

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

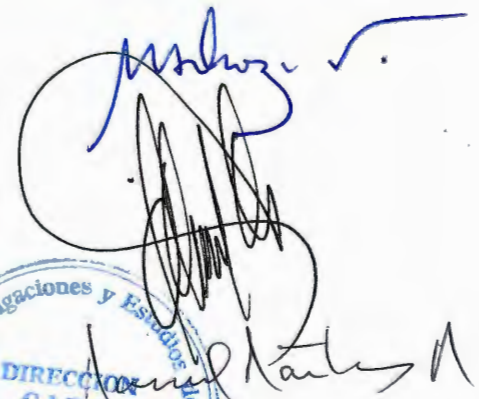
TRABAJO DE TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MASTER EN SALUD PUBLICA

**PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD
EN UN CONTEXTO MULTICULTURAL:
EL CASO DE LAGUNA DE PERLAS
RAAS. 1998**



Autores
Dr. José Espinoza González
Dr. Moisés Moraga Amador

Tutor
Lic. Manuel Martínez Moreira



T
142
E-77
2000



Enero de 2000.

DEDICATORIA

A nuestras esposas e hijos por su estímulo y motivación constantes en nuestro desarrollo personal y profesional.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer la participación de algunas personas que nos acompañaron en el transcurso de la presente investigación.

- Al Lic. Manuel Martínez por sus oportunos y acertados consejos y el acompañamiento de terreno en parte de la investigación.
- Al Dr. Samuel Amador, la Lic. Jeannette Kelly y la Enf. Sharon Downs, por su participación durante el trabajo de terreno.
- A la Sra. Marcia Villacorta, secretaria del proyecto, por la transcripción de las entrevistas.
- A Acción Médica Cristiana por el apoyo institucional para llevar a cabo la investigación.
- A la agencia sueca Diakonía, por el financiamiento de este proyecto investigativo y la confianza depositada en nosotros para realizar el trabajo.

CONTENIDO

Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Resumen	Iv
Introducción	1
Antecedentes	3
Justificación	6
Planteamiento del problema	7
Objetivos	8
Marco teórico	9
Metodología	42
Resultados	49
Discusión y análisis	83
Conclusiones	108
Recomendaciones	110
Bibliografía	111
Anexos	117

RESUMEN

Objetivo: Con el objetivo de determinar la incidencia de factores organizacionales y comunitarios en el nivel de las comunidades multi-étnicas de la cuenca de Laguna de Perlas, Región Autónoma Atlántico sur de Nicaragua, se realizó una investigación evaluativa.

Metodología: El estudio incluyó a las etnias creole y garífuna, de origen afro-caribeño, indígenas miskitos y campesinos mestizos. La evaluación tuvo un enfoque cualitativo y participativo.

Para recabar la información se realizaron entrevistas a informantes claves de los diferentes grupos étnicos (líderes formales e informales), así como miembros del personal del Ministerio de salud y del equipo de acción Médica Cristiana. Se realizaron discusiones de grupos focales con la participación de agentes comunitarios, miembros de organizaciones comunitarias y líderes de opinión. La información obtenida a partir de fuentes primarias se completó con la revisión de diferentes documentos del proyecto.

El nivel de participación comunitaria se valoró con los descriptores: liderazgo, organización de la comunidad, movilización de recursos y gestión comunitaria. Los factores condicionantes se agruparon en factores institucionales, factores del contexto (político, económico y cultural), y factores de los participantes.

Resultados: El liderazgo comunitario es elegido democráticamente, pero establece relaciones de clientelismo con la comunidad. La población valora su gestión basado en la capacidad de acumular y distribuir bienes y servicios. El liderazgo femenino se ha desarrollado en comunidades creoles y garífunas, pero no en comunidades miskitas y mestizas.

Existe mucha capacidad organizativa espontánea, pero hace falta un esfuerzo cohesionador en función de objetivos comunes. La formación de nuevas organizaciones por agentes externos pone en riesgo el sistema social existente.

Existe un total de 379 agentes comunitarios voluntarios (líderes de salud, brigadistas, parteras, mujeres promotoras, maestros y niños líderes). La participación de éstos en la gestión de la salud ha sido importante.

La investigación acción participativa ha permitido involucrar a la población, a través de sus líderes, en la identificación de prioridades y propuesta de soluciones conjuntas entre AMC y la comunidad para transformar la realidad. La participación en la gestión es mayor en los aspectos considerados vitales para la comunidad (higiene ambiental, huertos, infraestructura).

El Ministerio de Salud (MINSA) ha promovido un modelo de participación comunitaria basado en la movilización de recursos solamente (modelo instrumental), derivado de un modelo de atención que enfoca en los servicios de salud principalmente y muy poco en la comunidad. El abordaje del MINSA fomenta relaciones autoritarias y de dependencia.

Acción Médica Cristiana promueve la participación de la comunidad en la gestión de la salud y el desarrollo comunitario derivado del modelo de salud comunitaria que tiene como eje transversal el empowerment comunitario y enfoca en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la asistencia integrada entre la comunidad y las instituciones.

El personal de salud MINSA no ha sido capacitado para el trabajo comunitario debido a que las escuelas formadoras de recursos abordan de manera insuficiente estos temas en sus programas. AMC ha tenido que cerrar esta brecha capacitando a su personal.

Las relaciones inter-étnicas en Laguna de Perlas son complejas. La etnia dominante es la creole y las otras se han tenido que adaptar culturalmente ésta. Existe un etnocentrismo marcado hacia los mestizos. La religión es un elemento fuerte en la cultura de todos los grupos. La identidad étnica y el sentido de comunidad favorecen la participación comunitaria, en cambio existe una cultura de desarraigo en los mestizos, que obstaculiza su participación.

Conclusiones: La multiculturalidad agrega complejidad mayor a las intervenciones en salud. Algunos aspectos pueden ser de mucha ayuda para el desarrollo de la participación comunitaria en contextos multiculturales: La animación socio-cultural y la investigación acción participativa como métodos de trabajo, la representatividad étnica en el equipo de trabajo favorece la sensibilidad y el respeto por las diferentes culturas, la integración de equipos multidisciplinarios en salud, las relaciones horizontales con la comunidad y el aprovechamiento de los espacios culturales para promover la salud.

I. INTRODUCCION

La participación comunitaria ha sido interpretada de muchas de formas por muchos autores. Aunque no es posible restringir la participación comunitaria a la salud solamente, en este trabajo la analizaremos desde el sector salud tomando en cuenta el contexto político, económico y social, sin pretender ser exhaustivos.

Se ha planteado la participación comunitaria como un elemento indispensable para el éxito de los programas de Atención Primaria en Salud en los países subdesarrollados, atribuyéndose muchos fracasos al hecho de no haber podido lograr la participación real de la población en las acciones de salud implementadas.

La participación comunitaria se define en propósitos y actividades tan variados como descargar responsabilidades sociales de unos actores en otros, votar en unas elecciones, formar parte de movimientos sociales, desarrollar estrategias para lograr que la gente colabore con programas y proyectos, cualquier acción de organizaciones sociales para reivindicar sus necesidades y realizar sus intereses, etc. Sin embargo frecuentemente se encubre que la participación también tiene que ver con relaciones de poder y la capacidad de acceder a él.

Durante la época de los ochenta en Nicaragua, se confirmó que pese a la escasez de recursos técnicos y económicos; una amplia participación de la población puede de manera sorprendente mejorar la salud, los indicadores y por ende la calidad de vida de dicha población. Desgraciadamente, poco a poco la participación de la comunidad fue limitada a la movilización de los recursos y desapareciendo su participación en la gestión.

En los años noventa, el marco político ha cambiado; caracterizándose por un contexto globalizante, con un enfoque neoliberal de la economía y de los procesos sociales en donde prevalecen criterios economicistas de eficiencia, eficacia, generación de ingresos, ganancias, etc. Dicho modelo establece la necesidad de reducir el aparato estatal desde un ente benefactor a una entidad reguladora-normativa y por ende concederle al sector privado y a sociedad civil "la oportunidad" de participar e influir en las funciones sociales de beneficio como la salud, la educación, la seguridad social, etc.

En la Costa Atlántica existe escasa o nula participación de las etnias, principalmente indígenas. La participación en la RAAS ha estado limitada a la creación y funcionamiento de las Juntas de SILAIS y Hospital, ubicadas en Bluefields y conformadas por habitantes de las misma ciudad. Se ha promovido la participación de agentes comunitarios en la ejecución de actividades planificadas por el MINSA como una estrategia para enfrentar la baja cobertura de los servicios de salud, que se estima en un 20% en esta región.

Han sido evidentes los esfuerzos de las ONG para el desarrollo de la participación comunitaria en la región, estos esfuerzos muchas veces están limitados por enfoques desarrollistas o estrategias funcionalistas de trabajo, y muy poco el desarrollo de estrategias autogestionarias. Pero además de eso, tienen un gran peso las presiones de las agencias financiadoras, que por un lado confunden la participación comunitaria en su máximo nivel (autogestión y negociación) con autosostenibilidad económica; y por otro esgrimen el discurso de la participación de la comunidad en la planificación y la evaluación, cuando los excesivos controles obligan a estructuras centralizadas y a la concentración de los recursos en aras de la eficiencia.

Mejorar la participación comunitaria en el programa de salud de Acción Médica Cristiana ha sido uno de los fines principales de la organización durante los últimos años de trabajo. Esto se considera como uno de las condiciones necesarias hacia el fin de lograr el objetivo general del Programa de Salud Comunitaria en comunidades de la Costa Atlántica, el cual es mejorar las condiciones de salud en las comunidades donde actúa la institución.

Con interés en ver los avances hacia este fin logrados durante el último trienio, se realizó una investigación evaluativa con enfoque participativo. Esta investigación examinó los factores condicionantes que probablemente han tenido una influencia en la participación comunitaria del Proyecto AMC en la cuenca de Laguna de Perlas. Se estudiaron ciertos elementos institucionales y extrainstitucionales que pueden tener un efecto facilitador o restrictivo en la participación de personas de las comunidades en el proyecto de salud en mención. Los factores institucionales incluyeron aspectos de la organización de la institución AMC o el programa de salud que pueden facilitar o limitar la participación comunitaria. Estos factores son los que AMC tiene posibilidades de modificar o influir. Los factores extrainstitucionales incluyen los aspectos socioculturales, históricos, y económicos que también pueden tener un efecto en la participación comunitaria, pero que AMC no puede modificar directamente sino a través de un proceso reflexivo de la misma comunidad.

II. ANTECEDENTES

Desde el inicio del trabajo comunitario en salud, bajo el nombre de Programa de Atención Integral en Salud a Comunidades de la Costa Atlántica en 1989, se promovió la participación comunitaria aunque con modalidades diferentes a las actuales. Durante los primeros tres años el modelo de atención de AMC era el mismo del MINSA. Esto hizo posible que la institución asumiera la administración de los programas del MINSA en la cuenca de Laguna de Perlas.

La capacitación de agentes comunitarios, la formación de otros recursos autóctonos de las comunidades, y la construcción y equipamiento de unidades de salud, se constituyó en la estrategia para aumentar la cobertura de servicios de salud. Hasta 1991 el modelo del proyecto enfocaba en la prevención de enfermedades y la atención médica a las comunidades mediante las Brigadas Médicas Móviles.

A partir de 1992 el proyecto dio un giro importante hacia la promoción de la salud y la participación comunitaria como eje central de la actuación. Se continuaron formando agentes comunitarios, pero desde el enfoque de crear capacidades locales para enfrentar los problemas de la comunidad. Se integraron también autoridades locales y líderes naturales a la gestión de la salud, a partir de la investigación acción participativa realizada en todas las comunidades beneficiarias donde se identificaron prioridades, líneas de acción y se establecieron compromisos concretos para el trabajo conjunto de AMC con las comunidades.

En el Plan Trienal de Acción Médica Cristiana (AMC), 1995-1997, se planteó definir una estrategia de actuación propia, en función de las realidades de AMC y las demandas de las poblaciones de las comunidades de la Cuenca de Laguna de Perlas, de la Región Autónoma del Atlántico Sur de Nicaragua.

Las acciones realizadas por AMC en las comunidades beneficiarias del Proyecto, se orientaron a contribuir a mejorar la situación de salud de la población, a través de la estrategia de Atención Primaria y la Promoción de la Salud.

Se definió como principal componente de actuación, la participación plena de la comunidad en la solución de los problemas de salud priorizados; para el logro de este principio de trabajo comunitario, AMC brindó apoyo directo a los agentes comunitarios y a distintas expresiones organizativas de la comunidad; con lo cual se pudo obtener los resultados que en alguna medida han permitido solucionar algunos problemas de salud y promover el desarrollo integral de las comunidades.

Una de las estrategias esenciales fue la de fortalecer el desarrollo de capacidades locales, autónomas, basados en la propia organización de las comunidades de la Cuenca de Laguna de Perlas. La modalidad de trabajo consistió en el desarrollo de un proceso de identificación de los problemas sociales y de salud con la participación de la población y de sus líderes locales; que involucrados con

AMC y personal del Ministerio de Salud (MINSA) han podido enfrentar y resolver en algunos casos problemas de suministro de agua de consumo humano, instalación de letrinas, huertos familiares y otros; con lo cual no sólo se ha facilitado preservar y desarrollar las formas organizativas autóctonas existentes en la comunidad y las relaciones internas en las comunidades; sino también problemas específicos de salud relacionados con las enfermedades de origen hídrico, el fecalismo al aire libre y la desnutrición de la mujer y el niño.

También en el Plan Trienal de AMC se estableció la ejecución de acciones conjuntas con el Ministerio de Salud (MINSA), para garantizar el desarrollo de los servicios integrados en salud, con estas línea de acción se ha beneficiado a los grupos más vulnerables, principalmente a la mujer y a la niñez; y cuyos resultados pueden apreciarse no sólo en las coberturas de atención rural, sino en algunos indicadores que han tenido continuidad como un esfuerzo social importante y cuya tendencia contribuirá a la disminución de la mortalidad materna e infantil.

Con el desarrollo de los componentes del proyecto: Educación y comunicación en salud; capacitación a agentes comunitarios, desarrollo de recursos humanos propios de la región, organización y participación comunitaria, entre otros; la intervención realizada por AMC logró que se mejoraran las capacidades gerenciales de los equipos de trabajo de Laguna de Perlas, en los distintos niveles de este Proyecto.

La intervención del Proyecto de Salud Comunitaria en Laguna de Perlas, se definió como una acción de continuidad, que dio inicio AMC desde finales de la década de los ochenta, debido los principales problemas de salud que todavía sufre la población de dichas áreas, a causa de las secuelas de la guerra, pobreza y marginalidad social, abandono de la atención a los grupos étnicos y sociales de estas zonas rurales por parte del Estado y de sus políticas. Los problemas de salud se expresan como:

- Altas tasas de mortalidad infantil a causa de diarrea y enfermedades respiratorias agudas.
- Elevada mortalidad materna.
- Alta prevalencia de desnutrición en la población menor de 5 años, y
- Deficientes condiciones higiénico-sanitarias (fecalismo al aire libre, condiciones inadecuadas del agua de consumo, disposición inadecuada de desechos sólidos).

AMC ha sido consciente que estos problemas son de tipo estructural y multicausales; por tanto significan un gran desafío para su resolución, y se requiere una perspectiva de mediano y largo plazo para la modificación sustancial de los mismos.

En el Proyecto de AMC para la atención integral de Salud de las comunidades de Laguna de Perlas, se propuso enfrentar de manera directa problemas intermedios, como:

- El insuficiente acceso de la población a los servicios de salud oficiales.
- Los pocos conocimientos e inadecuados comportamientos de la población en relación a la diarrea y el saneamiento ambiental.

- La insuficiente capacitación de los agentes comunitarios para enfrentar los problemas de salud de sus comunidades, y,
- La insuficiente integración de las organizaciones comunitarias a la intervención de salud en la población.

A partir de la identificación de estos problemas, se definieron cinco componentes básicos para la acción:

- Educación Sanitaria y Comunicación Social
- Organización, Participación Comunitaria
- Investigación y Medicina Tradicional
- Capacitación
- Fortalecimiento de Servicios Integrados a la Mujer y el Niño.

Las prioridades de salud del proyecto fueron orientadas a:

- contribuir a la disminución de la mortalidad materna y la mortalidad infantil, de las comunidades atendidas por el proyecto,
- la capacitación de agentes comunitarios y personal autóctono,
- el desarrollo de la participación comunitaria y el nivel organizativo de la comunidad;
- acciones de educación sanitaria y comunicación social, y
- el mejoramiento de las condiciones sanitarias de las viviendas de las comunidades, mediante la construcción de letrinas, tanques de agua y pozos.

Es en este marco que se desarrolla la presente evaluación.

III. JUSTIFICACION

La evaluación tiene como finalidad identificar los aciertos y limitaciones encontradas en la actuación con el Proyecto en Salud Comunitaria con respecto a la participación comunitaria en salud. Los hallazgos que se presentan en este informe permitirán:

- Reorientar el enfoque y las estrategias y métodos de trabajo del proyecto en toda las comunidades de la Cuenca de Laguna de Perlas con el fin de adecuarlos al contexto multicultural de las comunidades.
- Proponer la modificación de los métodos de trabajo comunitario del Ministerio de Salud con miras a impulsar un modelo de Salud Comunitaria que permita a la comunidad constituirse como un actor relevante dentro del sistema de salud oficial.
- Este trabajo se constituirá en el insumo para una reflexión más profunda (sistematización) acerca de los métodos y supuestos teóricos que sustentan el trabajo comunitario en salud y su relación con el “empoderamiento” a nivel comunitario.

IV. DELIMITACION DEL PROBLEMA

La presente investigación intenta dar respuesta a las siguientes preguntas:

¿Cuál es el nivel de participación comunitaria en salud en las comunidades étnicas de la cuenca de Laguna de Perlas? ¿Cuáles son los factores institucionales y comunitarios que influyen en la participación de la comunidad? ¿Cuáles son las características de la participación comunitaria en salud en este contexto multicultural?

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la incidencia de los factores organizacionales y comunitarios en el nivel de participación comunitaria en salud de las comunidades de la cuenca de Laguna de Perlas. RAAS. 1998.

Objetivos específicos

1. Determinar el nivel de participación comunitaria existente en las comunidades.
2. Determinar las percepciones de la comunidad sobre los factores institucionales que influyen en la participación comunitaria en salud.
3. Describir factores del contexto de las comunidades relacionados a la participación comunitaria en salud.
4. Identificar algunos factores inherentes a los participantes.

VI. MARCO TEORICO

A. LA PARTICIPACION COMUNITARIA EN SALUD

La participación comunitaria ha sido interpretada de multitud de formas, y casi cada autor ha elaborado su propio concepto. En correspondencia con lo anterior, se han catalogado como participación comunitaria actividades diversas como el aporte comunitario en intervenciones institucionales, participar en votaciones, acudir a jornadas de salud, formar parte de movimientos sociales para reivindicar derechos de la comunidad, etc. (OPS/OMS, 1992).

