructuras organizativas en las comunidades.

Los resultados se pueden relacionar a lo planteado por Espinoza (2002), quién manifiesta que las estructuras organizativas que asumen su rol en la administración de salud, involucran a los comunitarios/as y les motivan a participar en todo el proceso de salud, es decir, en la identificación de sus problemas, estos proponen soluciones, gestionan recursos, planifican e implementan intervenciones. La evaluación sistemática de este proceso será un termómetro para medir los logros que permitirá al sistema

trabajar con mayor eficacia. Sólo por medio de la efectiva participación de la sociedad en la salud, será posible la educación que permita el cambio de hábitos y condiciones de vida riesgosas por otras más saludables, de esta manera es posible modificar el ambiente sanitario de la población y mejorar así las condiciones de salubridad de la misma. La comunidad con experiencia organizativa tiene mayores condiciones para una plena participación en la planificación y ejecución de actividades.



Aunque la mayoría de los/as entrevistados manifestaron que las estructuras organizativas realizan reuniones comunitarias y que estas no obedecen aún plan específico, en el siguiente gráfico se observa que estas estructuras funcionan más de cara a problemas que afectan a la comunidad en momentos determinados y cuando se requiere de la fuerza organizada de la comunidad es precisamente cuando los/as líderes convocan a reuniones.



Relacionado al tipo de liderazgo en las comunidades, el estudio demostró que en las comunidades indígenas existen debilidad en cuanto a liderazgo, ya que las personas entrevistadas afirman que los/as líderes se ubican entre pasivos e infuncional con el 62%, y un 38% opinan que el liderazgo comunitario está entre muy activo y activo. Sin embargo las comunidades mestizas en estudio se inclinaron a favor de que el liderazgo comunitario está tipificado en un 61% entre muy activo y activo en cambio existe un mínimo del 39% que opina que el liderazgo es pasivo. En el gráfico 3, se presenta la diferencia en cuanto al tipo de liderazgo de acuerdo al origen étnico de las comunidades.

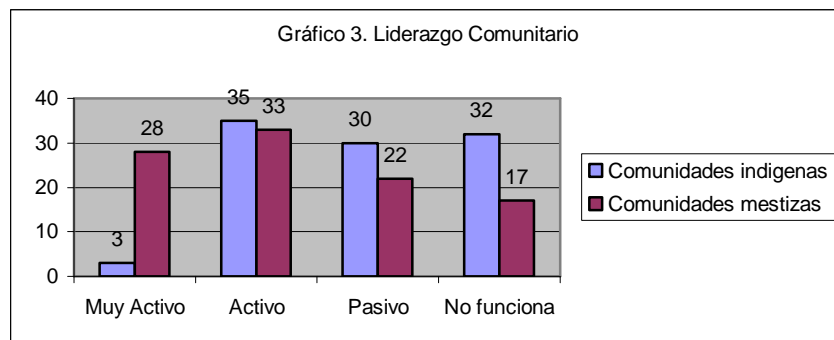
La experiencia de trabajo comunitario en donde los/as líderes se caracterizan por ser activo han demostrado ser protagonista de cambio, su trabajo está centrado en objetivos comunes, su gestión está orientada a mejorar las condiciones de vida de sus representados, su dinámica de trabajo es participativa y por ende más efectiva. Existe el/la líder muy activo que está empoderado de su rol de líder con capacidad de convocatoria y planificación participativa gestión efectiva y con un sistema de evaluación sistemática de los procesos de desarrollo comunitario. En cambio las comunidades que cuentan con líderes pasivo no se ocupan

de su rol y se vuelve conformista e infuncional de manera que en su gestión no se ven resultados.

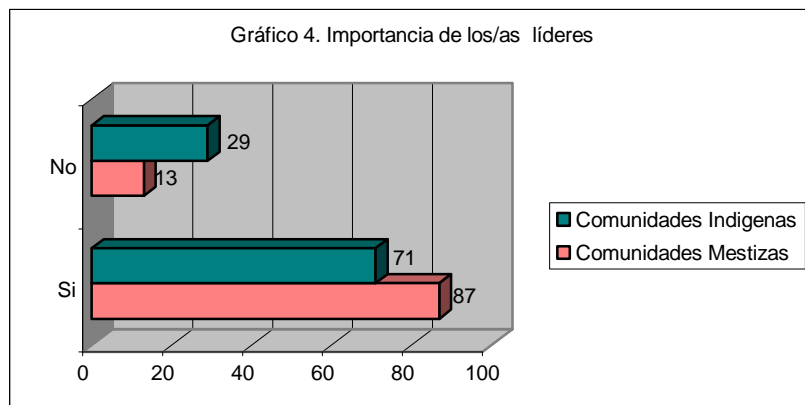
Según Campos (1995), las organizaciones comunitarias se pueden clasificar en: activas, muy activas e infuncionales; es importante el rol que juegan las organizaciones comunitarias de salud sobre todo cuando están consolidadas, puesto que realizan gestiones en beneficio de la colectividad y llegan a liderar todos los eventos que se desarrollan en la comunidad, en cambio existen otras que se identifican como infuncionales, también conocidas como pasivas, las que se limitan a recepcionar y ejecutar orientaciones de los agentes externos.

El grado de participación comunitaria está determinado por el grado de control sobre la toma de decisiones por parte de la comunidad. Una comunidad es pasiva, cuando la población es beneficiaria de los resultados y son concientes de las necesidades sin asumir responsabilidades. La comunidad colabora cuando se solicita, la comunidad aporta mano de obra gratuita o barata, materiales y aun recursos económicos, pero no participa en las tomas de decisiones. Es conocida como colaborativa.

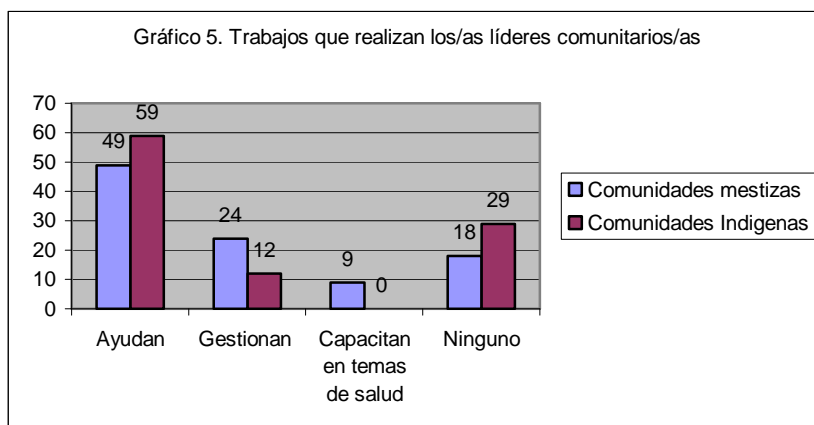
Una autentica participación comunitaria se manifiesta, cuando en una comunidad existe total autonomía de los participantes en la autogestión. La comunidad formula y gestiona sus propios planes y proyectos. Toma sus propias decisiones sin la intervención de agentes externos, es decir, toma la responsabilidad completa de su desarrollo.



En relación a la importancia de los/as líderes en las comunidades en estudio, se presenta en el gráfico No. 4, donde se observa la diferencia entre las comunidades mestizas e indígenas en cuanto al valor que le dan los/as comunitarios/as, sin embargo un mínimo de los/as entrevistados/as manifestaron lo contrario. Estos resultados reflejan que la eficiencia y eficacia de la gestión comunitaria dependen en gran medida del grado de organización, planificación participativa en la comunidad, ejecución de las actividades y evaluación sistemática del proceso, sin obviar la pertinencia de la comunicación constante y adecuada. Estos resultado se pueden relacionar con las conclusiones del Proyecto de atención integral en salud al área rural de Rosita (PAISSER, 2002), donde destaca que en el contexto local existe una experiencia de trabajo comunitario que revela que hay comunidades más desarrolladas que otras gracias al protagonismo de sus líderes y a la influencia de facilitadores externos.



Al relacionar el trabajo que realizan los/as líderes de acuerdo al origen étnico de las comunidades se obtuvieron los siguientes resultados. En las comunidades mestizas el 49% opinó que los/as líderes ayudan a la comunidad como promotores de salud, captando y organizando voluntarios para desarrollar actividades que respondan a los problemas más sentidos de la comunidad, generalmente los/as líderes convocan a la comunidad para informar sobre diversos temas de interés y planificar acciones, según los/as comunitarios/as, el 24% expresó que los/as líderes realizan gestiones y que mantienen una relación de coordinación con los actores externos que juegan el rol de facilitadores en las actividades de salud comunitaria y en otras prioridades de la comunidad a través de estos líderes llegan las jornadas de salud integral a las comunidades y otros beneficios que provee el Ministerio de Salud y organismos afines.