La Participación Comunitaria es un elemento indispensable para el éxito de los programas de Salud Comunitaria, y se la ha considerado esencial en la implementación de la estrategia de atención primaria en salud.

Una amplia participación de la población puede de manera sorprendente mejorar la salud y la calidad de vida de dicha población, aun con recursos escasos y sin tecnología sofisticada. Esto pone en evidencia que el sistema de salud sólo contribuye en parte al nivel de salud de la población.

1. Promoción de la salud y participación comunitaria

La promoción de la salud es definida en la Carta de Ottawa como "el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla". (López y Aranda, 1990)

Ante el relativo fracaso del sistema sanitario en incrementar el nivel de salud de la comunidad debido al predominio del paradigma biologicista, la oferta pasiva de los servicios de salud, el incremento de la inequidad en salud, surge la promoción de la salud como una respuesta.

La promoción de la salud es un enfoque diferente para el abordaje de los problemas de salud de la comunidad, y se vale de estrategias como la educación sanitaria, la comunicación social, organización comunitaria y la acción política para lograr los cambios.

La Promoción de la Salud es una estrategia complementaria, no sustitutiva. No significa la respuesta a todos los problemas de salud, ni invalida las medidas asistenciales, sin embargo brinda herramientas para un abordaje holístico de la salud-enfermedad.

La promoción de la salud conlleva una disminución del protagonismo del sector salud y el cambio hacia un paradigma integral en que la salud es vista desde el ángulo de diferentes actores sociales y

requiere la intersectorialidad.

Dado que la promoción de la salud implica un abordaje colectivo más que individual, es imprescindible la participación de la comunidad. Es la única forma para que la comunidad logre el control de su salud.

Mediante la Promoción de la Salud, los servicios toman un giro desde una autoridad normativa, hacia un abordaje dirigido a la concertación y la convergencia de voluntades de los actores sociales comprometidos en la salud de la comunidad.

Un riesgo en el desarrollo de la promoción de la salud, es el traslado de responsabilidades del Estado a la población sin la transferencia de poder sobre bienes, recursos y decisiones (OPS/OMS, 1992). Es decir “culpabilizar a la víctima” de los problemas de salud que la aquejan, que a la vez permite al Estado disminuir el presupuesto de salud. Debido a esto la implementación de modelos de atención basados en la prevención y la promoción de la salud han tenido mucha viabilidad política en los funcionarios del Estado.

La Promoción de la Salud no trata de hacer recaer sobre los individuos la culpa de su enfermedad, ni justificar la disminución de responsabilidad del Estado en el mantenimiento de la salud de la población.

2. Elementos conceptuales de la participación comunitaria

La participación comunitaria es el proceso mediante el cual la comunidad toma parte en las decisiones que le afectan y asume de forma consciente, acciones en función de necesidades identificadas por ella misma, o en conjunto con otros actores sociales.

Este concepto ha sido retomado por corrientes ideológicas de derecha, centro e izquierda y cada una de estas corrientes ha adecuado el término a su conveniencia. De forma que la participación comunitaria aparece mencionada en planes y programas de desarrollo, políticas de salud y hasta constituciones políticas de una forma variada en dependencia de la ideología de quien la utiliza.

Algunas de las definiciones acuñadas son las siguientes:

"Se hace referencia a la participación cuando se alude a la asociación de individuos en alguna actividad común destinada a obtener beneficios personales de orden material o inmaterial" (Lima, 1988).

"Proceso orientado fundamentalmente a crear una conciencia en los individuos y colectividades sobre la realidad de la situación de salud en que viven; y a canalizar deliberadamente las acciones de los individuos, grupos e instituciones comunitarias para la expansión y fortalecimiento de los servicios de

salud. "Participar es tener parte en una cosa, tocarle a uno algo de ella" (Hevia, 1985). No es sólo ser parte de algo de manera nominal, por ejemplo estar en la lista de miembros de una organización, sino también tomar parte en la dinámica y experimentar un sentido de pertenencia.

"Se entiende la participación popular en salud como la práctica socialmente organizada de las mayorías, tanto en la producción de servicios de salud, la producción del saber, la distribución y consumo de la salud; como en el ejercicio de las funciones de dirección del sector, el control de la gestión, la administración de los recursos, el proceso de toma de decisiones, la apropiación del conocimiento y el manejo de la información, y en fin, en las funciones que comprendan la gestión en salud" (Ríos, 1982).

"Es el proceso mediante el cual se logra la intervención integral del pueblo organizado en la planeación (toma de decisión), ejecución y evaluación de todas las actividades relativas a la salud" (Eibenschutz, 1982).

La participación comunitaria puede ser considerada como un fin o como un medio, instrumento, mecanismo para conseguir algo. La primera acepción puede ser denominada como la interpretación democrática, la segunda la instrumental.

El planteamiento de quienes consideran a la participación comunitaria como un medio para lograr aumentar la cobertura de los servicios de salud oficiales se podría resumir de la siguiente forma: "es necesaria la participación de la comunidad porque el sector público, sobre todo sus recursos materiales y humanos no bastan para proveer a la población de una atención sanitaria adecuada: la tarea de la participación comunitaria es suministrar los recursos adicionales". Las palabras claves en este planteamiento son autoconfianza, autoayuda y recursos locales (Vuori, 1992).

En la aproximación democrática, independientemente de los resultados obtenidos o deseados como consecuencia del proceso de participación comunitaria, ésta se constituye en un valor en sí misma. Se promueve la participación comunitaria aun cuando existe la posibilidad que la comunidad rechace los objetivos institucionales y proponga los propios.

El concepto de participación comunitaria se refiere a la posibilidad de que la comunidad obtenga mayores cuotas de poder en la toma de decisiones, que se concreta en la elaboración de las políticas de salud, planificación, organización, funcionamiento y control de las intervenciones de salud (Nervi, 1992).

En consecuencia, la participación comunitaria incluye tanto a la sociedad política como a la sociedad civil e implica una asociación autónoma de la sociedad civil con el Estado para la ejecución de acciones de salud, desarrollo y otras.

Algunos elementos comunes a estas definiciones son la influencia en la toma de decisiones o participación en la gestión y la responsabilidad en la ejecución de tareas. Lo central es la toma de decisiones y por tanto tiene que ver con relaciones de poder. Dicho de otra forma, la redistribución de

las cuotas de poder entre los actores sociales participantes, es fundamental.

La participación no conduce necesariamente a la ausencia de conflictos. Esto daría a la participación comunitaria el carácter de legitimadora de decisiones ya tomadas por otros. A medida que la comunidad va tomando una conciencia crítica de su situación inicial y adquiere poder para decidir y actuar, se pueden generar conflictos por la divergencia de intereses.

Se requiere la participación de todos los actores sociales para impulsar el bienestar de la comunidad. Es indispensable una visión positiva del conflicto para poner en evidencia las capacidades para la construcción colectiva de soluciones a partir de procesos de concertación y negociación.

Sin embargo, es necesario que los actores sociales se encuentren en igualdad de condiciones para negociar sus intereses en un ambiente de respeto mutuo y aceptando la diversidad. En la práctica lo que domina es que los actores sociales tienen diferentes cuotas de poder. Los actores con mayor poder asumen el papel rector en las negociaciones, considerando a los otros actores como inexistentes o irrelevantes. Es muy frecuente que las instituciones del Estado pretendan ubicarse en una relación de verticalidad con la sociedad civil, que conlleva a fuertes tensiones.

La participación es una habilidad que se aprende y se perfecciona (Díaz, 1985). Esta habilidad se desarrolla si existe oportunidad de practicarla. La consolidación progresiva de la participación comunitaria se logra a partir de experiencias participativas concretas, en espacios concretos y en el abordaje de una problemática, no sólo en la reflexión teórica acerca de la participación.

La educación sanitaria, cuando es liberadora, es un medio eficaz para desarrollar la participación comunitaria, sin que ello signifique manipulación de la comunidad. La diferencia entre inducción de la participación y manipulación de la participación lo establece el propósito de ella.

a) Dimensiones de análisis en la participación comunitaria

La participación comunitaria se puede analizar desde diferentes dimensiones (Lima, 1988):

- **Dimensión psicológica:** Se sitúa en el plano del comportamiento humano. Toma en cuenta los valores que motivan a las personas a integrarse a organizaciones para una participación efectiva. Al respecto, son fundamentales la solidaridad y reciprocidad en la actuación colectiva de la comunidad. En muchos de los grupos formados a partir de estos valores predomina una cierta afectividad entre los miembros, además de intereses comunes.
- **Dimensión sociológica:** Alude a la pertenencia al grupo. Implica también responsabilidad y compromiso de los participantes. Analiza los vínculos que se establecen entre los diferentes actores y la distribución de obligaciones.

- **Dimensión económica:** Se refiere a la posibilidad de participación en la planificación y control del proceso de producción de servicios de salud por parte de los trabajadores de la salud y la distribución equitativa de los servicios a la población.
- **Dimensión política:** Analiza a distribución del poder entre los participantes, a la vez mecanismos de control los representantes de las formas organizativas en particular y de la sociedad en general. En el último caso, se concreta en la construcción de la ciudadanía.

b) Participación comunitaria y participación social

Se hace referencia a la participación comunitaria cuando en proceso se ubica en la comunidad y participación social, cuando en proceso se ubica en el nivel más general, es decir en la sociedad. La participación social, es entonces, la intervención de actores sociales en la dinámica social.

Existe una relación dinámica entre la micro-participación (participación comunitaria) y la macro-participación (participación social). Por un lado no se puede lograr la participación social sin fortalecer la participación comunitaria, por otro lado, la participación no se debe quedar en el plano comunitario, sino trascender al plano más complejo que es la sociedad.

Existen espacios particulares, tanto para la participación comunitaria, como para la participación social. No se puede hablar de participación social, cuando los espacios para la participación están limitados a la resolución de los problemas locales.

c) Participación social y movilización social

Un movimiento social nace producto de la necesidad de viabilizar demandas o necesidades compartidas. La población se va reagrupando alrededor de formas organizativas primarias, que luego forman coaliciones y grupos de presión para lograr mejores condiciones de vida (Gerschman, 1992).

Cuando los movimientos nacen a partir de la sociedad civil, usualmente no están alineados a ningún partido político, aunque no son escasos los esfuerzos de dirigentes políticos para capitalizarlos en función de sus intereses partidarios. En algún momento el movimiento social puede solicitar el apoyo de algún partido político, comúnmente de oposición para lograr sus objetivos, pero más frecuentemente se producen tensiones para mantener la independencia política.

El foco de atención de la actuación de los movimientos sociales (movilización social) es en la mayoría de los casos el Estado, exigiendo intervenciones efectivas, por cuanto se supone debe garantizar la justicia y la equidad en la distribución de los servicios de salud.

La movilización social es el proceso mediante el cual el movimiento delibera y actúa. La movilización produce participación.

Poco a poco los movimientos sociales logran articular propuestas concretas para la solución de los problemas, es decir comienzan a tener implicaciones políticas (no en el sentido partidario). Estas propuestas son presentadas al Estado y pretenden incidir en las políticas sociales.

Algunos movimientos pueden desaparecer cuando el problema que les dio origen desaparece al obtener sus reivindicaciones, pero también un movimiento social puede llegar a institucionalizarse, es decir a perpetuarse como tal, constituir una forma organizativa más formal. A veces la institucionalización del movimiento se asocia a una pérdida de la autonomía frente al Estado.

d) Participación y construcción de la ciudadanía

La ciudadanía es un status jurídico en que el Estado reconoce y garantiza una serie de derechos civiles a los individuos, a la vez que le exige el cumplimiento de otras obligaciones civiles. Según esto, todos somos iguales ante la ley, sin embargo en la realidad no existe tal igualdad de derechos y oportunidades.

En la democracia representativa el gobierno electo se atribuye el poder de decidir por todos. La participación ciudadana termina con la votación. Esto es un enfoque restringido de la participación ciudadana.

Construir ciudadanía es crear conciencia de los derechos ciudadanos desde un punto de vista integral que incluye derechos políticos y sociales (Alforja, 1997). Es el proceso por medio del cual los individuos y organizaciones sociales acceden a oportunidades para realizar sus intereses frente al Estado (OPS, 1993).

3. ¿Por qué participa la gente?

La gente participa porque quiere dejar de ser objeto de las decisiones de otros y convertirse en sujeto social con la posibilidad de construir, de forma protagónica, su propio destino.

Esto implica de forma específica (Hopenhayn, 1988):

- a) Ganar control sobre la situación mediante la intervención en las decisiones que tienen que ver con al vida de la comunidad y reducir al máximo la posibilidad de que otros externos decidan por la comunidad.
- b) Acceder a bienes y servicios. Ampliar la posibilidad en que la comunidad pueda exigirle a otros, sobre todo al Estado para cumplir con sus demandas y expectativas. Se pretende incidir sobre decisiones políticas y consiguiente la asignación de recursos a favor de la satisfacción de sus necesidades.

- c) Integrarse a procesos de desarrollo en los cuales los que no participan se van sumergiendo en la marginalidad. Para que la participación sea verdadera en este caso, no debe ser alienante, sino de reconocimiento y fortalecimiento mutuo a partir de los aportes de cada uno. No existe participación cuando se obliga a la pérdida de identidad del otro actor social para ser reconocido por la otra parte. Esto último se ha presentado con los pueblos indígenas a quienes muchas veces se les ha sometido a un proceso intenso de aculturación para lograr su “integración” al estado-nacional.
- d) Aumentar el grado de autoestima mediante un mayor reconocimiento, por parte de los demás, de las capacidades de los participantes. En la medida en que las opiniones de los participantes son tomadas en cuenta en la toma de decisiones, y que sus iniciativas aportan a la gestión, su autoestima aumenta y en tanto, la motivación para participar.

4. Modelos de participación

De acuerdo al propósito que se persigue con la participación comunitaria, podemos identificar dos modelos de participación promovidos por las instituciones: un modelo instrumental y un modelo democrático de gestión (Nervi, 1992).

- a) El modelo instrumental:

En este el argumento económico es el elemento central. Ante la crisis de financiamiento del sistema y el deterioro de la atención de salud, la única vía para aumentar la cobertura de los servicios de salud a bajo costo es el reclutamiento de la población para la ejecución de acciones de baja complejidad.

A la población se la ve como dadora de mano de obra gratuita, bajo el concepto que ella es la mayor responsable de su situación de salud. Por tanto la población sólo es llamada a participar en la ejecución de las acciones, reservándose la toma de decisiones a la institución.

La población es "convocada" a participar a partir de una “sensibilización” acerca de las necesidades y problemas identificados bajo la perspectiva institucional, estando ausente tanto en la identificación de los problemas, la interpretación de sus causas y las propuestas de solución. Al final se informa a la comunidad de lo que se deberá hacer y cuál es su responsabilidad en la ejecución de las acciones como condición para que la institución esté “interesada” en intervenir en la salud de la comunidad.

La educación sanitaria y la comunicación social están dirigidas a la simplificación del mensaje institucional, y por supuesto no parte de la reflexión crítica y comprometida, sino que toma un enfoque “bancario”: la comunidad no sabe hay que enseñarle.

b) **Modelo democrático de gestión**

El argumento central es el tema de la democratización en salud en los distintos niveles.

La participación social es concebida como un modelo de gestión en la cuestión de salud, en el cual el personal de salud y la población concertan en el proceso de la identificación de problemas, planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

La salud se aborda desde un paradigma integral que incluye el abordaje de los factores de riesgo de la salud, y en donde se integran diferentes modelos de prestación de servicios de salud: servicios públicos (el Estado a través de sus instituciones), servicios privados no lucrativos (programas de salud impulsados por organismos no gubernamentales), los modelos alternativos institucionales y las prácticas comunitarias de salud.

La comunidad puede tener su propio modelo de participación, no sólo en salud, sino en la vida comunitaria en general. Para caracterizar el modelo de participación de la comunidad es necesario identificar:

- Los actores de la participación, los intereses que representan, y la forma en que se organizan. También es importante indagar acerca de los actores que no participan y el por qué de ello. Algunos actores sociales pueden estar inhibidos por pugnas internas en la comunidad, y otros, por las características culturales de la comunidad.
- Los espacios en que se da la participación. Los espacios generalmente imprimen una particularidad a la participación, por ejemplo, las casas comunales representan el símbolo en la comunidad del “lugar donde se toman las grandes decisiones”, de ahí su importancia en muchas comunidades. Los espacios pueden ser también escuelas, iglesias, sedes del gobierno, o espacios más informales.
- Las motivaciones para participar. La motivación puede ser la resolución de un problema particular o involucrarse en una actividad de la vida comunitaria, como una fiesta religiosa o un ritual. Es importante analizar cómo convergen las motivaciones hasta convertirse en un detonante para la participación de la comunidad.

5. Formas en que la comunidad puede participar

a) **En la planificación:**

Usualmente la planificación se concibe como una “cosa de técnicos”. Se considera que la sociedad civil no tiene el suficiente nivel organizativo o la capacidad para participar en la

planificación, cuando en realidad existe incapacidad para reconocer otras formas organizativas de la comunidad (Flisfisch et. al., 1982).

La planificación no es un proceso tecnocrático, sino que está enmarcada en procesos económico-políticos globales (Lobos, 1986), en que se conjugan elementos técnicos (metodologías e instrumentos) y políticos (decisión sobre recursos y poder).

La participación de la comunidad en la atención de salud ha dado lugar a expectativas entre los planificadores de salud (Rifkin, 1983):

- La comunidad constituye un gran potencial de recursos sin explotar.
- Las comunidades constituyen entidades homogéneas capaces de ponerse de acuerdo en acciones que permitan una distribución equitativa de los recursos existentes.
- Los miembros de la comunidad quieren participar en su propia asistencia de salud por un deseo de servicio a la comunidad y de tomar decisiones que le afectan.

El predominio de profesionales médicos en la planificación de la salud, conlleva a un énfasis exagerado en los servicios de salud y no a la salud en sí. En este sentido, la comunidad ve la salud como “cosa de expertos”, y la participación es inhibida. En muchas comunidades se puede observar un bajo nivel de participación en salud, pero un buen nivel de participación en actividades productivas, no sólo porque estas últimas están ligadas a la sobrevivencia, sino porque son actividades que la población ha realizado durante toda su vida.

La medicalización de la salud ha limitado la participación comunitaria a obedecer órdenes. La planificación participativa de la salud debe hacerse desde el concepto de bienestar, un concepto mucho más amplio que incluye condicionantes y determinantes de la salud.