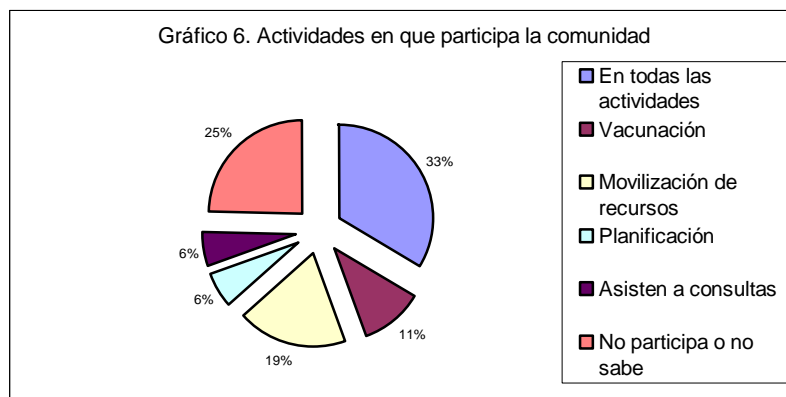
Es necesario destacar el bajo nivel de trabajo realizado en cuanto a capacitación por parte de los/as líderes, ya que solo un 9% de ellos en las comunidades en estudio desarrollan actividades de capacitación en la comunidad sobre temas de educación en salud preventiva (causas, consecuencias y como prevenir la malaria, diarrea, prácticas de vida saludable, importancia de la organización y participación comunitaria, entre otros), por otra parte el 18% de los/as líderes no realizan ningún tipo de actividad correspondiente a las competencias que debe asumir como representante de la comunidad en materia de salud.

En lo que respecta a las comunidades indígenas, se pudo apreciar una diferencia en los resultados, donde según los comunitarios/as afirman que el 59% de los/as líderes ayudan a la comunidad brindando atención directa a pacientes por parte de Sukia, curanderos, parteras y ancianos con bastos conocimientos en la medicina tradicional, sin embargo la gestión ante actores externos es relativamente baja ya que aproximadamente un 12% de los/as líderes realizan gestiones a nivel institucional, y un 29% expresaron que no realizan ninguna actividad. La filosofía médica de los/as agentes tradicionales de salud de las comunidades

indígenas se enfoca más en la parte curativa y en lo que respecta a otros líderes captado por el Ministerio de salud que podría dirigirse más en la educación y prevención de las enfermedades.

5.1.2 Voluntariedad comunitaria

La voluntariedad comunitaria como factor que facilita la participación comunitaria en salud en las comunidades en estudio se presenta en el gráfico 6, en el que se observa que el 33% de las y los comunitarios participan en todas las actividades que se desarrollan en la comunidad sean estas de salud, educación, organizativas y de planificación, un 11% solamente se limitan a participar en las jornadas de vacunación, el 19% en la consecución de recursos para el desarrollo de actividades en beneficios común, el 11% participar únicamente en las jornadas de salud, el 6% se involucra en la planificación de las actividades comunitarias, mientras que el 25% no participa o no sabe como participar ya que es nuevo en la comunidad.



Los resultados se pueden relacionar con lo señalado por Juárez (2002), quién expresa que la voluntariedad significa que la persona forma parte del grupo de trabajo por su

propia voluntad, nadie puede ser obligado. La persona debe estar convencida que el estar organizado/a tiene muchas ventajas para el desarrollo de su comunidad. De igual manera Manenti (2000), manifiesta que la red de agentes comunitarios realizan trabajo de carácter voluntario que responde a iniciativas propias y también con dirección institucional a todos aquellos llamados que el sector salud hace a la población para la ejecución de acciones sanitarias tales como jornadas de vacunación, campañas de limpieza entre otras. Como en las comunidades la participación es voluntaria se observa que la no participación es bastante alta comparado con las diferentes maneras de participación.

Según estudio realizado por Altamirano (1998), en cuanto a la manera de participación comunitaria predominan las jornadas de limpiezas, jornadas de vacunación en el caso de los hombres como guía y las mujeres asistiendo con sus niños/as, letrificación, siendo miembros de la comisión de traslado de pacientes, brindando charlas educativas en salud, talleres, organizándose, haciendo pruebas de gota gruesa para análisis de casos de malaria, brindan consultas, levantamiento de censos sanitarios, abatizaciones, fumigaciones, controles de Focos, reuniones y asambleas comunitarias.

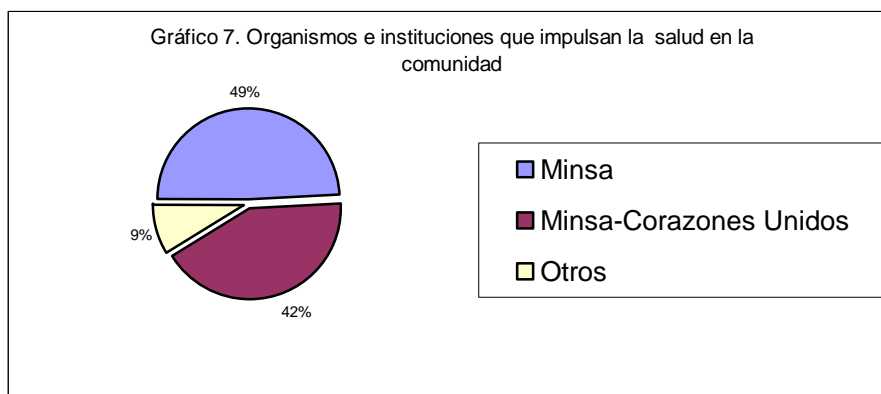
Con respecto ha que si los/as agentes de salud reciben remuneración por el trabajo que realizan se encontró que el 100% de ellos/as, no reciben beneficios económicos por el trabajo social que realizan en las comunidades donde intervienen, sin embargo existe el reconocimiento de los/as beneficiarios/as cuando esto ejerce una labor efectiva en la salud de algún miembro de la familia, donde en calidad de pago los /as beneficiarios/as hacen regalías u obsequios que consisten en dinero, productos alimenticios y en algunas ocasiones hasta animales. Cabe señalar que el estudio no involucra a los/as curanderos independientes, los cuales se

dedican expresamente a ofrecer el servicio de atención en salud y que no abarca únicamente a la comunidad, sino que trasciende a un territorio más extenso.

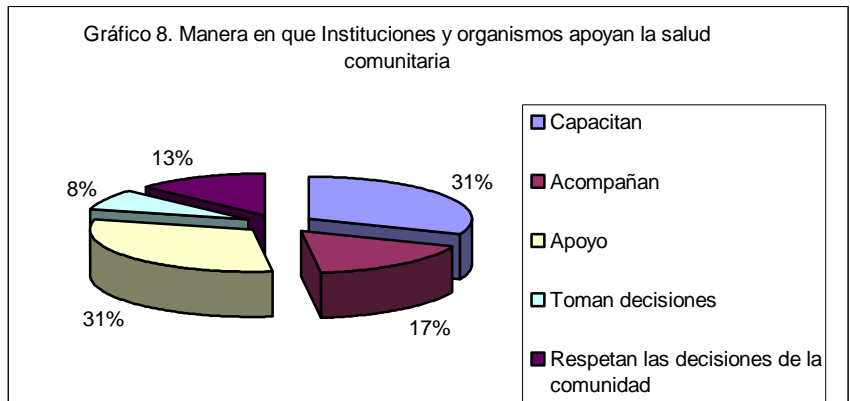
Presencia de facilitadores

Los resultados del estudio relacionado a la presencia de facilitadores en las comunidades, se presentan en el gráfico 7, donde el 49% acredita ser atendidos por facilitadores del Centro de Salud (MINSA Rosita), quienes han venido creando nuevas estructuras organizativas adicionales a la ya existentes como comité de traslado de pacientes, comisión de salud entre otros, esta estrategia institucional fue acatada por las comunidades mestizas mientras que en la indígenas están más apegado a sus formas tradicionales de organización, el 42% de comunitarios/as dijeron que reciben apoyo de organismos no gubernamentales y personal del Centro de Salud, el restante afirmó que recibe apoyo de otras instituciones ya sea alcaldía o consejo regional.

Estudio realizado por Espinoza (2002), muestra que la adición de nuevas estructuras organizativas al sistema social existente influye negativamente en la participación de la comunidad, la comunidad participa mejor a través de las formas de organizaciones tradicionales que mediante otras creadas y que el desconocimiento de la naturaleza de la comunidad puede tener dos consecuencias: el rechazo violento por parte de la comunidad y el establecimiento de relaciones de clientelismo entre la comunidad y los/as agentes externos.



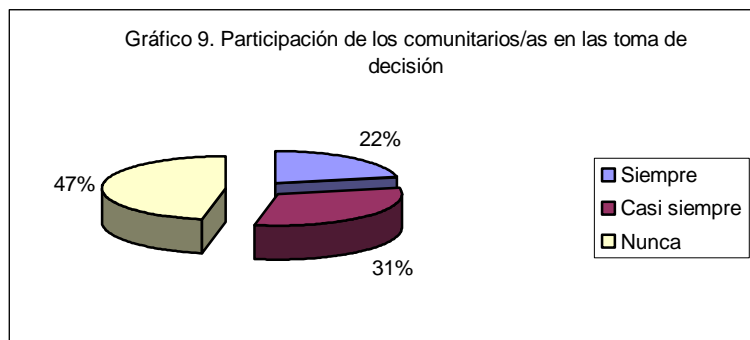
Los resultados con respecto a la manera en que organismos e instituciones apoyan la salud comunitaria, se muestran a continuación en el gráfico 8. El 31% brindan capacitaciones a los/as líderes sobre temas de salud preventiva tales como; prácticas de vida saludable, temas sobre salud reproductiva, participación comunitaria en salud, causa, consecuencias y prevención de enfermedades infectos contagiosas, el 31% apoyan en materiales y abastecimientos de medicamentos, un 17% acompañan los procesos de desarrollo comunitario en salud brindando asesoría y asistencia técnica . Sin embargo el 13% son respetuosas de las decisiones que toma la comunidad y solo el 8% inciden en la toma de decisiones de las comunidades.



Toma de decisiones

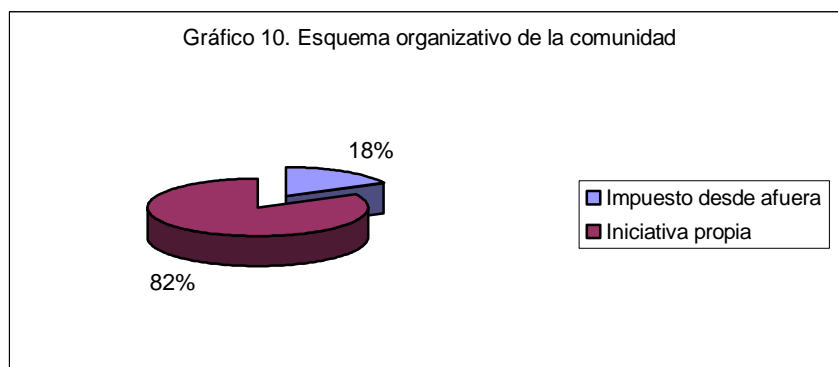
Dentro de los factores que restringen la participación comunitaria en salud, la toma de decisiones, se enfoca a partir del involucramiento de los y las comunitarios/as en el fortalecimiento de las estructuras organizativas. En el gráfico siguiente se observa el nivel de participación de los/as comunitarios/as en la toma de decisiones, en el cual un 22% manifestó que siempre se incluye, el 31% manifestó que casi siempre y un 47% nunca se involucra a los/as comunitarios/as.

A nivel comunitario los/as líderes convocan para analizar problemas y con la participación voluntaria planificar acciones que respondan a la problemática, sin embargo, los/as facilitadores externos planifican desde afuera y solo toman en cuenta la comunidad cuando se van a ejecutar las actividades.



Los facilitadores que intervienen en el proceso de salud comunitaria hacen un análisis de la problemática comunitaria y enseñan sus propias estrategias sin previa consulta a la comunidad, en este caso la participación de la comunidad se limita en instrumento de mano de obra voluntaria que ejecuta las acciones orientadas desde los/as facilitadores. Manenti (2002), señala que muchas veces los lineamientos son bajados desde el nivel central al personal de salud que labora en la comunidad y de ellos a los/as agentes comunitarios/as, comités de salud y población en general. Además expresa que el personal de salud bajo planilla aún no logra insertarse en acciones conjuntas con la comunidad y su voluntaria participación, manteniendo cierta distancia profesional con quienes verdaderamente ejecutan acciones con el sólo interés de servir a la población. No obstante Espinoza (2000), manifiesta que los estilos centralizados de gestión institucional restringen los espacios de participación social en la planificación y dirección de las acciones, de acuerdo a la realidad específica del territorio.

En lo que respecta al esquema organizativo de la comunidad el estudio refleja que el 82% cuenta con un esquema organizativo muy propio, es decir sin influencia externa y un 18% refleja que tienen influencias externas.



Espinoza (2002), opina, que casi siempre agentes externos intervienen en la creación de estructuras organizativas en algunas comunidades, estableciendo una relación de clientelismo entre la comunidad y los/as agentes externos, es decir, que la comunidad participará siempre, cuando los/as agentes externos posean los recursos para satisfacer sus necesidades, siendo unos pocos los/as beneficiados, una vez que la ayuda concluya también la organización, por lo tanto es recomendable que el agente externo juegue un rol de facilitador para el empoderamiento de las estructuras organizativas existente en la comunidad.

Nivel académico de líderes

El nivel académico se ha dividido en dos, las comunidades indígenas y comunidades de origen mestizo. En el análisis de la información se encontró que en las comunidades indígenas el 50% de los/as líderes no tienen ningún nivel de escolaridad, el 17% se ubican en los primeros grados de primaria, y el 33% ha alcanzado el nivel de educación secundaria. En cambio los/as líderes de las comunidades mestizas, el 58% de los/as líderes que participan en las estructuras de salud no tienen ningún nivel de escolaridad, el 4% son alfabetizados y el 38% se ubican en los primeros

grados de primaria y ninguno de los/as líderes encuestados ha alcanzado algún nivel en la educación secundaria.

Cuadro 1. Nivel académico de líderes en las estructuras organizativas

Grupo Étnico	Escolaridad	%
Indígena	Secundaria	33
	Primaria	17
	Alfabetizado	0
	Ninguna	50
	Sub Total	100
Mestizo	Secundaria	0
	Primaria	38
	Alfabetizado	4
	Ninguna	58
	Sub total	100

Estudios realizados por Werner y Bower (1984), en México, Guatemala y en muchos países de América del Sur, sobre la experiencia comunitaria demuestra que las personas que no saben leer y escribir muchas veces con perseverancia logran alcanzar niveles que les permite desarrollarse como promotores /as muy eficientes.

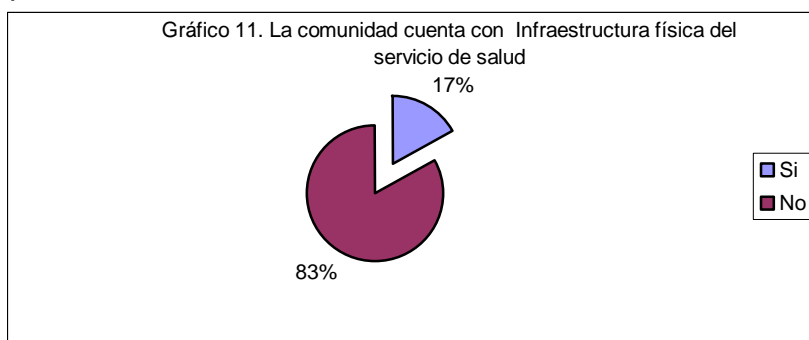
Esta versión coincide con lo planteado por Espinoza (2002), quien subraya que el analfabetismo no sería un importante obstáculo para el liderazgo a lo interno de la comunidad. Sin embargo, una persona analfabeta difícilmente podría representar a la comunidad en procesos de negociación con agentes externos, ya que lo harían en condiciones desventajosas.

A pesar que tanto en las comunidades mestizas como en las indígenas se cuenta con un alto índice de analfabetismo entre los/as líderes que integran las estructuras

organizativas comunitarias, se aprecia en los datos obtenidos que en las comunidades indígenas existen un mayor número de líderes con un nivel de primaria y secundaria en relación a las comunidades mestizas, Sin embargo en el trabajo que realizan los/as líderes comunitarios/as en lo que a gestión se refiere las comunidades mestizas han demostrado ser más activa en gestión.

Acceso a la información de los servicios de salud

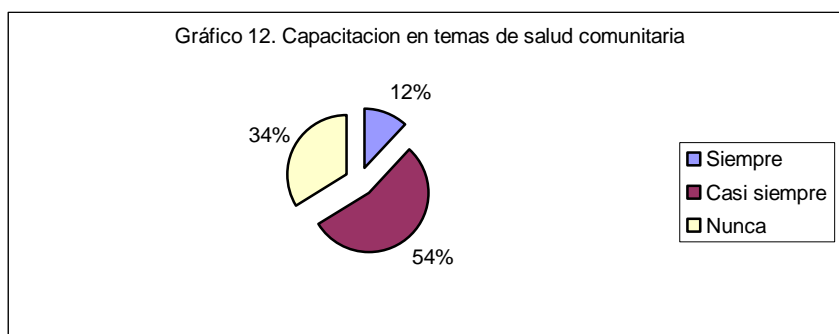
Para que los pobladores de una comunidad sobre todo las de difícil acceso cuenten con atención a los servicios básicos de salud deben contar con una casa base o puesto de salud, así como personal capacitado permanente en la comunidad, sin embargo el estudio realizado en seis comunidades revela como factor que restringe la participación comunitaria en salud es la falta de infraestructura y recurso del Ministerio de salud, solamente un 17% manifestó que cuentan con un puesto de salud comunal, lo que equivale a una sola comunidad, las otras comunidades no cuentan ni con casa base para la atención comunitaria, siendo el 83% equivalente a la cinco comunidades restantes.