La planificación es un proceso de concertación entre actores sociales comprometidos con el bienestar de la comunidad. Estos actores pueden pertenecer a la sociedad política (las instituciones del Estado y los partidos políticos) o a la sociedad civil (organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias, otras organizaciones privadas). La planificación participativa pretende reconciliar intereses en conflicto entre estos actores sociales.

Condiciones para la participación de la comunidad en la planificación son la descentralización y la flexibilidad de los planes y programas, aspectos que abordaremos más adelante.

En gobiernos autocráticos la política de gobierno se impone en la planificación, convirtiéndose en el marco referencial de la participación comunitaria en la planificación. Se elabora una política de salud y un plan estratégico global salido del escritorio de algunos

técnicos y se “permite” la participación de la comunidad en decisiones operativas y no trascendentales del nivel local.

Para que la planificación sea realmente participativa debe ser ascendente y no descendente. De esta forma la planificación central se convierte en un punto de convergencia entre iniciativas locales e intereses del nivel central.

Las formas concretas de participación de la comunidad en la planificación pueden ser:

- Aportando elementos para el análisis de la situación actual a manera de informantes claves. Nadie conoce mejor la situación de la comunidad que la misma comunidad. La información que se podría obtener a través de encuestas poblacionales y revisión documental es insuficiente, por eso hay que reconstruir la realidad a partir de la perspectiva de los propios actores.
- Identificación de los problemas y sus causas. No basta con la descripción de la situación, es necesario interpretarla. En la interpretación de los problemas y sus causas, se manifiesta la posición ideológica de los actores sociales.
- Identificación de las líneas de acción que den respuesta a los problemas identificados.
- Establecimiento de los compromisos específicos de cada uno de los actores sociales participantes en la implementación de las líneas de acción.

b) En la ejecución:

Dos enfoques pueden presentarse: El primer enfoque se basa en el argumento de involucrar a la comunidad en la salud para cerrar la brecha de recursos (humanos y financieros) requeridos para aumentar la cobertura de los servicios de salud. El otro enfoque está basado en la responsabilidad compartida de decisiones y ejecución entre las instituciones de salud y la comunidad.

Las formas concretas de participación en la ejecución pueden ser:

- Contribuyendo al aumento de la disponibilidad de los servicios
 - Proporcionando agentes voluntarios de salud. Esto facilita una mayor cobertura de los servicios asistenciales y una promoción permanente de la salud.
 - Seleccionando personas entre la comunidad para formarse como personal de salud, que garantiza la representatividad del personal ante la comunidad y la permanencia.
 - Decidiendo acerca de la ubicación de las unidades de salud, en relación a la concentración de la población y accesibilidad geográfica.

- Realizando actividades comunitarias relacionadas con la salud
 - Acciones dirigidas a la modificación de un medio higiénico-sanitario adverso: construcción de pozos y letrinas, limpieza de predios, drenaje de charcas, etc.
 - Estableciendo mecanismos para que los proyectos comunitarios mejoren la calidad de vida de la población más pobre (mejorar el estado nutricional a partir de huertos comunitarios o familiares, comedores infantiles para niños desnutridos a partir de excedentes de proyectos productivos o asignación de una parte de la producción).

- Mayor utilización de los servicios de salud
 - Asistir a jornadas de salud convocadas por el personal de salud (vacunación, micronutrientes, jornadas de control vectorial).
 - Participar de actividades educativas ejecutadas tanto por el personal de salud como por los agentes comunitarios.
 - Asistencia a programas de salud: Atención integral a la mujer, atención integral al niño, etc.

- Desarrollo de las prácticas comunitarias de salud
 - Asistencia de problemas de salud de acuerdo al nivel de resolución que corresponde.
 - Transferencia de pacientes que requieren una atención de mayor complejidad.
 - Complementariedad de la atención brindada por el sistema oficial de salud.

- Realización de funciones administrativas
 - Supervisión de agentes comunitarios y el desempeño del personal de salud por parte de los líderes de la comunidad.
 - Recolección de la información esencial de la comunidad y ejecución de investigaciones operativas.

- Co-financiación de los servicios
 - Contribución con mano de obra y materiales locales en la construcción de la infraestructura sanitaria.
 - Proporcionando ayuda material y económica a los agentes comunitarios de salud como un mecanismo de recompensa por la labor que estos realizan.
 - Contribución en el sostenimiento del personal de salud no originario de la comunidad en que prestan su servicio.

c) En la evaluación

En los últimos años, la evaluación ha venido alcanzando un papel importante en las intervenciones de salud, desarrollándose innumerables herramientas para el trabajo de los evaluadores. Pero a medida que el rigor científico y metodológico se ha acrecentado en la evaluación de la salud, el proceso ha sido desplazado hacia los técnicos.

En otro enfoque, muchas instituciones que intervienen en la comunidad han reconocido la necesidad de la participación comunitaria en la evaluación. Sin embargo, en muchas evaluaciones llamadas “participativas” la comunidad se limita a legitimar el proceso evaluativo con su presencia.

Para la evaluación participativa es preferible el uso de técnicas cualitativas que permitan la evaluación de procesos, la interpretación y explicación de la información obtenida, es decir, la comprensión de la realidad.

La medicalización de la salud, que muy frecuentemente han ocasionado las mismas instituciones de salud, hace que la comunidad aspire el tipo de servicios de salud que se acercan más al hospital que al puesto de salud, los servicios curativos más que la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Las expectativas de la gente con respecto a los servicios de salud, están centradas en la capacidad de resolución de los problemas de salud de la comunidad (efectividad) y no con la eficiencia (relación recursos y actividades), la eficiencia por el contrario, es un punto de mucho interés para los funcionarios de salud de las instituciones (Pedersen, 1991).

La evaluación participativa comparte con la investigación participativa los principios metodológicos e ideológicos (Bruner y Guzmán, 1980). Los evaluadores profesionales solamente son consultores metodológicos, la comunidad decide qué evaluar, dónde y cuándo, cómo hacer la evaluación y qué debe hacerse con los resultados. El equipo autóctono de evaluación organiza en implementa la evaluación, publica los resultados, reúne a los grupos para tomar decisiones sobre cambios del proyecto y garantiza que se realicen las acciones (plan de seguimiento)

La evaluación participativa busca la participación de la comunidad en cada etapa de la evaluación: la selección y aplicación de los métodos, análisis de la información y acción basada en los resultados (Feuerstein, 1980). Una participación de este tipo es muy rara. Es más común encontrar una participación parcial de la comunidad en ciertas etapas de la evaluación.

El grado de participación de la comunidad en la evaluación se puede analizar a partir de algunos criterios: ¿Quién diseña la metodología y los instrumentos de evaluación?, ¿Cuál es la participación de la comunidad en el análisis de la información? ¿Quién toma las decisiones a

partir de los resultados de la evaluación? ¿Cuál es el papel del agente externo?.

Criterios	Participación parcial ←————→ Participación completa			
	Diseño de la metodología	Elaborada por la institución, no por la comunidad.	Se brinda información acerca de la metodología e instrumentos a utilizar	La comunidad participa en el diseño de la metodología y los instrumentos.
Análisis de la información	La comunidad aparece como dadora de información.	La comunidad brinda información y recibe retroalimentación posterior de los resultados de la evaluación	Participación comunitaria en la recolección y análisis de la información.	Participación comunitaria en la recolección y análisis de la información.
Toma de decisiones	No hay participación de la comunidad.	Retroalimentación posterior de decisiones tomadas.	Toma de decisiones conjuntas entre la institución y la comunidad.	La toma de decisiones está centrada en la comunidad
Papel del agente externo	Tiene un papel rector. Diseña la metodología, analiza la información y toma las decisiones.	Tiene papel rector. Diseña la metodología, analiza la información y toma las decisiones, aunque informa a la comunidad.	Toma el rol de facilitador externo en todo el proceso.	Toma el papel de un facilitador metodológico.

Es difícil que la comunidad pueda controlar los servicios públicos. La evaluación participativa en toda su dimensión se ha implementado con mayor éxito en proyectos y programas no gubernamentales y exclusivamente comunitarios. En la evaluación de los servicios públicos es más común la formación de equipos mixtos con representantes de las instituciones de salud, representantes de organizaciones afines y representantes de la comunidad.

6. Grados de participación comunitaria

El grado de participación comunitaria está determinado por el grado de control sobre la toma de decisiones por parte de la comunidad.

- a) Pasiva: La población es receptora de bienes y servicios brindados por la institución, no necesita aportar a la sostenibilidad de los servicios y tampoco participa del proceso de toma de decisiones. En este caso se habla de participación comunitaria cuando la comunidad utiliza los servicios institucionales, por ejemplo, acudir a una jornada de vacunación, atención institucional del parto, control prenatal en el centro de salud, llevar a su niño al control de crecimiento y desarrollo, etc.

- b) **Colaboración:** La comunidad colabora cuando se le solicita. La comunidad aporta mano de obra gratuita o barata, materiales y aun recursos económicos, pero no participa en la toma de decisiones. Un ejemplo se puede observar en el movimiento de brigadistas de salud de Nicaragua, cuya participación en jornadas de vacunación, medicación antimalárica, de limpieza ambiental, y otras actividades, permitió mejorar los indicadores de salud del país.

Se requiere la sensibilización de la población para lograr este tipo de participación. Esto se logra por medio de la educación sanitaria y los medios masivos de comunicación, que hacen énfasis en la responsabilidad de la comunidad en su salud, las consecuencias de la enfermedad en el individuo, la familia y la población, etc.; pero no se aborda la necesidad de la participación en la gestión.

En la mayoría de las ocasiones es la población de bajo nivel socio-económico quien participa en actividades que requieren de mano de obra o bien población joven, fundamentalmente escolares.

La mayoría de experiencias en participación comunitaria se ubican en este nivel, y este tipo de participación es la promovida por muchas instituciones.

- c) **Información:** La comunidad es informada de decisiones tomadas por la institución interventora. También la comunidad puede recibir información acerca del avance de los planes y programas y resultados de los mismos.

La información en este caso sirve de motivación a los participantes para lograr la colaboración en actividades planificadas por la institución, ya que la comunidad no interviene en las decisiones.

- d) **Consulta:** La comunidad es consultada acerca de ciertas decisiones, a menudo de tipo operativo, por ejemplo la fecha en que deberá llegar la brigada de salud, la selección de los agentes de salud de la comunidad, etc. Aunque la comunidad puede opinar, la decisión al final la toma la institución.

- e) **Cogestión:** Las decisiones trascendentales son compartidas por la comunidad y la institución, a partir de ello se asumen nuevas responsabilidades. La estructura de poder de la comunidad y otros actores sociales participan como contrapartes de las instituciones en la negociación de intereses.

La cogestión involucra el compromiso de la comunidad, otras instituciones de la sociedad civil y el Estado para la resolución de los problemas de salud, en una articulación de recursos y poder. Esto implica el respeto a la diversidad y autonomía de los actores sociales en la resolución de los problemas de común interés y el establecimiento de un pacto social entre los participantes.

En comunidades con presencia de instituciones estatales éste será el máximo nivel de injerencia de la comunidad, puesto que el poder es compartido, no exclusivo de la comunidad.

- f) Autogestión: Existe total autonomía de los participantes. 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.

Para que la comunidad alcance este nivel se requiere que posea el poder y los recursos necesarios. Este tipo de participación se observa en comunidades que no tienen presencia institucional y la intervención en salud descansa totalmente en la comunidad.

7. Factores condicionantes de la participación comunitaria

- a) Factores del contexto:

- Político

- Gobiernos populistas: En la mayoría de los casos, estos gobiernos tienen un líder carismático que sirve de paradigma para la población.

La participación se da a través de las “organizaciones de masa”, que son organizaciones del partido en el poder. El requisito para participar es la lealtad al partido y sus líderes. Otras organizaciones sociales diferentes a las organizaciones de masas del partido gobernante están excluidas de la participación, por considerárselas opuestas al proyecto popular.

Siempre y cuando la participación no signifique un cuestionamiento a los lineamientos del partido en el poder, habrá una aceptación de la misma. Por tanto se permiten solamente "críticas constructivas" de los actores identificados con la ideología del partido. Cualquier intento "subversivo" será neutralizado a través de diversos mecanismos, militares o por la vía de las organizaciones de masas.

El centralismo democrático (conjugación de la dirección centralizada, con el aporte de la comunidad en la toma de decisiones) y la persuasión (demostración de la importancia de las tareas, educación e influencia activa en la conciencia de la población), son los métodos fundamentales de dirección para la participación de la “comunidad organizada” (entendiéndose como comunidad organizada, a la militancia en organizaciones de masa del partido).

La participación de las organizaciones de masas está limitada a la ejecución de tareas emanadas del poder central, pero que tienen un impacto social importante.

Los medios masivos de comunicación, y las instituciones del Estado facilitan la reproducción ideológica, y son las principales estrategias para la “concientización” de la población.

La identificación de este régimen político con las clases socio-económicas bajas, marginadas por otros regímenes políticos, produce la integración de la población perteneciente a estas clases, en busca de sus reivindicaciones.

- Autoritarismo pseudo-democrático: En este régimen, la democracia equivale sólo a elegir gobiernos y parlamentos mediante elecciones periódicas. El gobierno electo se atribuye el poder de decidir por todos y la participación ciudadana termina con la votación.

El gobernante elegido asume la representación de la voluntad nacional. Cuando la sociedad se opone a una acción de gobierno, el gobernante apela a su condición de representante de la nación para imponer su decisión como jefe de gobierno y utilizar los aparatos del Estado para reafirmarla (Alforja, 1997a).

Aunque el discurso estimula la participación de la ciudadanía en la vida política del país, en realidad los gobernantes y el partido en el poder prefieren una participación pasiva de la población, o bien encauzada en los lineamientos del partido en el poder. Predomina más el autoritarismo que la concertación. Existe una confusión entre los intereses del gobierno y los intereses del país, es así que cuando se elabora la política de salud, se presenta la política de gobierno en materia de salud. Poco a poco, la política del partido se transforma en la política de Estado.

Se va consolidando un centralismo del Estado, donde se concentran el poder y los recursos, en tanto que las instituciones de la sociedad civil se ven impedidas en su participación. Los espacios de participación están abiertos para la sociedad política, pero en menor escala para la sociedad civil, sin mencionar la exclusión de los sectores populares. Sin embargo los partidos políticos han perdido prestigio y credibilidad ante la población quizás porque las demandas sociales no logran transformarse en planteamientos políticos por los diferentes partidos.

- Democracia participativa: En la manera como se articula la relación estado-sociedad civil, se expresa la democratización o el autoritarismo de una sociedad (Alforja, 1997b). En los regímenes autoritarios, los actores de la sociedad civil son excluidos por el Estado. En los regímenes democráticos, los actores de la sociedad civil se relacionan de forma autónoma e independiente con el Estado.

En la democracia participativa los actores sociales, demandan la participación en la toma de decisiones sobre los problemas que les competen, conservando su identidad y

la libertad para proponer y concertar. Para esto es necesario reconocer la existencia de otros actores sociales diferentes al partido de gobierno y la importancia de su participación activa.

Para lograr una verdadera democracia participativa se requiere ampliar e institucionalizar espacios para la participación, más allá de los eventos electorales.

La democracia participativa implica descentralizar el poder político y fortalecer el poder local. Asimismo reorganizar las relaciones de poder, de forma que la población sienta que puede ejercer ese poder. Exige que la sociedad ejerza vigilancia del uso del poder y los recursos de la nación, que los funcionarios rindan cuentas de su gestión, y la posibilidad de destituir funcionarios con inadecuado cumplimiento de sus funciones.

La democracia participativa permite a la sociedad, generar opinión pública y propuestas a ser implementadas por funcionarios del gobierno.

- Económico

En los últimos años se ha presentado una distorsión económica que ha afectado principalmente a los países del Tercer Mundo. El Banco Mundial ha presentado al programa de ajuste estructural como la solución de los problemas económicos de estos países. Una de las principales características del ajuste estructural es la restricción del gasto público y la disminución de la responsabilidad estatal en los aspectos sociales, trasladándolos a la población y las instituciones privadas.

Los efectos de la política del ajuste estructural han producido un crecimiento económico sin equidad en que la brecha entre los pobres y los ricos se ha ensanchado más. Es evidente al aumento del desempleo y la pobreza en los que ya eran pobres antes del ajuste estructural.

La participación de la comunidad es un ingrediente básico para el ajuste estructural, ya que puede contribuir a general apoyo político necesario para superar la oposición política, y por la vía de la reducción de los gastos, un elemento constructor de viabilidad económica (Espinoza y Moraga, 1996).

El deterioro socio-económico produciría en un primer momento el fortalecimiento de la reciprocidad y solidaridad en las redes sociales existentes. Al profundizarse la pobreza, la población se desplazaría hacia las actividades de subsistencia y con escasa participación en la ejecución de actividades de salud.

El deterioro socio-económico también podría tener una respuesta política. Podría observarse una convergencia de actores sociales en movimientos sociales que conformen grupos de presión ante el Estado en defensa de sus derechos sociales. Estos movimientos buscan incidir en las políticas públicas a través de espacios existentes, y cuando no los hay, por medio de

movilizaciones masivas, desobediencia ciudadana, etc.

- **Socio-Cultural**

- **Identidad:** El sentido de sentirse parte de algo es lo que reúne a la gente y la hace participar en torno a una meta común. También la identidad permite desarrollar sentimientos de solidaridad entre la gente, de hecho muchos grupos se consolidan a partir de la solidaridad que existe entre ellos, y desde ellos hacia otros.

Si un grupo humano se siente orgulloso de pertenecer a una comunidad, entonces estará interesado en su desarrollo, por tanto, querrá participar en la transformación de la situación. Pero a la vez, la experiencia de trabajar en común su proyecto de vida, permite un reforzamiento de la identidad individual y de grupo.

- **Etnocentrismo:** Es el sentimiento de superioridad en un grupo étnico, considerando a otros grupos humanos como inferiores a ellos. La participación en las decisiones de la vida comunitaria estará reservada a quienes pertenecen al grupo étnico dominante.
- **Costumbres y normas:** Si bien es cierto, muchas costumbres en una comunidad favorecen la participación comunitaria, hay otras que pueden obstaculizarla.

En ciertas comunidades indígenas la participación de los niños y de los jóvenes 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.

En otras comunidades, el rol de los sexos puede estar determinado de una forma tal, que la mujer asume el rol doméstico (educación y cuidado de los niños en el hogar) y el hombre, el rol público (transacciones, espacios de decisión). En estos casos es común que las mujeres participen en reuniones o asambleas relativas a los temas de salud y educación, pero sin la capacidad de decidir antes de consultar con sus esposos.