El Ministerio de Salud en el Plan Nacional de Salud (2004-2015), señala que la repuesta social a la situación epidemiológica de la población y sus determinantes a través

del sector salud ha sido poco eficaz, eficiente y efectiva. Por un lado se cuenta con escasos recursos para atender las necesidades y demanda de la población y por otro ha sido limitada la articulación de las instituciones y organizaciones del sector salud para desarrollar acciones intersectoriales efectivas que puedan revertir los problemas de salud de la población.

Relacionado a la capacitación de los/as comunitarios/as sobre temas educativos en salud el 12% opina que siempre o sea de manera constante la comunidad recibe charlas sobre temas de salud sexual reproductiva, prácticas de vida saludable, causas, consecuencias y manera de prevenir la malaria, diarrea, y enfermedades de transmisión sexual etc., mientras que un 54% aduce que casi siempre reciben charlas y un 34% respondió que no recibe ningún tipo de charlas educativas sobre salud.



Sobre los medios por los cuales obtienen información sobre temas de salud en las comunidades en el siguiente cuadros se detalla los resultados encontrados, el 37% se informa por medio de la radio, el 25% a través de los/as diferentes líderes y agentes de salud comunitaria, el 16% no recibe ningún tipo de información sobre salud, el 14% se informa a través de capacitaciones y un 8% a través de los promotores del Ministerio de Salud.

Cuadro 2. Medios utilizados para informarse en temas de salud

Medios utilizados para informarse	Frecuencia	%
Radio	31	37
Agentes tradicionales de Salud	75	25
Talleres	23	14
Promotores de Salud	14	8
Ninguno	27	16
TOTAL	166	100

Es importante destacar el rol que juega la radio como medio de comunicación y educación en salud ya que es la principal vía por la que los/as comunitarios/as se informan sobre diversos temas de salud, que en gran medida generan cambios en las costumbres y practicas de riesgos que siempre han causado enfermedades en las familias.

En las comunidades rurales los/as agentes tradicionales de salud son una fuente de información y aunque son muy escépticos con sus conocimientos y sabidurías no dejan de ser consejeros que transmiten importantes aspectos relacionados a la salud preventiva.

Los resultados los podemos relacionarlos estrechamente con lo que refiere Espinoza (2002), al aseverar que la comunidad necesita tener información adecuada y suficiente para poder analizar una situación específica y proponer soluciones. La comunidad asume un papel desventajoso cuando su principal fuente de información no está en la comunidad y sus estructuras, sino, en agentes externos con quienes tiene que negociar. Además asegura que entre más dispersa se encuentre la comunidad, menor es la probabilidad de relaciones entre las personas, es decir que

se reúnan frecuentemente para reflexionar sobre su situación y desarrollar proyectos conjuntos

El plan nacional de salud (2004-2015) valora que en algunas regiones de Nicaragua existe un porcentaje considerable de la población que no tiene acceso a los servicios de salud especialmente en la Regiones Autónomas del Atlántico Norte, esto se debe en gran medida a factores geográficos, económico, culturales e incluso a la falta de información sobre los beneficios de los servicios de salud. Por otro lado no se ha desarrollado dentro de las instituciones del sector una adecuada promoción, prevención y previsión de los problemas de salud que motive a la población ser un actor activo en el fomento de la salud.

Aunque en las comunidades rurales existen agentes tradicionales en salud que trabajan con apoyo de brigadistas que promueve el centro de salud de Rosita, estos realizan las visitas de acompañamiento y seguimientos ocasionalmente, debido a una serie de limitaciones tales como la carencia de presupuestos para la ejecución de actividades, limitada asignación de medicamentos a la unidad, así como la falta de recursos humanos e infraestructura, provocando poca cobertura de los servicios de salud en las comunidades rurales.

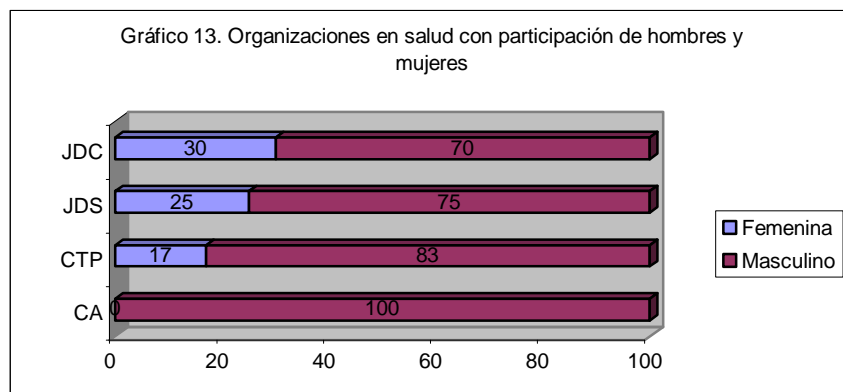
5.2 Formas de participación de hombres y mujeres en salud comunitaria

5.2.1 Participación de hombres y mujeres en estructuras organizativas comunitarias

Con relación a la participación de la mujer en las estructuras organizativas comunitarias se observa en el gráfico siguiente que la participación es mínima con relación a la participación de los hombres, esta realidad está relacionada con la cultura

patriarcal que por tradición atribuye a los hombres un tipo de responsabilidades y a la mujer otra. Aunque tradicionalmente la mujer ha jugado un rol doméstico la introducción del enfoque de género implementado por facilitadores externos en las comunidades rurales ha permitido la apertura de los círculos cerrado para que en algunas comunidades ya las mujeres estén ocupando cargos de responsabilidad.

Sin embargo, todavía existe la barrera cultural que limita a la mujer a tomar decisiones por sí sola ya que estas generalmente consulta al marido para decidir si aceptar o no un cargo en la comunidad. Estudio realizado por Schmutzhard (2006), sobre el programa de atención integral de salud en el sector rural de Rosita, refleja que las mujeres por lo general trabajan como parteras y en muy pocas ocasiones como líderes de salud, promotoras botánicas, brigadistas odontológicas o también como miembro de la Junta Directiva Comunitaria, planteando que estos se debe ha que muchos hombres no permiten a sus esposas tomar un cargo en la comunidad.

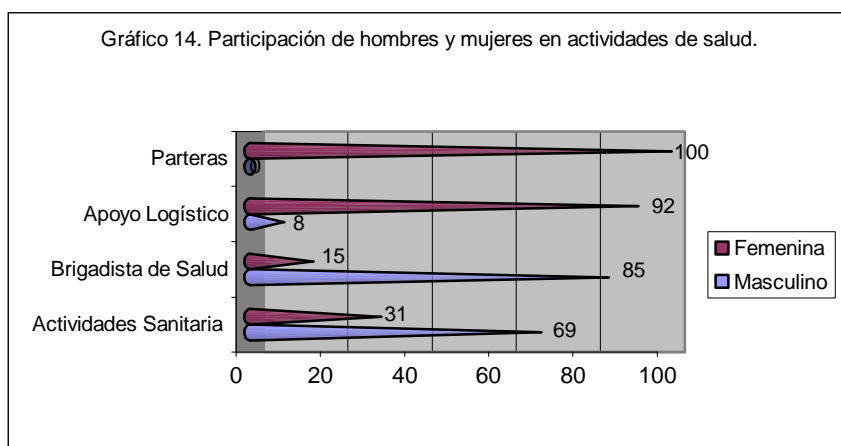


JDC/ Junta directiva comunal, JDS/ Junta directiva de salud, CTP/ Comité de traslado de pacientes, CA/Concejo de ancianos

5.2.2 Formas de participación de hombres y mujeres en actividades de salud comunitarias

Con respecto a la participación del hombre y la mujer en las diferentes actividades sanitaria como Jornadas de limpiezas, Jornada de Vacunación, reuniones y asambleas, en el siguiente gráfico el estudio revela que el 69% de los participantes son del sexo masculino y un 31% femenino.

Al preguntar sobre la participación del hombre y la mujer como brigadistas de salud, el 85% de los/as entrevistados expresaron que son del sexo masculino y un 15% femenino. Sin embargo, la participación del hombre en apoyo logístico es de un 8% a diferencia de la mujer con un 92% de participación, en cuanto a la participación como partera el 100% son femeninas. Aunque el estudio deja una clara definición de los roles establecidos por razones más de carácter de cultura y tradición, donde se le atribuye al hombre algunas funciones y a la mujer otras diferentes. Son muchas las experiencias que han demostrado que el sexo no es un factor determinante para subestimar la capacidad de una persona.



La participación de la mujer en la salud comunitaria se destaca el rol de partera ya que por sus características

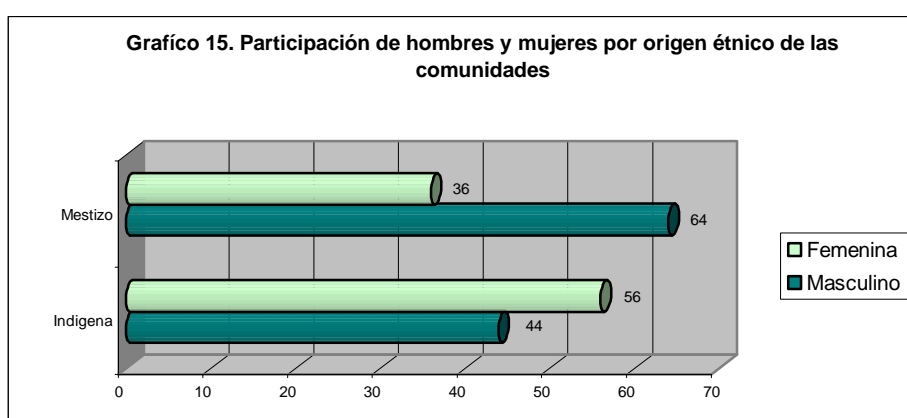
particulares inspira mayor confianza para desempeñar este cargo en la atención de mujeres, además ejercen otras funciones también muy importantes como apoyo logístico, ellas facilitan las condiciones cuando llegan brigada de salud a la comunidad, finalmente la mujer viene ampliando su rol protagónico gracias al enfoque de género implementado en algunos proyectos de salud comunitaria, a la mujer se le ha asignado otros roles como promotoras de salud aunque el índice de participación es relativamente bajo, significativo de acuerdo con el trabajo de sensibilización realizado desde aproximadamente el año 1997, a través del proyecto de atención integral en salud en el área rural de Rosita que empezó a promover la equidad de género en las actividades comunitarias.

Bower y Werner (1984), describen que en el trabajo comunitario tanto hombres como mujeres pueden llegar a ser buenos promotores, sin embargo expresa que existen referencias sobre razones comunes para escoger a los hombres como promotores, muchas veces los hombres pueden ir y venir en actividades de caminatas, pueden movilizarse solos o de noche a una comunidad lejana para atender una emergencia. De otra manera el trabajo para mejorar la salud incluye actividades que requiere fuerzas para realizarlas como actividades agrícolas, sistemas de agua y la construcción de letrinas, en estos casos el hombre juega un rol importante.

Figueroa (2002), manifiesta que la mujer en su rol de madre siempre está pendiente de las condiciones de salud sobre todo de los niños, es la encargada de llevar a los menores a los puestos de vacunación, de garantizar el cumplimiento de la medicación en caso de enfermedades del niño/a y del resto de la familia, además se ocupa de mantener guardado en lugar seguro la tarjeta de vacunación y llevar al niño/a al

puesto de salud o centro de salud cuando la enfermedad requiere de valoración médica.

La participación de hombres y mujeres en las actividades de salud por origen étnico de las comunidades, se observa en el siguiente grafico, donde aparentemente existe mayor participación de la mujer en las comunidades indígenas, mientras que en las comunidades mestizas es bastante bajo. Quizás en las comunidades indígenas la participación de la mujer es alto debido a que en el estudio se tomo en cuenta el trabajo de las parteras cuando es un rol que ha sido exclusivo para este genero y en las comunidades indígenas en estudio se encontró mas de una mujer realizando esta labor.



5.2.3 La red de agentes comunitarios en salud en las comunidades

En lo que respecta a la red de agentes comunitarios en salud, en el estudio se encontró que no todas las comunidades cuentan con una red completa de agentes comunitarios en salud. En las comunidades mestizas todas cuentan únicamente con el líder de salud, después el resto de la red esta incompleta. En las comunidades indígenas

resultaron mas débiles, estas no cuentan con comisiones de traslado de paciente, ni con lideres de salud con roles propios, y solo 3 de las comunidades mestizas cuentan con comisión de salud en cambio las comunidades indígenas no cuentan con esta organización. Cabe destacar que en otras comunidades del municipio existen otros tipos de agentes que no se mencionan en estos resultados debido a que en las comunidades en estudio no existen.

Cuadro 3. Red de agentes comunitarios en salud

Descripción	Comunidades mestizas	Comunidades indígenas
Comisión de Traslado de pacientes	3	0
Comisión de Salud	3	0
Parteras	3	2
Agente de medicina Natural	2	2
Líder de salud	4	2
Curandero	1	9

Las condiciones de salud que se brinda institucionalmente a las familias rurales, carecen de la mínima calidad ya que estas comunidades solo son atendidas en las jornadas de vacunación o ante situaciones de emergencia, los que dan repuesta a medida de las posibilidades son los líderes de salud, la partera, curandero, promotor de medicina natural y el colaborador voluntario del programa de malaria y es este último el único que es abastecido y acompañado por el Ministerio de Salud de la localidad.

Urcuyo (2002), manifiesta que en algunos países a la red de agentes comunitarios las en salud se les llama consejos comunitarios de salud, junta directiva comunales de salud y/o comité comunitario de salud, cualquiera que fuese el nombre que se le dé, estas estructuras comunitaria juegan un rol importante en pro de la salud de las comunidades

cuando logran crear mecanismos de coordinación, unidad y cohesión de objetivos.

Las cuatros comunidades mestizas presentan características un tanto homogéneas, a diferencia de las dos comunidades indígenas que reúnen una cultura mas tradicional y por consiguiente refleja una realidad muy propia.

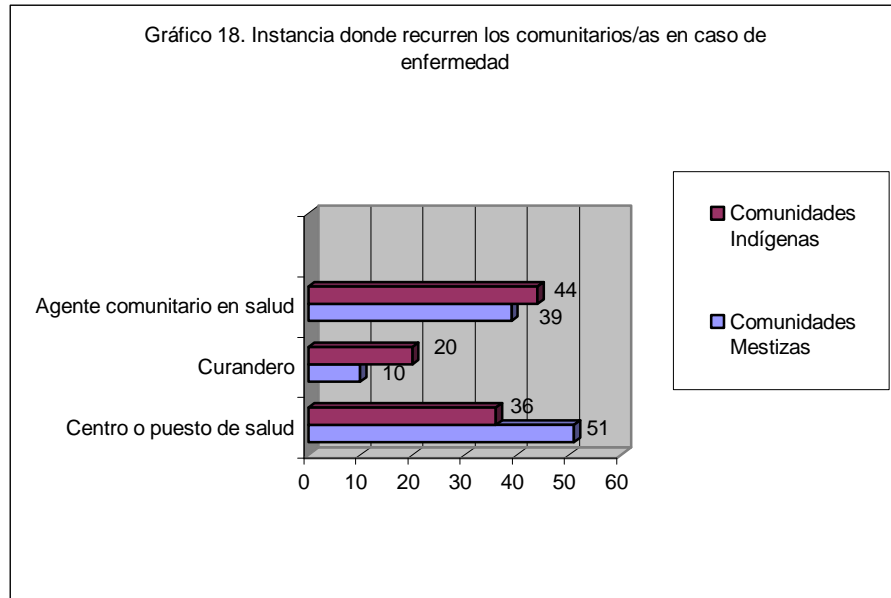
Se evidencio que las comunidades han respondido a la problemática de falta de atención en salud, organizándose y gestionando ante las instancias correspondientes, presionando para ser reconocidos como la red de agentes comunitarios tradicionales de salud de las comunidades, integrada por: parteras, promotores de Odontología, líderes de salud, comisión de traslado de pacientes y agentes de medicina natural. Además sus demandas se basan en capacitación con el objetivo de desarrollar nuevos conocimientos técnicos en la atención sanitaria de sus comunidades.

Las redes comunitarias, son la expresión de un protagonismo comunitario para las familias rurales, que cada día de diversas formas expresan su sentir e innovan mecanismos que paulatinamente se traducen en cambios sociales, es digno reconocer que gracias a la participación social comunitaria, se experimentan en las comunidades rurales avances significativos en las condiciones de salubridad y de vida familiar comunitaria.

5.2.4 Instancia donde recurren los y las comunitarios/as en caso de enfermedad

Los comunitarios/as en caso de enfermedad según los resultados encontrados y reflejado en el siguiente gráfico donde se diferencia las comunidades indígenas y mestiza, recurren a tres tipos de instancia (agente comunitario en

salud, curandero o centro o puesto de salud). En las comunidades indígenas recurren al puesto o centro de salud en 36%, en un 20% al curandero y en un 44% al agente comunitario en salud de las comunidades. En las comunidades mestizas los/as comunitarios/as recurren en un 51% a los puesto o centro de salud en la cabecera municipal, un 10% visita a los curanderos y un 39% a los agentes comunitarios de salud.