- **Sistema educativo:** El sistema educativo puede promover valores positivos en los niños, relacionados a la salud, a los derechos ciudadanos, etc. Por un lado, es un espacio adecuado para la educación en salud en la población escolar, por otro lado, el sistema educativo puede comportarse como un reforzador de las intervenciones en salud, creando conciencia y actitudes favorables en la población.
- **Religión:** A menudo la religión es un factor facilitador para la participación de la comunidad en fiestas religiosas, grupos formados alrededor de actividades sociales en la comunidad y eclesiales. También promueven valores positivos entre sus miembros, como la solidaridad y el servicio a otros.

En otros casos los líderes religiosos, con sus interpretaciones parciales, pueden hacer de la religión, un factor restrictivo para la participación comunitaria, por ejemplo, cuando se promueve el rol sumiso de la mujer frente al hombre, las controversias alrededor de la planificación familiar, el liderazgo vertical de algunos líderes religiosos. Algunos líderes religiosos promueven una actitud fatalista, en que todo lo que pasa en este mundo es voluntad de Dios, y simplemente hay que someterse a los designios ya establecidos.

- Concepto salud-enfermedad: Si el concepto salud-enfermedad de la comunidad es biologicista, considerará que alcanzar salud es una responsabilidad del personal de salud. La comunidad se limitará a recibir los servicios ofertados por las instituciones.

Si el concepto de salud-enfermedad es mágico-religioso, la salud se obtendrá cuando el curandero practique determinados rituales de curación, y el paciente o sus familiares, tan sólo deben obedecer las indicaciones que han recibido.

Si el concepto salud-enfermedad está relacionado al bienestar, y está concebido dentro del paradigma integral, entonces la comunidad encontrará un espacio y una motivación para la participación. En este caso, el concepto de salud es amplio, trasciende al individuo para abarcar a la comunidad. La salud o la enfermedad se conciben como un proceso dinámico determinado por factores de tipo físico, medioambiental, socio-económico, entre otros.

Lo central en este último concepto es preservar la salud, no sólo enfrentar enfermedades. Para lograrlo, es necesario intervenir en los factores condicionantes.

b) Factores institucionales:

- Personal de salud

- Selección de trabajadores: Siempre que la comunidad tenga oportunidad de seleccionar el personal de salud se establecerá un compromiso moral que facilitará la participación comunitaria en la ejecución de actividades de salud, es decir, colaborará en las acciones de salud implementadas por la institución.
- Cooperación y conciencia social del trabajador: La reciprocidad se establece cuando la comunidad percibe la cooperación del personal de salud en la resolución de los problemas de salud, esto es un detonador para la participación de la comunidad asumiendo una responsabilidad compartida.

Muchas veces el personal que labora en comunidades rurales alejadas, y que no es autóctono, ha sido asignado a la comunidad sin posibilidad de elección, por ejemplo, el servicio social obligatorio para el personal de salud. Este personal muy frecuentemente está desmotivado, esperando solamente finalizar su compromiso y regresar a la ciudad.

La formación biomédica del personal de salud, fundamentalmente médico y orientación ocupacional de las ciencias médicas a los hospitales y no a las unidades de salud en las comunidades, hacen que el personal de salud tenga poco interés en la participación comunitaria, a no ser para viabilizar sus planes de trabajo.

- Respeto a los participantes: El personal debe estar convencido de la necesidad de la participación comunitaria y debe respetar el punto de vista y los aportes de la comunidad. La participación comunitaria será inhibida por intentos manipuladores y actitudes que ubican al personal de salud en un status superior. Una actitud favorable del personal hacia la participación comunitaria es un requisito indispensable.
- Habilidades para promover la participación comunitaria: La participación comunitaria no se desarrollará sólo con la voluntad, son necesarias habilidades para facilitar la participación. La utilización adecuada de metodologías y técnicas participativas en los diferentes momentos de la intervención favorecerá el involucramiento de la comunidad
- Capacidad de resolución de los problemas de salud de la población: Si la comunidad identifica que el personal de salud tiene capacidad para resolver los problemas de salud de la población, estará más motivado a participar. El liderazgo del personal de salud esta cimentado en su conocimiento, pero también depende que tenga los instrumentos necesarios para enfrentar los problemas de salud.
- Rotación de personal: La comunidad va adquiriendo un nivel de confianza y aceptación mayor cuando el personal es estable en la comunidad. Este proceso se ve interrumpido con la alta rotación del personal, un fenómeno frecuente en comunidades rurales.
- Tecnología
 - Complejidad de la tecnología: Muchos proyectos emplean tecnología muy compleja y aunque la comunidad tenga el deseo de participar no lo logra hacer. Por ejemplo la comunidad no puede participar en la construcción de infraestructura sanitaria a base de cemento, si no tiene la asesoría técnica adecuada, o bien, la comunidad no logrará participar de procesos de planificación y evaluación muy tecnocráticos. Un sistema de información comunitario nunca tendrá utilidad para la comunidad si cuenta con

instrumentos muy complejos.

- Aceptación por la comunidad: La tecnología puede ser sencilla pero si no es aceptada por la comunidad, no tendrá ningún interés en participar. En un proyecto de construcción de pozos comunales la comunidad no estuvo interesada en participar porque consideraba que el agua estancada de pozo no podía ser limpia, en tanto, el agua que corría del río no podía contaminarse.

- Organización de los servicios

- Comunicación/información: 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 misma comunidad y sus estructuras, sino en agentes externos con quienes tiene que negociar. La información agrega una cuota de poder en la negociación a los actores sociales que tienen acceso a ella.

A veces no se utilizan canales adecuados de comunicación y la información nunca llegará a la comunidad, por ejemplo, la utilización de mensajes escritos en una población con alto índice de analfabetismo, o la realización de asambleas informativas en una población altamente dispersa. Hay que identificar los medios tradicionales de comunicación en la comunidad y hacer uso de ellos.

- Descentralización: La descentralización significa transferencia de poder, recursos y responsabilidades al nivel local. La descentralización exige relativa autonomía en la toma de decisiones, acorde a la problemática local.

Lamentablemente, en América Latina, los procesos de descentralización se han dado como consecuencia de las políticas de ajuste estructural. De forma que se han descentralizado los problemas y no las capacidades para resolverlos, a manera “que cada uno resuelva los suyos de la forma que pueda”.

La comunidad no tiene interés de negociar con quien no tiene la capacidad de tomar decisiones. Si las autoridades locales de salud no tienen la posibilidad de compartir responsabilidades y asumir compromisos en la solución de los problemas, tampoco existe una posibilidad para la participación comunitaria en la gestión.

- Flexibilidad de los planes: Los planes deben ser lo suficientemente flexibles como para permitir modificaciones a partir de las sugerencias de los participantes. Las propuestas de la comunidad en la planificación no tendrán ningún eco, cuando el plan ya ha sido determinado de forma centralizada o cuando la decisión está en manos de la

institución. De igual manera, si las recomendaciones de la evaluación participativa no son incorporadas al plan, la comunidad no le tomará ninguna importancia a la participación en estos procesos.

- Oportunidad en cumplimiento de planes: El cumplimiento de la palabra comprometida tiene una gran importancia en la comunidad. Una vez se han hecho compromisos tanto por la comunidad como por las instituciones, es necesario cumplirlos a cabalidad para no romper el pacto social establecido.

La falta de cumplimiento de los compromisos será entendida como una burla a la comunidad y desencadenará el rechazo y la falta de participación. La falta de credibilidad impedirá a la institución responsable, recuperar el terreno perdido.

- Apertura de la estructura de poder a la injerencia de la comunidad: Para que la comunidad pueda participar debe haber voluntad política institucional para la participación efectiva de la comunidad en la gestión, la institución debe estar convencida de la necesidad de la participación.

Dos puntos de ruptura son la aceptación de las formas organizativas y sus líderes, como la comunidad los propone; y ceder poder a otros actores sociales a veces ideológicamente diferentes.

A menudo los Ministerios de Salud tienen prejuicios acerca de la participación de la comunidad: Es considerada peligrosa y hasta subversiva por gobiernos totalitarios ¿No será que la comunidad esta siendo manipulada por el partido de oposición?. Otros llegan a pensar ¿Por qué la comunidad debe opinar sobre la calidad del servicio, si no tiene el conocimiento sobre ello, ni es de su competencia? ¿Cómo puede participar la comunidad en la planificación y la evaluación si no esta organizada, ni tiene dirigentes representativos?

No puede haber participación en la gestión si no existen espacios para la concertación y la negociación, si estos espacios son coyunturales y se constituyen para resolver problemas de baja envergadura, o si solamente son espacios de legitimación.

- Coherencia institucional en la ejecución: La dispersión en la ejecución de las intervenciones en salud puede confundir y desgastar a la comunidad, al requerirse su participación en cada una de ellas. La comunidad puede cansarse de participar en un activismo desmedido y sin direccionalidad.

La dispersión de la intervención se observa cuando la prestación de los servicios está segmentada, por ejemplo, la existencia de programas verticales desde el nivel central (programa de control de la tuberculosis, malaria, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades crónicas) y cada uno de ellos determina su propia intervención en la

comunidad, mediante un conjunto de normas y procedimientos a cumplir por el personal de salud.

La participación de la comunidad será mayor si existe un sentido de propósito, y si además la comunidad se identifica con ese propósito. Esto se logra cuando la comunidad ha participado en la planificación.

- Suficiencia de personal y recursos: La participación comunitaria crea expectativas, y una de ellas es el acceso a bienes y servicios. Cuando esto no sucede, la motivación para la participación comunitaria disminuye.

La comunidad tiene la expectativa que el Estado provea los recursos necesarios para resolver los problemas de salud que la aquejan. La disminución en los recursos asignados y el pago por servicios establece en algunos casos relaciones mercantiles entre las instituciones y la comunidad, por tanto, la comunidad no se siente obligada a apoyar el desarrollo de los servicios de salud. Por otro lado el personal de salud tiene la expectativa que la comunidad contribuya a cerrar la brecha de recursos cada día más escasos y que la comunidad aporte recursos humanos, materiales y económicos.

El aporte de bienes y servicios por parte del Estado también puede promover una participación pasiva de la comunidad, en tanto que la población puede entender que la participación significa solamente exigir sin aportar nada, ni asumir responsabilidades.

- Respeto a la idiosincrasia de la comunidad

Hemos mencionado en otro capítulo la importancia del respeto a la cultura de la comunidad. Una institución percibida como respetuosa o identificada con la cultura de la comunidad tendrá mayor éxito en lograr la participación de la comunidad, de otra forma siempre serán considerados como extraños a la comunidad.

Desconocer la idiosincrasia 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 agentes externos.

- Adición de nuevas estructuras organizativas al sistema social existente

La comunidad participa mejor a través de sus formas organizativas tradicionales que mediante otras creadas por agentes externos. Casi siempre que esto último ocurre, se establece una relación de clientelismo entre la comunidad y los agentes externos, es decir, la comunidad participará siempre y cuando los agentes externos posean los recursos para satisfacer sus necesidades.

Por otro lado, es frecuente que el poder esté centrado en otra estructura y no en la estructura neoformada. La estructura creada se torna simplemente en un canal para el acceso a bienes y servicios pero sin poder real para negociar o decidir.

Finalmente, el agente externo puede identificar que la estructura de poder se esta beneficiando de manera personal y les conviene que la situación siga como hasta ahora. Ante este conflicto, es recomendable que el agente externo juegue un rol facilitador de la reflexión comunitaria para la transformación de la estructura.

c) Factores de los participantes:

- Grado de conciencia de la situación

La participación de la comunidad se produce cuando existe conciencia de la necesidad de cambiar la situación actual, reconociendo su responsabilidad en este cambio. Si la situación actual no se considera problemática y la comunidad no tiene mayores aspiraciones de cambio, tomará una actitud acomodada y no tendrá motivaciones para la participación.

La participación es mayor cuando existe conciencia de los derechos de la comunidad y la comunidad se dispone a defender esos derechos participando en diferentes espacios. Poblaciones en extrema pobreza están tan ocupadas en sobrevivir que pierden la conciencia de sus derechos.

- Nivel de educación

Mientras mayor sea el nivel educativo de una población, mayor es la probabilidad de una participación efectiva en la gestión. Un bajo nivel de escolaridad pondrá en desventajas a los participantes en el momento de la negociación de intereses y toma de decisiones, debe recordarse que el conocimiento es la principal base de poder en los técnicos de la salud.

Dado que la comunidad considera que las decisiones del personal de salud son las mejores, puesto que poseen el entrenamiento y las habilidades necesarias, asume el papel de colaborador en tareas asignadas.

- Experiencia organizativa

Comunidades con experiencias organizativas previas o en el manejo de proyectos de desarrollo, tienen mayores condiciones para la participación comunitaria. Las organizaciones formadas voluntariamente o inducidas permiten el surgimiento de líderes en la comunidad.

Los proyectos comunitarios son un proceso capacitante para la comunidad, pero además muchos de ellos tienen componentes de capacitación de recursos autóctonos. Aunque el proyecto haya finalizado, deja una masa crítica de líderes con las habilidades para desarrollar la participación, cuando

se presentan condiciones favorables para la comunidad.

- Valores

La reciprocidad, solidaridad, unidad, compromiso e interdependencia, favorecen la participación comunitaria cuando se encuentran incorporados al sistema de valores de la comunidad. Estos valores favorecen el deseo de servicio por parte de la comunidad.

Para que exista unidad debe haber un acuerdo sobre principios básicos de la comunidad, lo que no quiere decir que todos deban pensar de igual forma, pues esto último puede significar alienación. La interdependencia requiere de algún grado de independencia para que se experimente una participación entre iguales.

El predominio de valores individuales no contribuye a construir comunidad, ya que en este caso, los individuos están preocupados en satisfacer necesidades individuales y no colectivas.

- Dispersión geográfica de la población

Entre más dispersa se encuentre una comunidad, menor es la probabilidad de relaciones entre las personas.

En una población muy dispersa es difícil que la comunidad logre reunirse frecuentemente para reflexionar sobre su situación y desarrollar proyectos conjuntos, también son difíciles los intentos de organizar y movilizar a la comunidad en torno a metas comunes.

- Migración

Una población altamente migratoria, no logra estabilizarse como comunidad. El sentido de pertenencia en la población es bajo. El tejido social es laxo, puesto que la intensidad de las interacciones en la población es baja. Además la población no está muy interesada en el futuro de la comunidad, ni identifica la necesidad de cambio. Todas estas condiciones restringen la participación comunitaria.

8. La evaluación de la participación comunitaria

Los enfoques en la evaluación de la participación comunitaria han centrado su atención principalmente en los resultados a corto plazo (productos) (Agudelo, 1983), utilizando indicadores como el número de actores participantes, actividades realizadas con participación de la comunidad, aporte de la comunidad en recursos materiales o financieros para el desarrollo de las intervenciones en salud, etc. En otros casos se han valorado resultados de mediano plazo (efectos), como el número de

proyectos diseñados y ejecutados (en salud, o más frecuentemente, proyectos productivos).

Para otros autores, es necesario hacer énfasis en los procesos (Bichman et. al, 1989). Los indicadores utilizados en este caso son liderazgo, organización de la comunidad, movilización de recursos, gestión y evaluación de las necesidades.

En la evaluación de los resultados, predominan los métodos cuantitativos, mientras en la evaluación del proceso, predominan los métodos cualitativos.

El enfoque de evaluación también depende del concepto que el evaluador tenga acerca de la participación comunitaria. Si la participación es concebida como un medio, interesan los resultados más que el proceso. Si la participación comunitaria es concebida como una meta en sí misma, interesa más el proceso. Los resultados en este último caso estarán en relación al grado alcanzado en la democratización de la gestión en salud.

B. LAS COMUNIDADES DE LAGUNA DE PERLAS

1. Breve reseña histórica de Laguna de Perlas

La primer mención que se hace de Laguna de Perlas es en la coronación del rey Jeremy I, en 1687. Luego los gobernadores de Jamaica, para apoyar su expansión colonial, crearon algunos títulos, que en el caso de Laguna de Perlas fue el de un Almirante.

En la segunda mitad del siglo XVIII Laguna de Perlas está mencionado como uno de los lugares más ricos de la Costa Atlántica. La población estaba constituida por ingleses, zambos y sumos de la subtribu Kukra. Estadísticas de 1791, hablan de una población de Laguna de Perlas de 10 hombres, y mujeres, 7 niños y 12 esclavos.

Orlando Roberts, un comerciante inglés describe la comunidad que ahora se llama Laguna de Perlas como la colonia principal de la cuenca: Está habitada por gente muy similar a la gente que vive en Bluefields; por tanto puede considerarse como colonia inglesa. Son en su mayoría criollos, mulatos y zambos de Jamaica, San Andrés y las Islas del Maíz. La colonia está compuesta de 30 a 40 viviendas, se llama English Bank y está situada al frente de la orilla de la laguna.

Los últimos reyes y jefes miskitos, desde 1824 hasta 1894, preferían Laguna de Perlas antes de Bluefields como su residencia principal. Todavía hasta finales de la década de 1979, habían descendientes de los reyes y jefes misquitos en Laguna de Perlas.

En 1851, el primer misionero moravo, Bro Pfeiffer, comenzó a visitar English Bank (Laguna de Perlas). En 1855, establecieron la estación misionera, la cual llamaron Magdala. El primer responsable de la estación Magdala fue el danés Bro Jürgensen, que después fue el evangelizador de Rama Cay.

En 1865, un huracán afectó la Costa, causando grandes daños tanto en Laguna de Perlas como en el resto del territorio. En Laguna de Perlas, la iglesia perdió su techo, la casa de los Misioneros fue destruida y las casas alrededores arrasadas. La aldea india en el litoral fue literalmente llevada por las olas. El hambre amenazó muchas aldeas. También en 1878 pasó un huracán causando daños.

Un gran paso en la misión morava, fue el Gran Despertar, comenzó en Laguna en 1881. Este movimiento espiritual se extendió a otras comunidades.

Como otras comunidades de la Cuenca, Laguna de Perlas recibió sus tierras comunales después del tratado Harrison-Altamirano en 1905. En 1916, recibió 3000 hectáreas para la agricultura y la ganadería.

Según el Rvdo. Joe Kelly, el pueblo de Laguna de Perlas en 1926 sembró cooperativamente el arroz, en un intento de progreso económico. La Misión Morava mandó a traer de Alemania uno de los más completos trillos de arroz de la época. Según Kelly, la comunidad fue literalmente inundada de arroz, pero por falta de mercado y la avaricia de comerciantes extranjeros, el proyecto fracasó, y el trillo fue mandado a Nandaime.

Durante la guerra constitucional se libró en Laguna de Perlas en 1926 una de las batallas más notables de la historia de Nicaragua, que terminó en victoria para las fuerzas liberales.

2. Las etnias en Laguna de Perlas (Hale y Gordon, 1987)

Miskitos

Aunque existen comunidades miskitas en el caribe hondureño, la mayoría de la población miskita vive en Nicaragua desde la comunidad de Cabo Gracias a Dios en el río Coco (Región Autónoma Atlántico Norte) hasta la cuenca de Laguna de Perlas (Región Autónoma Atlántico Sur).