Por lo general, en las comunidades indígenas los/as curanderos/as son originarios de la comunidad, ancianos respetables conocidos por todos, que por la experiencias acumulada de años de trabajos han construido toda una capacidad para el diagnóstico de enfermedades y la cura de sus pacientes. Muchas veces estas personas firmemente arraigadas en sus comunidades y con gran voluntad de servir a las gentes necesitada gozan de la confianza y credibilidad de la gente que los prefiere. En algunos casos estos curanderos se vuelven la primera opción en la búsqueda de salud en las comunidades, por lo que dejan

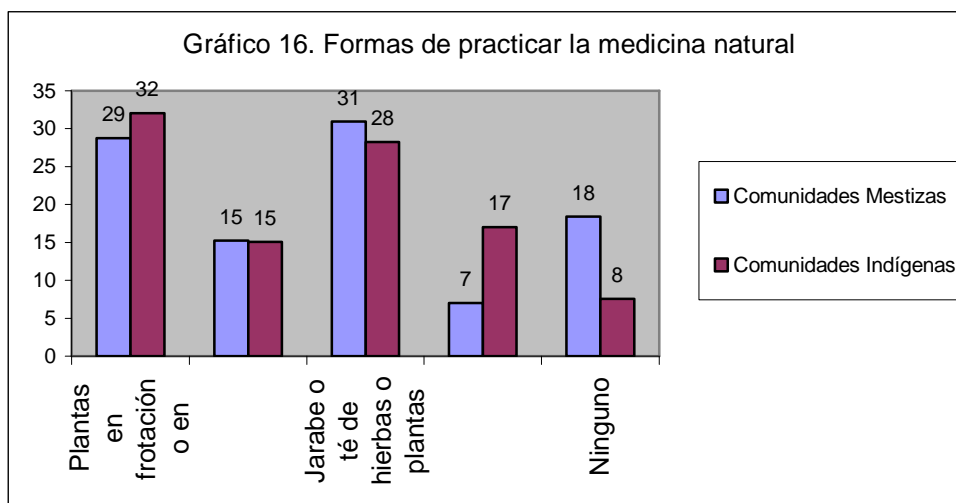
como una segunda opción a los servicios modernos ofrecidos por el Ministerio de Salud.

Estudio realizado por Manenti (2000), demuestran que la medicina tradicional es un recurso de mucha importancia y de aplicación verdaderamente útil, que llena además otros vacíos de acercamiento, relación, vida comunitaria, ideales, formas de pensar y sobre todo la manera de creer. Cabe mencionar que la gente quiere ser oída, atendida, complacida, comprendida etc. Por estas mismas razones es que en algunas comunidades tiene gran vigencia el curandero, agentes de medicina natural, partera, sobador etc. Por que casi siempre más humanos que los propios médicos de los servicios sociales, ellos atienden con verdadera solicitud, consuela y tranquiliza a los pacientes.

5.3 Prácticas tradicionales en medicina natural

5.3.1 Prácticas de la medicina natural por origen étnico

Los resultados encontrados en las formas de practicar la medicina natural por origen étnico, se presentan en el grafico 16, en el que se refleja que en las comunidades mestizas el 29%, utilizan a las plantas en frotación o en baño, el 15% como aceites tanto animal como vegetal, 31% fue el más utilizados correspondiente a los jarabe o té de hierbas y plantas y un 18%, no utiliza la medicina natural. En cambio en las comunidades indígenas, el 32 utilizan las plantas en frotación o en baño, el 15% igual que en las comunidades mestizas utilizan los aceites, el 28% los jarabes o té, un 17% aducen que utilizan los rituales como medicina natural y tan solo un 8% no practican la medicina natural.



Es importante mencionar algunas diferencias en la práctica de la medicina natural en cuanto al origen étnico de las comunidades. En las comunidades mestizas se utiliza con mayor práctica los jarabes o té de plantas y hierbas, mientras que en las comunidades indígenas son las plantas en forma de frotación o en baño. Desde la cosmovisión mestiza la medicina tradicional está más enfocada en los recursos que ofrecen la naturaleza y el uso ancestral que sea venido transmitiendo de generación en generación, en cuanto a rituales las comunidades mestizas solo un grupo limitado de personas experimentan rituales como parte de la medicina tradicional.

Hipólita Mendoza, (2005), habitante de la comunidad la florida, partera y promotora de la medicina natural con muchos años de experiencias expresa que “las plantas son seres vivos que escuchan y sienten, responden de acuerdo al trato que uno les dé, muchas veces para que una medicina de plantas dé resultados los curanderos debemos hablar con la planta, exponerle el problema y para que la

queremos, además debemos de pagar el servicio que la planta brindará al paciente, en otros casos se tiene que aplicar una oración para poder usar efectivamente una planta ya sea para curar una enfermedad natural o para desafiar espíritus malignos. Poderse comunicar con las plantas es un don maravilloso que no todo mundo entiende”.

Las comunidades indígenas expresan que su Fé, se centra en la espiritualidad, creen en fuerzas espirituales que controlan los bosques y la fauna existente en los ríos y cerros, a estas fuerzas espirituales recurren en auxilio cuando un miembro de su comunidad sufre algún efecto dañino en la salud. Ellos creen que estos espíritus castigan a las personas que le están haciendo daño a la naturaleza. En sus rituales ellos convocan a los espíritus concibiendo el uso de las plantas con la que frotan a los pacientes para a traer la fuerza de los espíritus que lo liberan del mal.

Brussel (1992), menciona que el conocimiento en el uso y efecto de plantas medicinales, grasas animales y sustancias minerales se han venido heredando de generación en generación y que existen diferentes maneras de preparar los remedios caseros y que de su correcta preparación depende si el remedio es efectivo o no, entre las manera más común de preparar el remedio casero están la infusión, cocimiento, restregado en crudo, vaporización, té de plantas y suazado de hojas. Sin embargo la medicina tradicional no se limita al uso de las plantas medicinales, va mucho más allá de eso, las plantas medicinales son una base en la terapéutica tradicional, en muchos casos un agente de medicina tradicional inicia en el campo de lo sobrenatural.

En Cuanto a la participación de la comunidad en la práctica de la medicina tradicional para el cuidado de la salud, esta se convierte en una estrategia de atención primaria en salud.

5.3.2 Cosmovisión (Creencias)

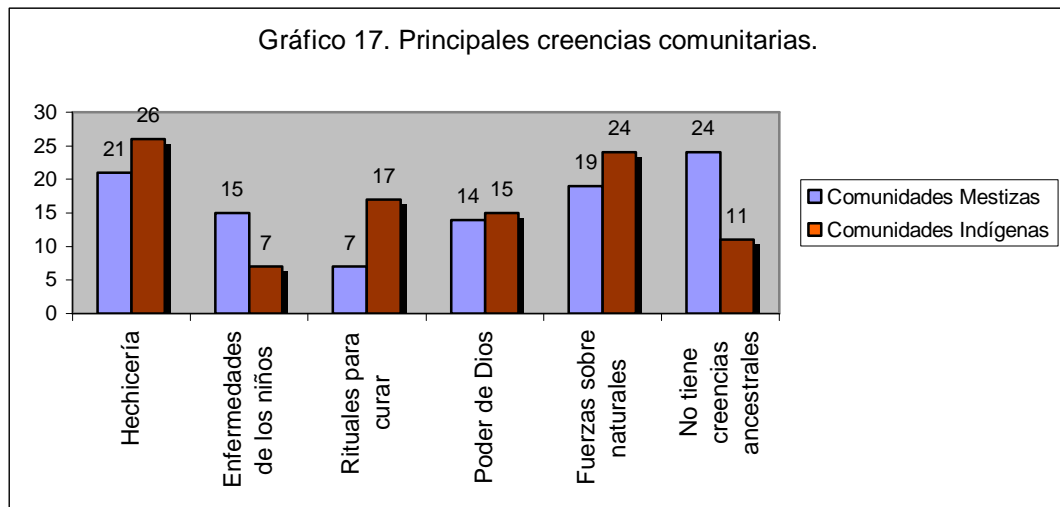
Los resultados al separar los tipos de creencias por el origen de las comunidades, se pueden observar en el gráfico 17, donde en las comunidades mestizas el 21% cree en la hechicería, 15% en enfermedades de los niños (calor de vista, empacho etc.), el 7% en rituales para curar, el 14% en el poder de Dios, el 19% en fuerzas sobre naturales y un 24% no tiene creencias ancestrales. En cambio en las comunidades indígenas el 26% cree en hechicería, el 7% en enfermedades de los niños, el 17% en secretos para curar, el 15% en el poder de Dios, el 24% en fuerzas sobre naturales y tan solo un 11% no tiene creencias ancestrales.

Las creencias comunitarias como una herencia de los antepasados que se conservan gracias a las transferencias de conocimientos, experiencias y sabiduría transmitida de generación en generación, tienen un valor primordial en la vida cultural de cada pueblo. Cuando el comunitario/a se refiere a sus creencias en la hechicería se centra en el contexto de la realidad histórica y tradicional con el entorno social en el que viven.

Según testimonio de la líder de salud Marlene Nicasio (2005) de la comunidad Dibahil, expresa que el hechizo es provocado por alguna persona ya sea de la comunidad o de otro lugar para hacer daños a una persona en particular o alguna familia. En la comunidad hay muchas personas que practican la magia, invocan al espíritu del demonio para causarles daño a las personas que ellos o ellas odian.

Las fuerzas sobrenaturales están estrechamente relacionadas con estas creencias, las comunidades indígenas consideran que además de lo visible y palpable hay otras fuerzas mágicas que funcionan para bien o para mal según la intención de quien la practica, los que recurren

a la invocación ya sea para hacer el mal o para curar algunas personas afectadas por hechizos.



Espinoza (2002), señala, que son muchas las creencias que nuestros antepasados indígenas, por las cuales creían que se podía adquirir las enfermedades y la muerte, lo que se pueden relacionar con los resultados encontrados en el estudio, donde según los comunitarios las enfermedades pueden estar causadas por medio hechicería, brujerías, magia y rituales maléfico para aturdir y alejar a personas no deseadas. De otra manera por la influencia de situaciones sobre naturales como el calor de vista en los niños (ojo en el niño) y personas con algún tipo de afectación en la piel. Se ha expresado también que en las comunidades existen comunitario/as creyentes de las enfermedades por castigo de divino o por la ruptura del equilibrio con la naturaleza.

VI. CONCLUSIONES

Después de haber finalizado el estudio de la participación comunitaria en salud en seis comunidades (dos comunidades indígenas y cuatro mestizas) del municipio de Rosita RAAN, se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- El rol que juegan los/as líderes y agentes comunitarios/as de salud tiene un alto grado de aceptación y reconocimiento por los comunitarios/as por la gestión que estos realizan en beneficio común.
- El nivel de funcionamiento, el liderazgo y el trabajo que realizan los líderes de las comunidades son elementos que fortalecen la experiencia organizativa como factor que favorece la participación comunitaria en salud.
- La presencia de facilitadores en las comunidades tiene mayor relevancia en las capacitaciones, apoyo en materiales y en acompañamiento en los procesos comunitarios de salud.
- El nivel de escolaridad de los líderes, el acceso a la salud y la apertura a la toma de decisiones en el ámbito de las comunidades son elementos que restringen la participación comunitaria en salud.
- La practica en medicina natural mas utilizada en las comunidades mestiza son los jarabes o té de hierbas y en las comunidades indígenas son las plantas y en frotación o baños.
- En las comunidades indígenas es donde los/as comunitarios/as tienen mayores creencias ancestrales, creen en la hechicería, secretos para curar, fuerzas sobre naturales y en el poder de dios, mientras que en las

comunidades mestizas prevalece la creencia en las enfermedades de los niños y una gran parte de los comunitarios no tiene creencias ancestrales.

- Las comunidades mestizas tienen preferencia por los servicios de salud institucional a pesar de que también usan la medicina natural a diferencia de los/as comunitarios/as indígenas que acuden en primera instancia a la medicina tradicional (agentes comunitarios en salud).
- La participación de la mujer en las estructuras organizativas comunitarias tiene un mínimo poder en la tomas de decisiones ya que los cargos que se le asignan son más de carácter asistencial.

VII. RECOMENDACIONES.

Una vez obtenido los resultados de la investigación se proponen las siguientes recomendaciones:

- Al Ministerio de Salud, como Institución rectora de la salud y otros organismos que intervienen en los procesos de salud comunitaria cultiven el espíritu emprendedor de las comunidades mediante el fortalecimiento de las capacidades de gestión de los/as líderes a través de talleres, encuentros de intercambios de experiencias y el acompañamiento técnico pertinente.
- El poder de decisión absoluto debe emanar del seno de las comunidades, ser retomado por los/as líderes comunitarios/as donde los facilitadores solo deben jugar un papel más de apoyo en todo el proceso.
- El respeto y las relaciones entre facilitadores y comunitarios/as deben establecerse de manera horizontal para superar las barreras históricas entre las instituciones y programas de salud con las estructuras comunitarias.
- Es necesario que las instituciones y organismos que trabajan proyectos de salud comunitaria promuevan con mayor énfasis las relaciones de equidad y democracia de género en los distintos espacios, de manera que la participación de hombres y mujeres sea oportunidad, compromiso y beneficio común.
- Los actores externos de la comunidad, como facilitadores de proceso deben ser respetuosos de la cultura, las creencias y prácticas ancestrales.

VIII. LISTA DE REFERENCIAS

- Altamirano Vilma, (1998) Et al., CECALLI. Manual para Promotores de Salud Comunitaria. Nicaragua. Pág. 349.
- Brussel Juanita. Et. at. (2007). ISNAYA. Manual de Plantas Medicinales para el Promotor de Medicina Preventiva y Salud Comunitaria. Nicaragua. 1992. Pág. 619
- Calderón Diéguez Teresa. Et al. (2000). Participación Comunitaria en Salud. Cuba. Pág. 30.
- Campos F. Harold. (1995). Memoria de Taller Participación Comunitaria en Salud. Nicaragua. Pág. 30.
- Corazones unidos por la Salud. CD-ROM. Encuentro de intercambios de Rosita y experiencias entre parteras y agentes de medicina natural de Sahsa. Rosita. 2005.
- Dixis Figueroa Pedraza. (2002). Participación Comunitaria y Salud. Vol. 3 No.2 E- mail: dixisnut@plopmail.com. Brasil. Pág. 25. 15 de Octubre 2006.
- Espinoza Ramón. (2002). Desarrollo Comunitario. Una perspectiva desde la salud. Nicaragua. Pág. 450.
- Informe Evaluativo. (2002). Ministerio de salud Rosita-PAISSER, Rosita RAAN. Pág. 60.
- Juárez Lidia. (2004). Módulo IV: Organización y participación Comunitaria. Nicaragua. Pág.104

- Martínez Moreira Manuel. (2000). Promoción y Educación en Salud. Nicaragua. Pág.251.
- Martínez Navarro. (1998). Salud Pública. Ed. Interamericano. Perú. Pág. 19. 15 de Octubre 2006.
- Ministerio de Salud. Gobierno de Nicaragua. Plan Nacional de Nicaragua. (2004-2015). Pág. 177.
- Nuevo Sistema de Salud de las Regiones Autónoma del Atlántico Norte. Nicaragua.
- Orozco A. Miguel. (2000). Gestión Local en Salud. Nicaragua. Pág. 235.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2005). Informe de Desarrollo. Humano. Nicaragua asume su diversidad. Nicaragua. Pág. 365.
- Ramírez García Hernán. (1990). Salud, Conciencia y Organización. México. Pág.158.
- Reyes Ramón. (1996). Dir: Diccionario Crítico de Ciencias Sociales. Participación Ciudadana. Nicaragua. Pág. 20.
- Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. (2002). Equidad de Género en Salud. <http://www.reddesalud.web.cl/>. Chile.
- Sampieri, R, et, al. Metodología de la Investigación. Cap. 13 Muestreo Cualitativo. 4ta ed. Ed. Mcgraw-Hill. México, 2005

Schmutzhard Cristina. (2006). Informe de Evaluación del Proyecto .Programa de atención integral de salud en el sector rural de Rosita. Pág. 50.

Urcuyo Braulio y Meza Lis. (2002). Los Promotores de Salud. Eslabón vital en la atención primaria. Nicaragua. 2002. Pág. 85

Vanegas Jairo. (2002). Plantas Medicinales con la Terapéutica Miskita. Nicaragua. Pág. 324.

Werner David y Bower Bill. (1984). Aprendiendo a promover la Salud. California. Pág.622.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE
URACCAN
Recinto las Minas, Extensión Rosita**

Instrumento 1A. Entrevista dirigida a comunitarios/as

I. DATOS GENERALES.

Comunidad_____

Fecha_____

Etnia_____

Sexo_____

II. DESARROLLO DE LA ENTREVISTAS.

1. ¿Conoce usted las organizaciones en salud que existen en la comunidad?, si dice sí, menciónelas.
2. ¿Quiénes eligen a los/as miembros de las estructuras comunitarias?
3. ¿Conoce usted las actividades que realizan las organizaciones que existen en la comunidad?
4. ¿Quiénes eligen a los/as miembros de las estructuras comunitarias?
5. ¿Qué tipos de agentes comunitarios existe en la comunidad?
6. ¿Cree usted que los/as líderes son importante para la comunidad, por que?
7. ¿Cómo valora usted el liderazgo comunitario? Muy Activo____ b) Activo____ c) Pasivo____d) No funciona_____
8. ¿Que trabajo realizan los/as líderes en beneficio de la comunidad?
9. ¿Reciben remuneración los líderes de la comunidad?
10. ¿De que manera apoya usted y su familia las actividades de salud comunitaria?