Los miskitos tienen sus antepasados en los Chibchas. Existen dos hipótesis acerca de su llegada a Nicaragua. Una de ellas propone que los chibchas de Colombia emigraron hacia Centro América, dejando a su paso a los ulúas (antepasados de los miskitos y mayagnas) por el año 1000 DC. La otra hipótesis propone que se quedaron en Nicaragua durante la lenta migración de los chibchas antiguos de México hacia Colombia y que han permanecido en Nicaragua desde hace 3000 ó 4000 años (Smutko, 1985).

No se les llamó miskitos, sino hasta el siglo XVII después de haberse mezclado con esclavos negros y bucaneros ingleses. Durante el siglo XVIII, los miskitos llegaron a ser el grupo dominante de la región por su crecimiento numérico y porque sometieron militar y culturalmente a otros grupos étnicos.

En la cuenca de Laguna de Perlas, los miskitos habitan las comunidades de Haulover, Kakabila y Tasbapouni.

Creoles o criollos

Son descendientes de esclavos africanos mezclados principalmente con europeos. Son un resultado de la inmigración permanente por 150 años, que inició desde 1633.

Con la salida de Inglaterra de la Costa Atlántica, luego del tratado de Versalles con España en 1787, muchos esclavos quedaron liberados o bien ya habían escapado. En esa época también se sumaron a la población creole, muchos comerciantes jamaquinos que llegaron para radicarse.

Durante el siglo XVIII los creoles llegaron a consolidarse como un poder político y económico, ocupando posiciones importantes en la estructura del reino Miskito y los desplazaron en el poder, con la llegada de la economía de enclave en el siglo XIX.

Los Garífunas o Caribes.

Los garífunas (negros caribe) viven en un territorio que se extiende desde el sur de Belize, hasta Laguna de Perlas, Nicaragua. Estos pueblos presentan características culturales y lingüísticas del pueblo amerindio que habitaba las Antillas Menores en tiempo de la conquista europea.

Los orígenes de los garífunas deben buscarse en la isla San Vicente, al sur de las Antillas Menores. Cuando el imperio español invadió la región del Caribe, gran parte de las Antillas Menores estaban ocupadas por grupos de pueblos amerindios conocidos como caribes isleños. Durante los siglos XVII y XVIII, esclavos fugitivos y naufragos de origen africano, se unieron al pueblo caribe. La mezcla de población resultante puso resistencia por más de un siglo a los colonialistas franceses, ingleses y holandeses, quienes desafiando la hegemonía española en el Nuevo Mundo, intentaban establecer empresas agrícolas en las islas controladas por los caribes. Sin embargo, durante ese período, se redujo el dominio caribe a la isla de San Vicente, donde existía el núcleo de población más importante.

En 1796 los ingleses reprimieron un levantamiento caribe en la Isla de San Vicente. Posteriormente reunieron a cerca de 5,000 caribes derrotados y los trasladaron a las islas de Roatán en la Bahía de Honduras. Allí, los caribes hicieron contacto con las autoridades españolas, quienes accedieron a permitirles establecerse en el litoral. En menos de 40 años, la mayoría se había marchado de Roatán, estableciéndose a lo largo de la Costa Caribe de Centro América, y llegando hasta el este de la Mosquitia Hondureña.

La primera villa de los caribes en Laguna de Perlas fue San Vicente, donde llegaron provenientes de Sangreleya, Honduras en 1880. La Fe fue fundada en 1896, y Orinoco, el último asentamiento, fue fundado en 1912 (Davidson, 1980).

Actualmente la mayoría de la población garífuna se encuentra en Orinoco y la Fe. También hay garífunas en los poblados de Justo Point, Square Point y a lo largo de los bancos de Wawasang.

Mestizos

Los mestizos comenzaron a llegar a la Costa Atlántica a partir de 1860, buscando formas de supervivencia en las minas y las plantaciones de banano. La inmigración se incrementó con la reincorporación de la Mosquitia por Zelaya en 1894.

La inmigración masiva de campesinos mestizos a la Costa Atlántica es parte de la historia reciente de nuestro país, producto del desplazamiento de la frontera agrícola que se agudizó a partir de 1950.

En la cuenca de Laguna de Perlas los miskitos viven en las comunidades ubicadas en las riberas del río Wawashang.

3. Caracterización de Laguna de Perlas (Espinoza, 1995)

a) Características demográficas

- **Edad y sexo:** La población del área de Laguna de Perlas asciende a 5336 habitantes. La población tiene carácter progresivo: el 50.5% de la población es menor de 15 años, en tanto, sólo un 10.7% es mayor de 50 años. Este comportamiento no se ha modificado de manera importante desde el último censo realizado en 1991 en estas comunidades. El 50.7% de la población es del sexo femenino. La edad promedio es de 20.7 años (DS 19.3 años).
- **Natalidad:** La tasa de natalidad de es 41.9 por 1000 hab., considerada como alta según los parámetros internacionales.
- **Fecundidad:** La tasa de fecundidad es de 219.6 por 1000 MEF. El promedio de embarazos por mujer es de 6.1 (DS 3.8 embarazos), el promedio de partos por mujer es de 5.5 partos (DS 3.5 partos).
- **Inmigración:** El 90.0% de las familias son autóctonas de la comunidad, en tanto, el resto habían inmigrado de otros lugares.

El tiempo promedio de vivir en la comunidad en las personas que habían inmigrado es de 6.8 años (DS 7.6 años). El 1.1% de las familias (9) habían inmigrado el último año. Esto da una idea de la estabilidad de la población en cuanto a inmigración se refiere.

b) Características socio-económicas

- **Escolaridad:** El 8.1% de la población mayor de 10 años es analfabeta. Existe un 3.9% de la población que solamente lee y escribe, pero no ha tenido educación formal. Estas personas podrían ser potencialmente analfabetas por desuso. El analfabetismo es más común en personas de mayor edad. Con relación al sexo, el 54.6% de los analfabetas son del sexo masculino. El analfabetismo en las madres es de tan sólo 8.5%.
- **Religión:** La iglesia predominante es la morava (33.0%), seguida de las iglesias evangélicas (20.3%) y la católica (19.8)%. El resto asiste a otras iglesias minoritarias.
- **Idioma:** En el 71.0% de las viviendas se habla solamente el inglés, en el 3.8% se habla solamente español, pero en el porcentaje restante hablan al menos dos idiomas (miskito-español, miskito-inglés, español-inglés).
- **Etnia:** La etnia mayoritaria es la criolla (61.9%); y en orden descendente se encuentran, miskitos (15.1%), mestizos (12.2%) y garífunas (10.8%).
- **Estado civil:** El 55.0% de los jefes familia son casados, un 20.3% son unidos de hecho (pero no casados), un 18.8% son solteros; y un 5.8% son viudos.
- **Hábitos:** El principal medio de distracción son la combinación de los deportes con las actividades religiosas en el 34.9% de los casos. Un 13.7% tiene como principal diversión los deportes y un 22.5% prefiere las actividades religiosas. El 8.4% tiene otras formas diferentes de divertirse, pero un 20.5% no tiene ninguna.

En el 52.3% de las casas hay al menos una persona fumadora, y en 50.1% de las casas hay al menos una persona que ingería licor regularmente.

- **Tenencia de la vivienda:** El 92.9% de las viviendas son propias, un 2.3% son alquiladas, y el 4.8% son prestadas o cedidas por sus dueños a los inquilinos.
- **Comunicación:** El 59.8% de las casas posee al menos un radio. El medio de difusión de las noticias más usado por la población es la radio (56.3%), seguido de la transmisión de persona a persona (41.7%), es decir mensajeros (con el mensaje escrito para evitar la distorsión de la información), en porcentajes menores se informaban por medio de las asambleas (0.6%) o comunicaciones escritas.

- **Transporte:** El principal medio de transporte utilizado es la panga (43.5%), seguido por el cayuco (36.3%). Otros medios de transporte utilizados son: bestia (2.7%), lancha (12.1); y un 5.4% que se transporta a pie por falta de medios de transporte.
- **Ocupación:** El 50.1% de las personas mayores de 14 años son amas de casa o estudiantes, un 16.4% se dedica a la agricultura, el 16.4% son pescadores y un 17.2% labora en el sector servicios. Este último porcentaje se ha incrementado desde 1992 en que significaba un 5.4% de la población económicamente activa.

c) Medio higiénico-sanitario

- **Características físicas de la vivienda:** El 87.4% de las viviendas prestan las condiciones físicas adecuadas para la protección de sus habitantes contra el medio ambiente (techo de zinc, paredes de madera, piso de madera o cemento). Esto también es un reflejo de las condiciones económicas en algunas de las comunidades del área.
- **Hacinamiento:** El promedio de personas por vivienda es de 6.7 (DS 3 personas), con un mínimo de una y un máximo de 16 personas. El promedio de familias por casa es de 1.3 (DS 0.7), con un mínimo de una y un máximo de 7 unidades familiares en la casa.

Tomando en cuenta dos tipos de criterios para determinar el hacinamiento (área de superficie cuadrada por persona y número de personas por cuarto), se evidenció que solamente en el 23.4% de las viviendas hay hacinamiento.

- **Agua de consumo:** Se considera que el 84.7% de la población obtiene el agua de consumo de fuentes aceptables (pozos o lluvia), aunque se ha considerado que solamente el 55.8% de los pozos se encuentran en condiciones adecuadas (tienen brocal, se encuentran alejados de la letrina y el aspecto macroscópico del agua es limpio) de acuerdo a la observación realizada en los existentes. Aun con esto, un 80.9% de refiere purificar el agua (cloro o hervida).

Durante la época de invierno el agua de lluvia se consume en una mayor proporción de las casas, facilitado por el hecho que la mayoría de las casas tienen techo de zinc.

- **Letrinización:** La cobertura de letrinización de las casas es de 60.2%. El uso de letrinas (71.1%) es aún mayor que la tenencia. Es decir, hay un porcentaje de población que usa letrinas aunque no sean de su propiedad.

De acuerdo a las características de la construcción de la letrina (banco adecuado, si la letrina tiene caseta, si no está llena de agua, si se encuentra a suficiente distancia del pozo o de la casa) solamente el 21% de las letrinas podría considerarse como adecuadas. Probablemente este porcentaje corresponda a las letrinas aboneras secas familiares

(LASF) construidas en las comunidades.

- **Disposición de la basura:** En el 88.5% de las casas refieren disponer de manera adecuada la basura (quemar o entierran), sin embargo esto se hace de manera ocasional y la basura permanece algún tiempo fuera de la casa antes de ser quemada. Probablemente la respuesta estuvo condicionada como efecto de la educación sanitaria en la población.

d) **Demanda y utilización de los servicios de salud**

- **Demanda al Programa materno-infantil:** El 83.6% lleva a sus niños a Control de Crecimiento y Desarrollo (CCD) al puesto de salud, un 8.9% espera la Brigada Médica Móvil (BMM), un 0.5% los lleva al líder de salud o la partera (agente comunitario) de su comunidad y un 7.1% no los lleva a CCD. En esto influye la accesibilidad geográfica que estas comunidades tienen a los puestos de salud. A excepción de las comunidades mestizas, existe buena accesibilidad de los servicios de salud para las otras comunidades.

En el 89.2% de las casas las mujeres han acudido al puesto de salud para el control prenatal (CPN), el 3.0% se ha controlado con la BMM, un 4.4% se ha controlado con la partera de su comunidad, y un 3.4% no se ha controlado sus embarazos anteriores.

Aunque existe una preferencia del CPN por el personal de salud, el 42.4% de las mujeres prefiere el parto domiciliario al institucional.

El 34.5% de las mujeres en edad fértil con vida sexual activa utilizan anticonceptivos. Los principales anticonceptivos usados en estos casos son los gestágenos orales (46.1%), DIU (11.2%), y otros incluidos el ritmo (42.7%). Aun con el nivel cultural analizado anteriormente, nos impresiona que el porcentaje de utilización de anticonceptivos es bajo, a pesar que otros estudios han revelado que el inicio de la vida sexual en las mujeres de algunas de estas comunidades es temprana. Otro aspecto a valorar es la baja utilización del condón.

La baja utilización de anticonceptivos se refleja en la alta fecundidad de estas comunidades.

- **Demanda en caso de enfermedad:** El 96.2% de la población dijo acudir al puesto de salud más cercano en caso de enfermedad, un 1.6% espera la brigada médica móvil, el 0.9% acude al agente comunitario como primera opción, y un 1.4% va al curandero. El sitio donde acuden está influido por aspectos de tipo cultural y accesibilidad geográfica y económica de los servicios de salud.

Sobresale la automedicación como la principal causa de no asistencia a los servicios de salud. Esto puede ser atribuido a la relativamente fácil adquisición de medicamentos en el comercio o las

farmacias de Bluefields. Esto es más evidente en la población criolla.

VII. METODOLOGIA

1. Area geográfica

El Proyecto de Salud Comunitaria de AMC abarcó la Cuenca de Laguna de Perlas de la RAAS, de Nicaragua.

2. Tipo de estudio

Se trata de una investigación evaluativa con un enfoque cualitativo y participativo en la que se ha utilizado el estudio de caso.

3. Universo

El universo ha sido la población atendida por el Proyecto en las nueve comunidades de la Cuenca, pertenecientes a las etnias Mestizos Miskitos , Creoles, y Garífonas.

4. Criterios de selección de los participantes

- a) **Informantes claves:** Los informantes claves fueron personas respetables dentro de las organizaciones comunitarias, con al menos un año de permanecer a ella, y con pleno conocimiento de sus características.

Se tomaron dos informantes claves por cada tipo de organización comunitaria o grupo social, uno del nivel directivo y uno del nivel de base, con el fin de corroborar la información brindada por el otro informante clave.

Otros informantes claves fueron funcionarios del equipo local del proyecto y funcionarios del MINSA a nivel municipal.

- b) **Taller autodiagnóstico:** Usando los criterios para la estructuración de grupos focales, se conformaron grupos de 6-10 personas para las sesiones de reflexión. Los criterios de inclusión para los participantes de los grupos focales fueron los siguientes:

- La etnia: En la cuenca de Laguna de Perlas conviven miskitos, mestizos, criollos y garífunas.
- Tipo de actores sociales: Tres tipos de agentes comunitarios son considerados parte del programa de salud de AMC: Líderes de salud, brigadistas y parteras. Otros actores son los comités o directivas comunales. Finalmente existen líderes comunitarios con los cuales existen solamente relaciones de coordinación, éstos son líderes religiosos, políticos, maestros, dirigentes de cooperativas. De forma práctica decidimos juntar a líderes formales o de opinión

en un mismo grupo, y a agentes comunitarios en otro grupo.

Tomado en cuenta lo anterior se conformaron ocho grupos focales.

5. Fuente

- Fuente de información primaria: Líderes formales y naturales de las comunidades, agentes comunitarios, personal de salud del MINSA, personal del proyecto de AMC.
- Fuente secundaria: Informes de proyecto, documentos de proyecto, investigaciones operativas relacionadas al proyecto.

6. Descriptores

Objetivo 1: Determinar el nivel de participación comunitaria existente en las áreas de salud.	
TEMA	DESCRIPTORES
Liderazgo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mecanismos de selección. ▪ Estilo de liderazgo. ▪ Rendición de la gestión. ▪ Capacidad de convocatoria. ▪ Liderazgo femenino.
Organización de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de organizaciones comunitarias existentes. • Funcionamiento.
Movilización de recursos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selección de agentes comunitarios voluntarios. ▪ Capacidad de los agentes comunitarios ▪ Colaboración de la comunidad con el agente comunitario. ▪ Accesibilidad de los agentes comunitarios ▪ Aporte de la comunidad al programa de salud.
Tipo de gestión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mecanismos control del desempeño de agentes comunitarios. ▪ Gestión de proyectos. ▪ Sostenibilidad de la gestión. ▪ Participación de la mujer en la gestión
Objetivo 2: Determinar las percepciones de la comunidad sobre los factores institucionales que influyen en la participación comunitaria en salud.	
TEMA	DESCRIPTORES
Personal de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Selección de trabajadores. • Relación del personal de salud con la comunidad. • Capacidad del personal para resolver problemas de salud. ▪ Habilidad para facilitar la participación comunitaria.

TEMA	DESCRIPTORES
Tecnología en proyectos de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Complejidad de la tecnología. • Nivel de aceptación por la comunidad.
Organización del proyecto	<ul style="list-style-type: none"> • Estructura organizacional. • Mecanismos de planificación y evaluación. • Comunicación a la comunidad. • Coordinación interinstitucional. • Relaciones con la comunidad. • Formas de coordinación. • Cumplimiento de planes.
Integración del contexto sociocultural a la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> • Adición de nuevos elementos organizativos al sistema social existente. • Respeto a la idiosincrasia. • Conocimiento del idioma por el equipo de terreno.
Objetivo 3: Describir factores del contexto de las comunidades, relacionados a la participación comunitaria en salud.	
TEMA	DESCRIPTORES
Factores políticos.	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de influencia de la polarización política. • Poder local • Conocimiento de la autonomía
Factores económicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Fuentes de ingresos. • Pobreza
Factores socioculturales.	<ul style="list-style-type: none"> • Identidad étnica (etnicidad) • Etnocentrismo • Jerarquía étnica • Amplitud en la participación de la mujer.
Objetivo 4: Identificar algunos factores de los participantes.	
TEMA	DESCRIPTORES
Estabilidad de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Migración. ▪ Dispersión de la población.
Características de los participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Sentido de responsabilidad • Nivel de educación. • Experiencia en el manejo de proyectos.

7. Instrumentos de recolección de la información

- a) *Entrevista no estructurada:* Se elaboró una guía de preguntas (entrevista no estructurada o abierta estandarizada) para la recolección de la información.

La entrevista fue standard para las organizaciones comunitarias. Se hizo una validación del contenido de la misma solicitando su análisis a expertos en el tema y equipos locales de AMC.

- b) *Guía para el taller autodiagnóstico*: Una guía básica para el taller fue utilizada con los participantes. Esta guía fue elaborada tomando como modelo algunas utilizadas en evaluaciones anteriores. Por supuesto, también se incluyeron diferentes dinámicas grupales.
- c) *Guía de revisión documental*: Se elaboró una guía temática para la búsqueda y clasificación de la información secundaria de interés para la evaluación.

8. Técnicas y procedimientos

a) *Taller autodiagnóstico*

Un taller autodiagnóstico sigue la misma metodología que el grupo focal, pero con algunas variantes:

- Es de mayor duración, por lo que es necesario utilizar diferentes tipos de dinámicas de grupos (de presentación, de animación, etc.).
- Si bien es cierto utiliza la misma estructura en cuanto a la guía de preguntas (preguntas de introducción, preguntas de transición, preguntas claves y preguntas de conclusión), los participantes hacen una mayor reflexión.
- Los participantes hacen sugerencias para mejorar la situación encontrada.