11. Participan en las reuniones comunitarias: a) siempre_____ b) casi siempre_____ c) nunca_____.
12. ¿Conoce usted de instituciones u organismos que apoyan a la comunidad con programas de salud?
13. ¿Que instituciones apoyan la salud en su comunidad y de que manera?
14. ¿La comunidad se organiza por iniciativa propia o son las instituciones y organismos que apoyan los que la organizan?
15. ¿Cuenta la comunidad con puesto de salud?
16. ¿De que manera se informan sobre temas de salud en la comunidad?
17. ¿De que manera se abordan temas de salud en la comunidad, quienes facilitan y con que frecuencia lo hacen?
18. ¿De que manera participa la mujer en las actividades de salud comunitaria?
19. ¿De que manera participa el hombre en las actividades de salud comunitaria?
20. ¿Usted pone en práctica la medicina natural, ¿por qué?
21. ¿De que manera la pone en práctica?
22. ¿Cuáles son las principales creencias que se conservan en la comunidad?
23. ¿En lo personal usted creé en la práctica médica de los curanderos y sukias?
24. ¿Donde acude en caso de enfermedad suya o de su familia?

**Instrumento 2A. Entrevista dirigida a líderes
comunitarios/as.**

I. DATOS GENERALES.

Comunidad _____

Fecha _____

Etnia _____

Sexo _____

Escolaridad _____

II. DESARROLLO DE LA ENCUESTA.

1. ¿Qué organizaciones y agentes de salud existen en la comunidad?
a) _____ F _____ M _____
b) _____ F _____ M _____
c) _____ F _____ M _____
2. ¿De que manera funcionan las estructuras de la comunidad?
a) Se reúnen____ b) Planifican____ c) Evalúan____
d) Ninguno____
- 3) ¿Cómo estructuras comunitarias que actividades en salud realizan en la comunidad?
- 4) ¿Con que frecuencia se reúne?
a) Mensualmente____ b) Ocasionalmente____
c) Nunca____
5. ¿La comunidad participa voluntariamente en las actividades que organizan los/as líderes o solo cuando hay visitas de las instituciones de apoyo?
6. ¿De que manera apoyan los/as comunitarios/as las actividades de salud?

7. ¿La comunidad participa en la toma de decisiones, si dice sí de que manera?
8. ¿Ante que organismos o instituciones realizan sus gestiones?
9. ¿Qué instituciones y organismos tienen presencia en la comunidad?
10. ¿Quiénes eligieron las estructuras comunitarias?
11. ¿En la comunidad imparten charlas sobre temas de salud? Explique sobre que temas.
12. ¿Quiénes imparten las charlas en la comunidad?
13. ¿Cada cuanto brindan charlas sobre temas de salud?
14. ¿De que manera participa la mujer en las actividades de salud comunitaria?
15. ¿De que manera participa el hombre en las actividades de salud comunitaria?
16. ¿Cuando se organizan actividades sanitarias en la comunidad quienes participan más? Hombres_____ o Mujeres_____.

Cudro 1. Entrevistados por Etnia

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Validez Mestizo	90	72.0	72.0	72.0
Miskito	7	6.0	6.0	6.0
Mayangna	27	22.0	22.0	22.0
Total	124	100.0	100.0	100.00

Cuadro 2. Entrevistados por Sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Validez Femenina	72	58.0	58.0	58.0
Masculino	52	42.0	42.0	42.0
Total	124	100.0	100.0	100.00



Fotografía 1A. Líderes Comunitarios/as recibiendo capacitación sobre uso racional de medicamentos. Rosita 2005. Tomada por: Ernesto Aguirre.



Fotografía 2A. Reunión comunitaria en la florida. Foto tomada por Dra. Sonia Chang Directora Minsa Rosita.



Fotografía 3A Líderes de salud, Agentes de medicina natural y parteras participan en un intercambio de conocimiento y experiencias sobre medicina popular tradicional. CECAP -Minsa Rosita noviembre 2005. Foto tomada por: Ernesto Aguirre.



Fotografía 4A Intercambio de conocimiento entre líderes y lideresas indígenas y mestizos/as. Foto tomada por: Ernesto Aguirre. 2005.

GLOSARIO DE PALABRAS

Agentes de Salud: Son personas que trabajan para que en las comunidades se alcance los objetivos de salud.

Agentes de medicina natural: Es el conjunto de hombres y mujeres dotadas de una gama de sabios conocimientos en el uso y manejo de la medicina Natural popular tradicionales heredados de generación en generación y cuyos resultados empíricos han dejado precedentes de un significativo valor en el campo de la medicina.

Promotores de Odontología comunitaria: Es un grupo de Agentes comunitarios capacitados con los conocimientos básicos para desempeñar atención primaria en odontología y que en algunos casos cuentan con el equipamiento mínimo para ejercer esa labor social de gran importancia en las comunidades rurales de más difícil acceso.

Dispensadores de Botiquines Comunitarios: Son agentes de Salud comunitaria, en proceso de capacitación para que ejerzan una administración eficaz y eficiente de los Botiquines comunitarios que estará implementando el Programa Corazones Unidos por la Salud, en el área rural del municipio de Rosita.

Parteras: Son mujeres de las comunidades rurales y urbanas que acompañan a las embarazadas atendiéndolas antes, durante y después del parto.

Curandero: El curandero o curandera son personas que cobran por su servicio, tiene la facultad de curar con técnicas de la magia y la fantasía. Estos poderes especiales los poseen por transferencia divina o por herencia recibida se encargan de curar y cuidar a los enfermos.

Sukia: Líder espiritual con capacidades sobre naturales para predecir, curar enfermedades, maleficio, comunicarse y separar a los malos espíritus de las personas.

Promotor(a) de Salud: Es la persona encargada de asesorar, acompañar y capacitar a los pobladores de una comunidad, fomentando en ellos/as la organización local que permita la integración de todos y todas para cumplir el trabajo que la población misma necesite.

Comité de Salud: Velan por la salud de la comunidad y participan en la gestión de la misma como contraparte de los esfuerzos del gobierno y otras instancias. Participan en la planificación y evaluación de las intervenciones de salud en sus comunidades.

Descentralización: Se entiende por descentralización el traslado planificado, ordenado y dirigido de la autoridad política, administrativa y técnica de los organismos centrales de las instituciones hacia la periferia, así como las responsabilidades por actos que dicha autoridad genere y las capacidades y recursos de diferentes índole (político, financiero, físico, tecnológico, humano, de conocimiento e información) y optimizar todas las potencialidades existentes en el territorio.

Paternalista: Actitud protectora de una persona que ejerce una autoridad, doctrina según las relaciones laborales y políticas entre jefe y subordinados deben regirse por las reglas impuestas.

Cosmovisión: Manera de interpretar el mundo.

Creencias: Son todos aquellos conceptos que las comunidades y pueblos han venido cultivando de generación en generación.

Costumbres: Conjunto de cualidades y usos que forman el carácter de una persona. Hábito que se adquiere por la repetición de la misma cosa.

Magia: Conjunto de prácticas y creencias contrarias a las leyes naturales.

Ritual: Son ceremonias religiosas de orden mágico espiritual que protagonizan los sabios de la medicina tradicional para ejercer curaciones o invocar espíritus ya sea para fines sanitarios o para causar mal.

Atención integral en salud: Incluye a los diferentes programas de salud tanto a nivel preventivo como curativo, en este contexto se aborda la salud a nivel de educación, prevención y promoción.

Modelo de salud: El modelo de salud regional reúne una gama de particularidades con relación al modelo de salud de la nación. Este constituye como un valor fundamental en los procesos sanitarios el respeto y la inclusión activa de los saberes y prácticas tradicionales de salud, sin obviar la implementación de estrategias y programas que respondan efectivamente a las demandas de todas las comunidades existentes en la región.

Idiosincrasia: Es la manera de ser y de pensar.

GLOSARIO DE ABREVIATURA

AMN: Agente de Medicina Natural.

CECALLI: Voz Náhuatl, significa Familia

CTP: Comité de Traslado de pacientes.

CS: Comisión de Salud.

ISNAYA: Voz Náhuatl, Significa Árbol Alegre

OED: Siglas en alemán que significa Cooperación Austriaca para el Desarrollo

PAISSER: Proyecto de Atención Integral en Salud al Área Rural.

PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

RAAN: Región Autónoma del Atlántico Norte.

SPSS: Es un paquete estadístico que responde al funcionamiento de todo programa que lleva a cabo análisis estadísticos.