Para contactar a las personas participantes se elaboró una invitación escrita que se hizo llegar a través del promotor de salud o el líder de salud de la comunidad. Se motivó a la participación de todos los elegidos, pero sin informar acerca de los objetivos y la temática de la discusión para no crear ideas preconcebidas.

Para recabar la información se organizaron talleres de reflexión en que los participantes fueron invitados a participar en un proceso de análisis de los esfuerzos realizados por AMC con el proyecto de salud hasta el momento.

Para las discusiones se conformaron grupos focales con personas informantes guiados por un facilitador o moderador. Los grupos focales conformados fueron:

- Agentes comunitarios: líderes de salud, brigadistas, parteras
- Miembros de organizaciones comunitarias: representantes de los comités de salud (directivas comunales), otras organizaciones comunitarias
- Líderes de opinión: líderes religiosos y profesores de las escuelas.

Las sesiones pretendían obtener información de la percepción de la comunidad (a través de las personas informantes) acerca de la participación comunitaria en el proyecto de salud que realiza AMC. También, se quiso recoger sugerencias de cómo se puede mejorar la participación de la comunidad en las actividades del programa.

Se hizo una prueba piloto en una de las comunidades atendida por otro proyecto y posterior al análisis de la información se incluyeron nuevos temas al diseño inicial. Se elaboró una guía de discusión, con preguntas de interés, basado en una revisión de la literatura sobre factores que influyen la participación comunitaria. Las preguntas fueron abiertas, con la intención de enfocar en los aspectos cualitativos de la participación.

Los facilitadores o moderadores recibieron una orientación de antemano a las preguntas y unas sugerencias en cuanto a la manera de guiar las discusiones en los grupos. Se hizo un intento de tener dos personas con el grupo, para que una pudiera dirigir la discusión y la otra tomar apuntes de los comentarios de los participantes.

Los facilitadores fueron personas sin relación directa con el equipo de terreno (los evaluadores internos, funcionarios de la oficina central y un evaluador externo).

b) *Entrevistas a informantes claves*

Para contactar a las personas participantes se hizo llegar una invitación escrita a través del promotor de salud o el líder de salud de la comunidad. Se motivó a la participación de todos los elegidos, pero sin informar acerca de los objetivos y la temática de la discusión para no crear ideas preconcebidas.

Se solicitó al entrevistado la exposición de sus percepciones, como conocedor de la temática que se estaba abordando. Cuando el informante clave era miembro de una organización comunitaria se trató de profundizar en algunos aspectos de esa organización.

La entrevista se realizó en el idioma autóctono y fueron grabadas para su posterior transcripción, por cuanto se intentaba captar el discurso del entrevistado.

El entrevistador reflejó por escrito los aspectos que consideró relevantes en la entrevista, sin descuidar la atención a la conversación. Los comentarios personales acerca del contexto en que se realiza la entrevista y la comunicación no verbal expresada por el entrevistado, se escribieron entre corchetes.

De forma similar se entrevistaron a los principales funcionarios del MINSA municipal y parte del personal técnico del proyecto, para completar la información obtenida de la revisión documental y el taller autodiagnóstico.

9. **Análisis de la información**

Se realizó un análisis del contenido del discurso de los entrevistados.

La literalidad se constituyó en una parte fundamental del análisis, puesto que se trataba de encontrar las dimensiones del discurso y sus relaciones con el discurso de otros.

- a) La *transcripción*: Como se ha explicado anteriormente, las entrevistas fueron grabadas, posteriormente se transcribieron textualmente mediante un editor de texto. Se respetaron expresiones lingüísticas e idiomáticas y similares con el fin de conservar la integralidad del discurso.
- b) Se hizo una *lectura analítica* de la transcripción de la información, identificando los conceptos de interés para el estudio, así como los ejes de discusión.
- c) Para la caracterización de las organizaciones comunitarias se hizo una *comparación analógica* entre el discurso de los informantes claves de la misma organización. De forma similar se actuó para analizar las similitudes y particularidades de acuerdo a la percepción de diferentes etnias en relación a la participación.

Se partió del supuesto que debía haber un equilibrio en el desarrollo de las cuatro áreas temáticas o descriptores (liderazgo, organización, gestión y movilización de recursos) para que la participación de la comunidad sea plena.

Se seleccionaron los descriptores considerados más sensibles para clasificar el nivel de participación comunitaria. Las características de la participación de la comunidad se valoraron de acuerdo a las categorías de la tabla siguiente.

Participación comunitaria: Criterios de valoración

Descriptores	Valores		
	Baja	Media	Alta
Liderazgo	Liderazgo impuesto por agentes externos a la comunidad. No representativo de la comunidad. Estilo autocrático de dirección. No rinde cuentas de su gestión. Status. No hay suficiente capacidad para la conducción de del desarrollo de la comunidad.	Liderazgo autoritario, pero elegido por la misma comunidad. Capacidad de convocatoria en la comunidad. Existe capacidad para conducir el desarrollo de la comunidad.	Elegido democráticamente y representativo de la comunidad. Estilo democrático de liderazgo. El líder rinde cuentas de su gestión a la comunidad. Basado en valores y la fuerza de su ejemplo. Capacidad de convocatoria y conducción del desarrollo.
Organización	Nivel organizativo espontáneo de la comunidad es bajo. Agentes externos forman organizaciones en la comunidad a manera de contrapartes ejecutoras. Nivel de actividad de las organizaciones es bajo.	Organizaciones comunitarias formadas por agentes externos, en dependencia de las líneas de intervención de las instituciones (comités de salud, de desarrollo, etc.) Organizaciones subordinadas a agencias externas, pero activas y trabajando coordinadamente.	La comunidad decide las formas de organización. Organizaciones incorporadas a la gestión de la salud y el desarrollo. Las organizaciones trabajan en forma coordinada, en torno a metas comunes
Movilización de recursos	No existen agentes voluntarios trabajando en salud. La comunidad no aporta a la implementación de programas de salud.	Existen agentes voluntarios subordinados al personal de salud institucional. El aporte de la comunidad a la sostenibilidad de la intervención es impuesto por los servicios de salud institucionales.	Los agentes comunitarios son elegidos por la comunidad y rinden cuenta de su gestión ante ella. Aporte de recursos producto de la responsabilidad compartida entre la comunidad y los servicios de salud institucionales.
Gestión	La comunidad es receptora pasiva de los servicios de salud brindados por las instituciones. La información hacia la comunidad tiene como objetivo crear conciencia para la buena utilización de los servicios de salud. No hay participación de la comunidad en la ejecución de la intervención, y mucho menos, en la planificación y evaluación.	La comunidad asume el papel colaborador en la ejecución de intervenciones en salud. El algunos casos la comunidad recibe información relativa a los servicios de salud, como motivación a la participación en la ejecución. No existe injerencia de la comunidad en los procesos de planificación y evaluación de la salud. Las decisiones están reservadas al personal de salud institucional.	La comunidad participan en la toma de decisiones. La gestión de la salud es compartida por la comunidad y el personal de salud institucional, tanto en la planificación y evaluación de la intervención, como en la ejecución. El poder y la responsabilidad son compartidos entre la comunidad y el personal de salud. Los recursos disponibles se utilizan para resolver problemas identificados por ambos.

VIII. RESULTADOS

A. NIVEL DE PARTICIPACION

1. Liderazgo Comunitario

De acuerdo a los criterios propuestos en la metodología, el liderazgo comunitario se puede clasificar como medio / alto.

Existen en la comunidad líderes formales, es decir electos para un cargo determinado, y líderes informales o naturales. Estos últimos son líderes de opinión en las comunidades.

También se encuentra algún grado de especialización en el liderazgo comunitario, esto es, líderes de salud, líderes religiosos, etc. aunque no siempre el nivel de coordinación entre ellos es el mejor.

1.1 *Mecanismo de selección*

El líder es elegido por la comunidad bajo un sistema democrático. Ningún líder está impuesto por ninguna institución. Por supuesto, existen líderes naturales que no pasan por las formalidades de una elección, sino que su liderazgo depende de su capacidad de crear opinión, capacidad de gestión y convocatoria, y muchas veces a la red de parentesco a la que pertenecen.

Existen ciertas cualidades personales como parámetros para la elección del líder comunitario:

"Yo creo que parten del comportamiento, de la responsabilidad, si es serio en sus quehaceres, lo eligen por lo que ven en la persona y el interés que ve en él la comunidad".

"Ser líder es una responsabilidad enorme que se asume, tiene que ponerse al frente de todas las situaciones (problemas) que se presentan. Si se requiere para el trabajo de un Proyecto en la comunidad y si la comunidad no está organizada, el líder tiene que tener paciencia, comunicarse con la gente, y ser ejemplo para que lo respeten".

"El líder tiene algunas cualidades, no es posible que las posea todas, y hay que ser participantes, honrados y amigables para representar el papel de líderes".

El liderazgo también exige un comportamiento público mesurado, digno de ejemplo para los demás en la comunidad.

"He enfrentado serios problemas de conflictos internos en la comunidad, entre familias, y como no soy ignorante, tengo paciencia, espero hasta el otro día. Si un líder es vulgar, ingiere licor, no lo respetan.

Los líderes necesitan aptitudes para serlo, es decir, deben poseer ciertas cualidades y valores que se van puliendo con la capacitación.

"La persona demuestra ante la comunidad por qué es un líder, por amor a la comunidad, etc. El problema es que el líder siempre necesita más conocimientos para ser un líder eficaz. Si no va a tener choques, si no sabe dirigir con su directiva y allí es donde se requiere el apoyo de las instituciones para mejorar esas capacidades".

"Los líderes necesitan apoyo y formación de liderazgo, porque enfrentan muchas dificultades y buscan como dar una respuesta oportuna a los problemas, pero también deben ser abiertos a diferentes opiniones y también deben ser transparentes".

Otro enfoque más tradicional considera que un líder nace siéndolo, no se hace. Lo que se necesita es identificarlos en la comunidad. De hecho, este tipo de personas pueden ser autoseleccionadas y la comunidad apoyarlas, no se necesita de una elección comunitaria.

"No es preciso que el líder sea electo, nace con dotes y es cultivado en la escuela, la universidad o en la vida cotidiana. Cada uno tiene su talento. Un líder nace y cultiva sus talentos. A partir de esas facilidades, la comunidad los selecciona, pero cada cual viene con talentos. Un líder nace, sea donde sea".

1.2 *Liderazgo femenino*

Se ha notado un cambio sobre la participación de las mujeres en el liderazgo de las comunidades, Anteriormente las mujeres no tenían presencia en el liderazgo, ahora son parte de los líderes comunales. Sin embargo esto sólo se observa en comunidades criollas y garífunas y muy poco en las comunidades mestizas y miskitas, como será abordado más adelante. Es frecuente que liderazgo femenino se haya alcanzado a partir de la iglesia, educación y salud, consecuente con el rol asignado a la mujer en la familia.

"Hace algún tiempo yo (expresa una líder mujer) asumí como pastora (líder religiosa en su comunidad), fue por abandono de un pastor. Yo no estudié para ser líder, pero Dios me apoya para dirigir a la comunidad, y por la cantidad de gente que me solicitan, sé que si uno es líder es una gran responsabilidad".

"Soy líder (manifiesta otra líder mujer) porque tengo que dirigir y trabajar con mucha gente, padres, niños, y también trabajo con la iglesia".

1.3 *Estilo de liderazgo*

Muchas veces el trabajo en la comunidad genera conflictos y demandas, y si el líder no tiene habilidades y capacidades para el trabajo comunitario puede destruir un proyecto y la motivación de la comunidad por su desarrollo.

La forma en que se toman las decisiones en la comunidad está relacionada a algunos conflictos, fundamentalmente cuando la comunidad no se encuentra bien informada.

"La gente dice que los proyectos envían dinero y el dinero se utiliza en otras cosas. El líder debe explicar la realidad".

En el trabajo que se desarrolla con diferentes organizaciones se utilizan los mismos mecanismos, se reúne al Comité Comunal o de Salud, y ante los problemas se elaboran pequeños o grandes proyectos y se presentan a la organización que tiene interés en apoyar a la comunidad. Las decisiones son unánimes, democráticas. Las necesidades más importantes se ponen en primer lugar, enseguida se forma un grupo de trabajo que coordine, para tener éxito.

El estilo de liderazgo es situacional, es decir, se asumen un estilo en dependencia de la situación a enfrentar. Si bien es cierto es democrático en condiciones normales, puede volverse autocrático en ciertas circunstancias.

"Las personas de las comunidades tienen diferentes ideología, practican distintas religiones, etc; y la gente entiende que no todos los proyectos son iguales, pero siempre surgen problemas. A veces la participación no es espontánea y el buen humor debe prevalecer en la comunidad. Alguien tiene que tomar las decisiones si surge una emergencia".

La gente está consciente que el liderazgo democrático, cuando la comunidad puede participar en la gestión, es el adecuado.

"La gente dice que hay un juego: hay que seguir al líder. El líder debe también seguir y aprender de los demás".

1.4 *Mecanismos de rendición de la gestión*

Los mecanismos de rendición de cuentas varían de una comunidad a otra. Como es de esperar, no son procesos institucionalizados, pero que al menos en la comunidad de Laguna de Perlas tiene algún grado de formalización.

"Para rendir cuenta los líderes convocan a una reunión para dar a conocer los resultados obtenidos, en qué se gastaron los recursos, qué gestiones se realizaron y con quiénes".

Aun en comunidades de la cuenca con menor nivel de desarrollo se valora la importancia de la rendición de cuentas de los líderes nombrados por la comunidad. La falta de transparencia y de comunicación es negativa para la imagen del líder.

"El líder que no rinde cuentas a su comunidad es considerado como un líder malo".

Cada organización evalúa sus procesos y al líder se le hace su llamado para que agilice su trabajo, en caso necesario. Para la realización y ejecución de los trabajos comunitarios, los comités se organizan y evalúan lo que se ha hecho.

Si el líder no trabaja bien hay que quitarlo y poner a otro. Si el líder no es bueno no hay progreso en la comunidad, todo se va para abajo porque es el líder quien dirige. El líder debe dar el primer paso y si no lo hace debe estar abierto a la crítica".

En algunas comunidades mestizas la comunidad delega la gestión en el líder, participa de la ejecución de las acciones y espera un resultado final.

1.5 *Capacidad de convocatoria*

La capacidad de convocatoria de los líderes está basada en su poder, capacidad de gestión y representatividad en la comunidad.

Los líderes preferidos por la comunidad son los líderes de gestión eficaz, y los que tienen carisma de comunicación.

También a los líderes que tienen presente siempre lo que está pasando, es decir, están bien informados de la situación. La comunidad espera que el líder esté en capacidad de orientar hacia la acción.

El líder paternalista también es preferido por la gente, sobre todo si es de gestión eficaz por la capacidad de acumular bienes procedentes de su gestión y distribuir en la comunidad. Este tipo de líder es negativo para el desarrollo de la población la dependencia que engendra.

Está generalizado el descrédito de los líderes políticos o los que ostentan cargos basados en la pertenencia a determinado partido político.

"Los líderes de los partidos políticos, confunden a la comunidad. Algunos manejan un discurso confrontativo y hacen promesas sólo para conseguir los votos de los electores, pero luego no cumplen, mienten. Son líderes confusos o de confusión que prometen cosas que nunca van a cumplir".

Un problema en la Cuenca de Laguna de Perlas es que existe falta de comunicación entre los líderes autóctonos, a veces porque sólo ven sus propios intereses locales y no tienen la capacidad de desarrollar un enfoque sistémico.

2. Organización comunitaria

Las comunidades de Laguna de Perlas cuentan con unas 48 organizaciones comunitarias, destacando en número, las comunidades de Laguna de Perlas, Orinoco y Tasbapouni. La excepción son las comunidades mestizas, en donde existe un número limitado de líderes comunitarios, pero no organizaciones como tal.

Las principales formas organizativas son las siguientes:

2.1 *El Consejo de Ancianos*

Es una estructura de administración política que nació en las sociedades indígenas antes de la colonia y en algunas tribus tenía el nombre de **monexico**. En el seno de este consejo se encontraban representados los grupos de parentesco a través de sus ancianos.

En la cuenca de Laguna de Perlas, este tipo de organización solamente existe en la comunidad miskita de Tasbapouni, pero no en las otras dos comunidades miskitas.

Las funciones del Consejo de Ancianos y los cargos mismos han cambiado en el tiempo, sin embargo se conservan rasgos ancestrales. Muy frecuentemente son desconocidos por el Estado y sus funcionarios, que han impuesto sus propias estructuras, pero en las comunidades indígenas en que existen, constituyen la principal estructura de poder y de relación, muchas veces conflictivas, con el Estado.

Sus funciones principales están relacionadas a la protección del patrimonio territorial: demarcación de las tierras comunales, promover reclamos ante la violación o explotación de sus tierras y otros recursos, velar por el cumplimiento de las normas sociales en la comunidad, solución de conflictos internos y externos (políticos, militares y de otra índole). En algunas comunidades indígenas, las cofradías dependen de los Consejos de Ancianos.

Hasta hace 20 años, las funciones relacionadas a la demarcación territorial, permisos de explotación de los recursos naturales y guarda de los títulos de propiedad estaban en manos del “síndico”, el cual era nombrado por el jefe político de Bluefields.

2.2 *Comités Comunales*

Constituyen la estructura de gobierno comunal y están conformados por representantes de la comunidad nombrados por votación. Se atribuyen el poder de normar la actuación comunitaria y la administración de sus recursos adquiridos por la imposición de impuestos, donaciones de organizaciones externas y algunas asignaciones gubernamentales, aunque carecen de status jurídico.

Gestionan proyectos sociales, de infraestructura, y productivos para el desarrollo de la comunidad. Similares a los comités de salud, se han formado como contrapartes de instituciones que promueven el modelo económico del desarrollo comunitario.

Uno de los problemas que se percibe es la competencia en las funciones del comité de salud de las comunidades y conflictos por el liderazgo de la comunidad. En muchas comunidades han perdido la credibilidad de la población debido a la malversación de fondos de los proyectos y de los fondos provenientes de la misma comunidad.

En algunas comunidades el comité comunal ha enfrentado conflictos internos producto de posiciones partidarias de sus miembros.

2.3 *Cooperativas de Pesca*

Son empresas asociativas sin fines de lucro en las cuales los socios, son a la vez dueños y empleados de la empresa. Son creadas con el objetivo de producir o distribuir de manera conjunta y eficiente los bienes y servicios para satisfacer las necesidades de sus asociados y de la comunidad.

Se estima que existen unos 1000 pescadores en la cuenca de Laguna de Perlas, pero sólo unos 100 se encuentran organizados en cooperativas.

2.4 *Comité de Salud*

Los comités de salud se originaron en los años 60 en la comunidad de Laguna de Perlas y Orinoco. Sus funciones eran organizar las condiciones logísticas para el funcionamiento de las Pequeñas Unidades Móviles de Asistencia Rural (PUMAR), en las cuales un reducido personal de enfermería acompañaba a un médico en la asistencia médica en las comunidades, convocaban a la comunidad para la consulta médica y divulgaban alguna información relacionada a los servicios que prestaría la brigada móvil. También solicitaban a cada paciente atendido una módica cuota que se acumulaba en un fondo comunal para la sostenibilidad de las acciones de salud.

En ese entonces no existía personal de salud permanente en las comunidades de la cuenca de Laguna de Perlas. El comité de salud de Laguna de Perlas también organizaba la visita de médicos norteamericanos que venían periódicamente al país a brindar atención en el hospital de Bilwaskarma, así mismo recibía donaciones en medicamentos y otros equipos.

Las coordinaciones se realizaban con la Iglesia Morava, para las visitas del personal norteamericano, y con el Ministerio de Salud para las visitas de las PUMAR. No recibían capacitaciones u otro tipo de apoyo, sino que su funcionamiento fue más bien espontáneo. Si embargo lograron movilizar a la comunidad para la construcción de una pequeña clínica en Orinoco, impulsar la letrificación de esta comunidad, y jornadas de limpieza comunal.

Con la asignación de personal de enfermería permanente en las comunidades de Laguna de Perlas y

Orinoco, los comités de salud fueron perdiendo su actividad hasta desaparecer.

En 1992, con el desarrollo del Programa de Salud Comunitaria de AMC, los comités de salud se reactivaron en todas las comunidades de la cuenca de Laguna de Perlas con un perfil enfocado en salud y desarrollo comunitario.

Los comités de salud velan por la salud de la comunidad y participan en la gestión de la misma como contrapartes de los esfuerzos organizacionales no gubernamentales, aunque no tiene injerencia en los planes del Ministerio de Salud. Vigilan el funcionamiento de los agentes comunitarios de salud y movilizan a la comunidad para la resolución de sus problemas de salud.

Según su nivel de desarrollo, participan en la planificación y evaluación de las intervenciones de salud en sus comunidades. Tienen participación activa en el diseño, ejecución y evaluación de proyectos de desarrollo comunitario.

Los comités de salud también se involucran en la ejecución de actividades como jornadas de saneamiento ambiental, supervisión del uso de la infraestructura sanitaria por la comunidad y comunicación social.

La mayoría de los comités de salud cuentan con representación de los principales líderes de la comunidad (representantes de cooperativas, maestros, líderes religiosos, líderes naturales o de opinión) y agentes comunitarios (representantes del movimiento de brigadistas, líderes de salud y parteras)

Reciben capacitación y apoyo de AMC en su gestión. Debido a esto a veces son tomados como agentes comunitarios por el equipo de AMC, realizando algunas actividades en las que actúan con poca autonomía.

Existe alguna pugna con los comités comunales por el liderazgo comunitario. La comunidad reconoce mayor representatividad y capacidad de gestión en el comité de salud que en el comité comunal, sin embargo el poder político de la comunidad descansa en este último.

2.5 *Sociedad de Enfermedad y Muerte*

Esta organización existe en las comunidades garífunas de Orinoco y Brown Bank. Su propósito es la ayuda a personas con enfermedades graves o a los familiares de personas fallecidas.

La organización se originó en los años 70, aunque desapareció en la década del gobierno sandinista, para reaparecer en los 90.

Los miembros de la organización aportan una cuota mensual hasta alcanzar el techo de U\$ 60.00 (sesenta dólares), y luego una pequeña cantidad anual. Cuando uno de los miembros tiene una enfermedad grave, la sociedad aporta un monto para su tratamiento, traslado a Bluefields en casos

necesarios y apoyo para el acompañante. En algunos casos uno de los miembros de la sociedad acompaña al paciente y sus familiares durante el restablecimiento del paciente.

En caso de fallecimiento de alguno de los miembros, la sociedad asume el costo del ataúd y del funeral, apoyando emocionalmente a los familiares del difunto.

Cuando alguno de los miembros fallece sin haber alcanzado la cuota mínima, el faltante es dividido entre los otros miembros.

2.6 *Comité de Rescate de la Cultura Garífuna*

Esta es una organización que nació en 1996 por iniciativa de la URACCAN y que tiene presencia en las comunidades garífunas de Orinoco, La Fe y San Vicente. Su propósito es rescatar los aspectos de la cultura garífuna, principalmente idioma, danza y tradiciones. Los integrantes del comité han sido motivados a partir de experiencias similares con las etnias rama y miskita.

Los directivos de este comité han recibido capacitación de parte de la URACCAN, así como de expertos de Honduras y Belize, quienes además han realizado algunas visitas de apoyo metodológico.

Uno de los limitantes ha sido la incapacidad del rescate de la tradición oral en las comunidades garífunas de Nicaragua, por tanto se han auxiliado de las características de la cultura garífuna de Honduras y Belize.

Han realizado algunas actividades como muestras de danzas y alimentos tradicionales. También algunas reflexiones acerca de su historia, la distribución geográfica de la etnia en otros países y en la cuenca de Laguna de Perlas.

Han surgido algunos conflictos con las iglesias de denominación protestante que califican su trabajo como "del diablo", sobre todo refiriéndose al rito del Walagayo. Las opiniones en la religión católica están divididas, pero hasta ahora no ha habido una oposición oficial de sus líderes religiosos.

2.7 *Comisión de Deporte*

Destinada a fortalecer actividades deportivas en las comunidades, como una estrategia para enfrentar la drogadicción y la delincuencia juvenil.

3. La movilización de recursos

3.1 *Los agentes comunitarios*

Desde los años 80 existía una red de brigadistas del Ministerio de Salud que recibieron capacitación de cooperantes extranjeros y del Departamento de Educación Popular en Salud del MINSA. El perfil de los brigadistas estaba enfocado en funciones de prevención (la participación en las Jornadas Populares de Salud) y la asistencia al personal de salud durante las Brigadas Médicas Móviles (BMM). Esta red cayó en inactividad después de 1987 y fue reactivada por AMC a partir de 1989, después del huracán Joan.

A partir de 1989 se capacitaron tres tipos de agentes comunitarios, parteras, brigadistas de salud y líderes de salud.

- Las parteras asumen un rol cultural en las comunidades, por cuanto su labora no se limita a lo asistencial. Más allá de eso, se encargan del ritual del nacimiento, y en las comunidades miskitas, del parentesco ritual alcanzado por el corte del cordón umbilical. También tienen algunas funciones educativas a las embarazadas y puérperas.
- Los brigadistas de salud tiene un rol más enfocado en la educación y comunicación en salud, así como el apoyo al líder de salud en sus funciones. Debido a que en su mayoría son jóvenes, su integración también obedece a una estrategia para enfrentar la drogadicción.
- Los líderes de salud participan en la gestión de la salud en sus comunidades, integrándose en la mayoría de los casos a los comités de salud o comités comunales. Participan directamente de los procesos de planificación y evaluación participativa de AMC. En algunas comunidades también conducen pequeños proyectos de construcción de infraestructura higiénico-sanitaria.

El perfil de los líderes de salud es un poco más complejo que los otros dos tipos de agentes, ya que combinan funciones de promoción de la salud (educación sanitaria y organización comunitaria), prevención de enfermedades (immunizaciones, proyectos de infraestructura higiénico-sanitaria, jornadas antimaláricas), asistencia (consultas de las principales enfermedades, primeros auxilios, traslado de pacientes, apoyo al personal de la BMM), y funciones administrativas (manejo del botiquín, elaboración de informes, actualización del sistema de información comunitario, y la participación en los procesos de planificación y evaluación).

En los últimos dos años se han integrado otro tipo de agentes comunitarios que tiene un perfil enfocado en la promoción de la salud:

- Maestros: Se encargan de la estrategia de salud escolar con la metodología niño a niño. Reciben capacitación del equipo de AMC y apoyo técnico durante la implementación.

- Niños líderes: Se han formado a partir de la estrategia de salud escolar, como un producto concreto de la metodología niño a niño. Participan de actividades prácticas dentro de la escuela y a nivel comunitario, fundamentalmente a lo que concierne a higiene del medio.
- Mujeres promotoras: Como hemos explicado anteriormente, el rol de las parteras es asignado tradicionalmente por la comunidad, similar a los agentes de medicina tradicional y probablemente ha permanecido inalterable a través de muchas generaciones. La capacitación a veces es difícil debido al analfabetismo y a la edad avanzada de la mayoría de ellas. AMC ha optado por respetar su perfil, reforzando algunos conocimientos y habilidades.

Las promotoras de salud tienen un perfil basado en la promoción de la salud de la mujer, pero principalmente, la salud sexual y reproductiva. Trabajan cercanas a las parteras adiestradas, pero sin que alcancen su nivel de autoridad en la comunidad.

Actualmente las comunidades cuentan con 26 líderes de salud, 145 brigadistas, 22 parteras, 54 maestros, 142 mujeres promotoras y 10 niños líderes. Se establecen entre ellos diversos niveles de coordinación, en dependencia del ámbito de acción.

3.2 *Selección de agentes*

Cuando existen problemas en el proceso de selección de los agentes comunitarios, puede conllevar a condiciones no favorables para la participación de la comunidad en las actividades del proyecto de salud, dado que la comunidad no se identifica con agentes comunitarios impuestos. Esto es de bastante importancia, dado que la mayoría de las interacciones con la comunidad se realizan a través de los agentes comunitarios.

De acuerdo a las percepciones de los participantes sobre la forma en que se hizo la selección de agentes comunitarios, este proceso es variable según se trate el tipo de agente comunitario.

En el caso de los líderes de salud, hubo quienes "no fueron seleccionados por nadie en especial, los que querían trabajar se integraron por sí mismos". En otros casos de los mismos brigadistas se selecciona el más activo y se promueve a líder de salud. Pero también hay comunidades que eligen a personas que muestran interés por la comunidad.

Diferente a los líderes, las parteras juegan un rol más cultural en las comunidades. Las parteras se han formado por transmisión generacional. Se iban formando en la práctica (de forma empírica), presenciando la atención de partos inicialmente, luego ayudando. Posteriormente AMC ha realizado capacitaciones.

Dicho de otra forma las parteras no se seleccionan. Es un conocimiento que transmite de madre a hija y es la comunidad misma quien les da su propio rol en la comunidad. Este rol sobrepasa la simple

atención del embarazo y del parto, sino que la partera es la encargada de algunos rituales, como el del nacimiento.

En el caso de los brigadistas de salud se hace llamado a los jóvenes y los que aceptan voluntariamente son integrados. En algunas comunidades habían grupos de personas que se encargaban de la limpieza comunal. Cuando llegaron las noticias de un movimiento de brigadistas se sintieron motivados a la integración. Esto además daba la oportunidad de asistir a talleres.

La comunidad prefiere elegir a sus agentes comunitarios. Cuando esto no ha sucedido, se identifican a los agentes como trabajadores de AMC, probablemente asalariados y por tanto la comunidad no necesita participar en las actividades que ellos promueven.

Algunas sugerencias aportadas por los entrevistados acerca del proceso de selección de agentes:

- En reuniones comunales se deberían elegir a las personas que muestran interés y capacidad para hacer dicho trabajo.
- La comunidad debe proponer a las personas que muestran aptitudes, pero también buenas relaciones con la comunidad; y que además estén dispuesta a aprender, a trabajar y a multiplicar lo aprendido.

3.3 *Capacidad de los agentes comunitarios*

La capacidad de los agentes comunitarios tiene una influencia en la participación comunitaria en el programa de salud. En particular, si el agente se valora como una entidad capaz de resolver los problemas de salud de la comunidad, tiene más probabilidad de poder promover mayor participación de la comunidad en las actividades para mejorar las condiciones de salud. Al contrario, si el agente no es considerado muy capaz de resolver los problemas de salud de la comunidad, habría menos participación comunitaria.

La opinión de los mismos agentes comunitarios es que su desempeño ha mejorado producto de las capacitaciones recibidas. Sin embargo, también reconocen sus limitaciones en el manejo de algunos casos.

Algunas de las actividades realizadas por los líderes de salud:

- Buscan medios para trasladar pacientes.
- Educar al pueblo y les dan información.
- Representar a la comunidad ante otras organizaciones de salud.

En algunos casos la avanzada edad de la partera impide resolver algunos problemas, aunque tenga la capacidad necesaria.

Una opinión vertida por dirigentes comunitarios:

"Las parteras han demostrado más eficiencia. Nunca han presentado problemas. Las parteras nuevas necesitan más asesoramiento".

"En algunas comunidades los líderes de salud deben ser más capacitados en el uso de las medicinas, porque algunos no tienen capacidad de diferenciar una pastilla de otra".

La identificación de la capacidad de los agentes comunitarios por los dirigentes de la comunidad está en relación al rol asignado por la comunidad misma a cada uno de los agentes comunitarios. De las expresiones anteriores puede deducirse que el rol asignado al líder es más asistencial que de Promoción de la Salud, por tanto la comunidad participará en tanto el líder cumpla con estas funciones asistenciales de forma efectiva.

Es necesario profundizar en el concepto salud-enfermedad de la comunidad y promover un enfoque integral u holístico. El abordaje holístico del bienestar es una característica de las comunidades indígenas, en donde la salud es parte integrante del bienestar, pero no en las otras etnias, donde la salud se convierte en un actividad especializada.

3.4 *Relación entre agentes comunitarios y la comunidad*

Si el líder de salud o la partera son considerados por la comunidad como personas con bastante entrega y voluntad de servir, hay mayor probabilidad de buena participación de parte de la comunidad en las actividades que ellos gestionan.

En general hay buenas relaciones entre agentes comunitarios y la comunidad. Se atiende a la gente sin diferencias. Sin embargo cuando los líderes de salud no cuentan con los medios para solucionar los problemas de salud (medicamentos y otros materiales), se producen algunas tensiones.

En algunos casos la comunidad considera que los agentes comunitarios son asalariados por AMC, que ocasiona una disminución del apoyo comunitario.

3.5 *Accesibilidad de los agentes comunitarios para resolver problemas de salud*

En situaciones donde el líder o la partera no pueden responder ante los problemas de salud, puede influir de manera negativa a la percepción que tiene la comunidad del agente, lo cual podría ser un limitante en momentos en que se necesita la participación de la comunidad.

Las principales causas de no asistencia según la opinión de los agentes comunitarios son: ausencia, rechazo de algunos casos, falta de medicamentos o enfermedad del agente comunitario.

Las medidas para resolver la falta de atención por el agente comunitario son variables. En muchas ocasiones la comunidad ha respondido positivamente:

"En algunas comunidades se ha buscado una persona más para asistir en casos de ausencia".

"Usan medicina casera".

"Los mandan al Centro de Salud"

"La llevan al curandero".

"Trasladan al paciente"

Pero en otras ocasiones ha provocado críticas por la comunidad.

3.6 *Colaboración de la comunidad con los agentes comunitarios*

Los resultados de este acápite dan una idea de la forma concreta en que la comunidad se involucra en apoyar a los líderes, parteras y brigadistas. Si existe una actitud positiva hacia los agentes, en cuanto a los procesos de selección, su capacidad de resolver problemas de salud, y su entrega ante la comunidad, debe haber un mecanismo de apoyo a ellos por su esfuerzo y una disponibilidad de apoyarles en las actividades dirigidas hacia mejoras en la situación de salud de la comunidad.

En la mayoría de los casos la comunidad entiende la colaboración con el agentes solamente como la participación en actividades convocadas, y no como un mecanismo de recompensa al trabajo del agente:

"Cuando se les llama ayudan en la limpieza de la comunidad. Ayudan en la distribución de cloro".

"Se le ayuda con su botiquín si es de noche. Le ayudan a trasladar pacientes. Le dan comida si tiene que quedarse todo el tiempo con su paciente".

Nuevamente, puede observarse, que la comunidad considera que es obligación del agente comunitario resolver los problemas de salud de la comunidad; pero en la mayoría de los casos no funciona un mecanismo de reciprocidad. Esto puede ser debido a que algunos piensan que los agentes son trabajadores asalariados, como se ha explicado anteriormente. Este aspecto es especial entre los mestizos, donde los agentes comunitarios reciben poca colaboración de la comunidad.

En el caso de las parteras es más aceptado por la comunidad el pago por servicios. Este pago se materializa en forma de alimentos por la atención del parto, pago monetario o en trabajo; pero aún aquí hay fricciones cuando la deuda contraída no se cancela a la partera.

3.7 *Aporte al desarrollo del programa de AMC*

El aporte de recursos a las diferentes actividades del programa de salud surgen del compromiso establecido en la planificación participativa, donde tanto AMC como la comunidad organizan sus recursos para la implementación de las acciones.

"Hay interés de la gente por los proyectos. La gente se identifica con la realidad, con sus problemas, y con el proyecto de la comunidad y así es que como se gestiona y se realizan las actividades". (líder comunitario)

La participación de la comunidad es fruto del intenso esfuerzo educativo en las comunidades, además de la transferencia tecnológica, donde la población aprende haciendo.

"Hay una buena aceptación de las actividades del proyecto en la comunidad, gracias a las capacitaciones que hemos recibido todos lo que hemos y han recibido técnicas".

Los proyectos de infraestructura higiénico-sanitaria son de autoconstrucción con la supervisión técnica de promotores de infraestructura.

"Se aporta mano de obra, materiales y transporte hasta donde se puede, es una responsabilidad mutua y se pueden ver los resultados. Son un logro importante con una respuesta positiva. Hay problemas y limitaciones pero se sale adelante".

En el caso del cultivo de huertos familiares o comunitarios como estrategia para enfrentar la desnutrición, el trabajo lo realizan los beneficiarios, la institución aporta las semillas mejoradas y la asistencia técnica.

3.8 *Colaboración de la comunidad con el personal de salud MINSA*

Parece ser que la comunidad colabora con el trabajo del personal de salud en reciprocidad a la satisfacción de sus necesidades de salud. Dada la persistencia de un enfoque asistencialista de la salud, la comunidad participa en actividades de Promoción de la Salud cuando son satisfechas sus necesidades de asistencia médica.

En comunidades con Puestos de Salud las formas de participación de la comunidad son las siguientes:

- Ayudan a cargar los medicamentos hasta el P/S.
- Hacer tareas que se les solicitan:
 - Asisten a las reuniones.
 - Asisten a la vacunación
 - Limpieza de las comunidades
 - Traslados de pacientes

- Han ayudado en algunas reparaciones en la clínica de Tasbapouni.

En otros casos el personal "no da oportunidad a la comunidad para participar, todo lo hacen por ellos mismos".

En comunidades sin Puesto de Salud la colaboración al trabajo es más palpable, y por iniciativa de la misma comunidad:

- Ayudan a preparar los alimentos
- Avisan sobre visitas de la brigada
- Localizan un lugar adecuado para atender a los pacientes y albergan a los visitantes.
- En una comunidad mestiza han construido una casita para la enfermera.
- Cumplen con las orientaciones de prevención.

4. Gestión comunitaria

4.1 Gestión de proyectos

Los proyectos nacen de la comunidad, son elaborados dentro de la misma. La comunidad identifica sus problemas y propone soluciones a los mismos, haciendo uso de la investigación acción participativa, introducida como tecnología a partir de 1992. AMC participa en la gestión del financiamiento y frecuentemente aporta un monto parcial desde el proyecto, pero la implementación seguimiento lo asume la comunidad, con el apoyo técnico del equipo del proyecto.

Con este mismo abordaje se han implementado proyectos comunitarios variados, desde proyectos de infraestructura comunitaria, incluyendo higiénico-sanitaria (pozos, letrinas, unidades de salud), hasta proyectos agrícolas.

Un ejemplo importante de proyectos comunitarios y sus logros es el de Haulover. El agua inundaba todo el centro del pueblo de Haulover, y AMC apoyó con tecnología aplicada e ideas la construcción de un Sistema de Drenaje, que ha venido a mejorar las condiciones del ambiente del pueblo.

En otras comunidades las experiencias han sido similares:

"Se tenía el problema de letrinificación y las heces fecales contaminaban el suelo en toda la comunidad. Ahora hay letrinas, tanques, pozos, hay educación de como mantener limpia la comunidad, todo eso ha sido una actividad realizada en conjunto con AMC".

"Entre el comité de salud y AMC ha realizado diferentes actividades así como en Raitipura, en Awas, en Haulover, y en nombre del Consejo puedo decir que se ha hecho todo para mejorar

las condiciones higiénico sanitarias. Se han instalado muchas letrinas, pozos, tanques, también se ha construido una escuela".

4.2 *Sostenibilidad de la gestión*

Peligrosamente, las comunidades han comenzado a ver en las ONG como AMC, un sustituto del Estado, ante la incapacidad de éste para satisfacer sus necesidades.

"Nunca se podrá dejar de agradecer a AMC, porque son el "gobernador o alcaldes" de las comunidades donde trabajan con apoyo del Proyecto. Porque las autoridades no visitan a las comunidades, sólo durante el período electoral, hasta se mojan cuando andan en campaña política, pero después ya no llegan. AMC llega todo el año".

Sin embargo las comunidades están conscientes que el proyecto puede finalizar y la población y sus líderes deben continuar con el desarrollo.

"Cuidado, porque el Proyecto mañana puede desaparecer, que sirva como recuerdo. Debemos de tener en cuenta que todo que nace también muere".

"Hay que seguir el ejemplo de AMC. Si AMC se retira de la Cuenca, la comunidad debe de asumir y considerar que tienen capacitación para actuar por sí mismos".

Un problema para la autosostenibilidad de las acciones de salud es la ausencia de un fondo revolvente y los mecanismos que aseguren la alimentación de un fondo comunitario para cerrar la brecha de recursos asignados para la salud por parte del Estado. Por ahora existen capacidades humanas; pero hace falta la visión de largo plazo.

Es imposible que las comunidades puedan alcanzar la autosostenibilidad del desarrollo comunitario, dadas las difíciles condiciones socio-económicas de la población. Por tanto, la presencia de las instituciones del Estado es necesaria.

AMC ha firmado un convenio con el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud para que ambas instituciones asumieran la continuidad del programa de Salud e Higiene del escolar. Actualmente MED está asumiendo el Programa de Salud Escolar, y en los últimos tres años, aunque con limitaciones, el Ministerio de Salud está asumiendo las actividades asistenciales

4.3 *Mecanismos de control del desempeño de agentes*

Los mecanismos de evaluación del trabajo del líder son variables. En algunas comunidades los comités comunales y otros dirigentes hacen valoraciones sistemáticas del desempeño del líder de salud:

"Se invita a la comunidad a reuniones y se piden sus sugerencias y sus críticas, pero poco aportan. En otras comunidades hay más aportes en las reuniones. En otra comunidad hay un Comité Comunal que vigila todo".

Pero en otros casos no hay ninguna valoración o retroalimentación del trabajo del líder:

No hay quien me vigile y francamente es poco lo que he hecho este año. La comunidad no está interesada en vigilar estos trabajos.

Por su parte los comités comunales han manifestado algunos criterios para la evaluación de los líderes de salud:

- Atención que le dan a la comunidad.
- Si dan cloro.
- Los resultados obtenidos en su trabajo.
- Popularidad que tienen en la comunidad.
- Progreso de la Comunidad.

Pero no expresan una metodología clara de valoración.

De forma similar se evalúa el trabajo de la partera. El líder de salud principalmente, y los comités comunales son los encargados de la evaluación de la partera. El criterio principal es "la manera como hace el trabajo"

"Hay personas que visitan a la mujer parturienta y valoran si la partera está trabajando bien [supervisión]. En otras comunidades muy poco se vigila el trabajo de las parteras".

4.4 *Participación de la mujer en la gestión*

Las mujeres representan uno de los grupos metas del programa de salud de AMC. Por esta razón fue de mucho interés averiguar las percepciones de los participantes con respecto a la participación de mujeres en las actividades que realizan el equipo de salud.

A diferencia de las mujeres mestizas o miskitas, las mujeres criollas o garífunas tienen un alto nivel de participación en la vida de la comunidad.

"Tenemos un porcentaje muy alto en la participación de la mujer en los proyectos de desarrollo. Ej: escuelas, iglesias, pesca.

"Las mujeres tienen su parte de trabajo. Por ejemplo cargando arena o bloques. En la comunidad son las mujeres las más activas porque los hombres son un poco desinteresados".

El modelo de participación se replica: No existe participación en la toma de decisiones, sino como colaboradoras de decisiones ya tomadas.

En el caso de las mujeres mestizas, la participación se limita a su rol doméstico, ya que son los hombres los encargados de la vida pública de la comunidad:

[Las mujeres] "Preparan el refrigerio para los hombres que están construyendo la clínica".

Algunas dificultades para la participación de la mujer:

"Muchos hijos y mucho trabajo en casa".

"Maridos celosos que no dejan participar con libertad".

"Algunos trabajos "pesados" para la mujer".

"Falta de apoyo por algunos miembros de la comunidad".

Estas limitaciones están referidas al rol de los sexos en estas comunidades, que limitan a las labores domésticas la participación de la comunidad como ha sido expresado anteriormente.

Algunas sugerencias aportadas por los participantes:

- "Es necesario iniciar un proceso de concientización entre los varones".
- "Capacitar de una u otra forma a estas mujeres en distintos aspectos (por ejemplo en la construcción de bloques), especialmente las solteras, ya que son las que enfrentan más dificultades".

Es un hecho que la capacitación de las mujeres daría la oportunidad de participar en actividades productivas, y por tanto tendría mayor reconocimiento público.

B. FACTORES DEL ENTORNO

1. Factores políticos de la Región y la Cuenca de Laguna de Perlas

El período electoral de 1996 fue muy agitado debido a la "guerra de palabras" entre los dirigentes políticos. Una vez que terminó el período electoral, los partidos políticos disminuyeron su acción y casi desaparecen de la zona. Sin embargo las secuelas de la polarización política quedaron entre los seguidores de los

diferentes partidos existentes, lo que generó división en las comunidades.

Las campañas políticas recién pasadas contribuyeron a la polarización en las comunidades de la cuenca, principalmente Laguna de Perlas, donde incluso afectó los lazos familiares y comunitarios. Ese es el único fruto electoral, que paulatinamente disminuye en sus efectos negativos, pero entorpece y afecta la participación de la comunidad y la implementación de los proyectos comunitarios.

El cambio de autoridades del gobierno local y de funcionarios, como personal de salud, maestros y concejales, ha sido perjudicial, porque todo el esfuerzo de capacitación y la experiencia adquirida se desperdicia.

La mayoría de la gente desconoce lo que es la Autonomía y expresan que los líderes regionales de la RAAS, sólo buscan su propio provecho, instalando sus propias empresas y explotando los recursos de la región a su favor. En general la gente está descontenta con sus autoridades.

No existe un concepto unificado de Autonomía. Existe una diferencia de conceptos según los distintos grupos étnicos. La Ley de Autonomía no recoge la opinión de los costeños y aún no inicia el proceso de reglamentación. Por otro lado se percibe una oposición del gobierno central al proceso de autonomía.

Los líderes políticos locales tienen la tendencia a ser dependientes del partido y a obedecer sus órdenes, probablemente esto impide la consolidación del poder local. Al final la comunidad no se siente representada por sus concejales, pero es la única forma en que la comunidad puede tener representación ante los órganos regionales de gobierno.

El poder municipal tiene incapacidad para manejar los conflictos a nivel comunal. Existen problemas entre el Comité Comunal y el de Salud en algunas comunidades; para la realización de los trabajos de proyectos que la gente desarrolla con AMC. Los del Comité Comunal representan a la Alcaldía y creen que deben de ser ellos los que manejen las acciones en la comunidad, pero en muchas ocasiones el Comité Comunal aprovecha los proyectos comunitarios para proselitismo político.

Un fenómeno que se observa es el nombramiento de personas para cargos importantes, basados en la afinidad partidaria, y no en la capacidad técnica ni política.

A nivel local, los cambios de funcionarios por criterios partidarios, afectan los proyectos en las comunidades en su nivel de gestión.

La situación militar es bastante estable. En la Cuenca de Laguna de Perlas no existe la presencia de bandas de rearmados, pero todavía existen armas en manos de la población y se han conformado pequeños grupos de delincuentes que operan en la zona y se dedican a robar y a distorsionar la vida de la comunidad; pero no son muy fuertes. A veces luchan entre ellos mismos. El personal de AMC no ve afectado el acceso a las comunidades por este problema.

2. Factores Económicos

Existen dos fuentes económicas importantes en la cuenca: la pesca y la agricultura. La producción agrícola es para autoconsumo y la pesca es para exportación. Existen dos proyectos de apoyo a la pesca artesanal y a grupos.

En temporada los pescadores ganan bien, pero quienes se benefician de los recursos naturales son las empresas exportadoras. Se construirá el muelle de la comunidad de Laguna que incluirá un sistema de dragado y será útil para la comercialización de la pesca.

El poco trabajo de las instituciones que existe en la Costa se canaliza a través del partido en el Gobierno. La gente vive más de las remesas familiares que envían desde Estados Unidos de América.

Hay comunidades en donde la población vive en niveles de sobrevivencia, y sus condiciones de vida están por debajo de la línea de pobreza, como las comunidades de los ríos: Wawashang y Patch River.

Se ampliará la red telefónica local, pero falta financiamiento para los accesorios y todavía no es rentable en Laguna de Perlas, no obstante en todo caso la van a ampliar porque ya está la licitación pública.

Existe un estudio para instalar una Red Turística, un Centro u Hotel con el apoyo del Instituto de Turismo del Gobierno y con financiamiento de capital extranjero, en los Cayos Perla, para 1998.

3. Factores Sociales

El tráfico de droga daña la estabilidad social, especialmente por conducir a otros actos delictivos como el robo y actos de violencia.

La población no percibe el daño social que la droga está provocando. Existen comentarios como " el tráfico está bien, si sólo va de paso y deja beneficio económico al pueblo". La población lo ve como un potencial para el desarrollo económico, sin medir las consecuencias de ello.

Poco se puede hacer individualmente, pero se necesita educar a la población. La gente no apoya a la policía y a veces hasta entorpece el trabajo policial. Algunos consideran que la policía también ha caído en actos de corrupción: "La policía participa, porque se deja sobornar, a los vendedores no les hacen nada".

La población se encuentra pasiva ante este problema, aunque no por falta de información. "Se percibe el problema pero nadie está haciendo nada. Hay dos comunidades que viven de la droga Set Net y Tasbapounie".

4. Factores culturales

4.1 *Etnicidad*

Como hemos explicado anteriormente, en la cuenca de Laguna de Perlas coexisten cuatro grupos étnicos, unos con más fuerte identidad étnica que otros. La identidad étnica se constituye en el elemento aglutinador de las comunidades mediante diferentes dispositivos de integración étnica, que también favorecen la solidaridad y reciprocidad.

En ninguna de las etnias se encuentra una cultura pura, debido a influencias externas y de la cultura dominante en la cuenca: los criollos. La iglesia y la educación han sido las principales instituciones de aculturación, pero los otros grupos étnicos también se han adaptado culturalmente

La mayor característica de la identidad étnica criolla es el lenguaje, ampliamente difundido a las otras étnicas de la cuenca, exceptuando los mestizos. Otros elementos son el fenotipo racial y la fuerte influencia cultural de Jamaica y la cultura afroamericana (USA).

Los garífunas también han sufrido el proceso de "criollización" y casi han perdido su lengua y costumbres, aunque existe un proyecto para el rescate de la cultura garífuna. Existen elementos de la cultura afrocaribeña, un tanto mestizados en el ámbito de lo religioso.

Los miskitos de la comunidad de Haulover han perdido su identidad étnica y se autonoman criollos, adoptando estas características culturales. Probablemente en Tasbapounie es donde se observa una mayor identidad étnica, característica en las formas de organización comunitaria y elementos comunes a otras comunidades miskitas, sin embargo no conservan el lenguaje miskito.

Los mestizos son quienes tiene menor cohesión étnica. Esto también se puede observar en la dispersión de sus habitantes y la poca interacción entre ellos.

4.3 *Jerarquía étnica*

En la cuenca de Laguna de Perlas existe una jerarquía étnica que se observa en el resto de la Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS). Esta jerarquía se ha venido estableciendo históricamente desde hace varias décadas.

En el estrato más alto de esta jerarquía étnica se encuentran los criollos, producto de una mejor inserción en las relaciones sociales del último siglo, desde la llegada de los ingleses y la iglesia Morava al Costa Atlántica.

En los criollos esta concentrado el poder a nivel municipal y los principales cargos administrativos tanto en instituciones del Estado como en organizaciones civiles. En un nivel más bajo se encuentran los garífunas, que poco a poco han logrado escalar algunos cargos intermedios, luego los miskitos y finalmente los mestizos pobres desplazados por la frontera agrícola.

Esta jerarquía étnica tiene expresión en el nivel socio-económico de las comunidades, donde se puede identificar que las comunidades con mejor nivel de vida son las criollas y garífunas, mientras que las comunidades mestizas son las que tienen un menor nivel de vida.

4.2 *Etnocentrismo*

Las actitudes etnocéntricas están condicionadas por la jerarquía étnica existente en la Costa Atlántica. Las manifestaciones etnocéntricas en la cuenca de Laguna de Perlas se observan a dos niveles: entre las etnias costeñas (criollos, garífunas y miskitas) y los mestizos, una diferencia que se ha venido acrecentando desde la reincorporación de la mosquitia con Zelaya, hasta la actualidad; y entre los mismos grupos étnicos considerados autóctonos.

El etnocentrismo entre las etnias autóctonas es más imperceptible, pero acentuado en los criollos con respecto a los miskitos y los garífunas.

Aun con esto, los conflictos interétnicos sólo son evidentes con los mestizos, y debidos al usufructo de los recursos naturales por las concesiones de tierras históricamente comunales, a manos privadas de empresarios mestizos, desalzados de la resistencia y campesinos desplazados.

C. FACTORES INSTITUCIONALES

1. **Relaciones con el personal de salud del Ministerio de Salud (MINSA)**

Se analizaron las relaciones con el personal de salud del MINSA que labora en los puestos de salud. Esto incluye los descriptores de selección de candidatos de las comunidades quienes reciben becas para estudio de auxiliar de enfermería de parte de AMC, la percepción de la relación entre el personal de los puestos y la comunidad, la capacidad para resolver problemas de salud y la habilidad para promover la participación comunitaria.

1.1 *Selección de candidatos para becas*

Acción Médica Cristiana ha trabajado con la idea de desarrollar las capacidades de personas de la comunidad para responder a los problemas de salud. Esto incluye tanto los agentes comunitarios que trabajan de manera voluntaria, como individuos que reciben un nivel de capacitación más alto, como auxiliares de enfermería. Desde el inicio del programa en las áreas, se ha intentado seleccionar a personas que reciben becas para el año de estudio en la escuela de enfermería y después regresan a trabajar como personal del MINSA en un puesto de salud en el área.

La elección de becarios para carreras de salud ha sido controversial. En algunos casos AMC ha dejado la decisión a la comunidad y otras veces ha sido una decisión del equipo de terreno:

"El año pasado cuando AMC nos avisó sobre las becas, el comité de salud hizo todo lo posible por seleccionar algunas personas. Los interesados hicieron la solicitud, pero las respuestas eran todas negativas". Este año AMC seleccionó las personas sin tomar en cuenta el Comité de Salud". (Orinoco)

Los comités comunales expusieron algunos criterios en la elección de los becarios:

- Por medio de reuniones.
- El que tenga mejor nota.
- En algunas comunidades se busca entre los brigadistas primero, para ver si tienen interés.

Muchos de los entrevistados dijeron no saber nada de becas y creen que muchas veces AMC sólo busca favorecer a algunos.

"En algunas comunidades no se sabe cuando llegan las becas".

"Se ha visto que algunas veces se reparten entre familias".

En el caso de los mestizos, el bajo nivel educativo, no ha permitido la selección de becarios:

"Nunca hemos tenido la oportunidad de participar en seleccionar candidatos para estudiar con becas".

Si la comunidad no participa en la elección de los becarios probablemente no experimentará ningún compromiso con el personal de salud, y de igual forma los becarios no sentirán un compromiso con su comunidad. De hecho esto podría tener consecuencias en las relación personal de salud-comunidad.

Los entrevistados sugirieron lo siguiente:

- Se debería permitir que el comité de salud haga la selección. La persona escogida debe ser capaz, interesado (por la comunidad), con buenas calificaciones y muy activo en su comunidad.
- Llamar a la comunidad a asamblea para ver quienes realmente están interesados en las becas y también los más necesitados. Se debe priorizar a las comunidades más lejanas, donde no hay centro.
- Los maestros deberían participar ya que conocen a los alumnos: se deben de poner criterios:
 - Buenas notas.
 - Que muestren interés en estudiar.
 - Bajos recursos económicos.
 - Hacerles saber que tienen que volver a las comunidades a trabajar.

- Personas que han participado en las actividades de salud, como brigadistas.

1.2 *Relación del personal de salud con la comunidad*

De forma general existe una buena relación con el personal de salud en las comunidades. Este fenómeno podría ser un facilitador de la participación comunitaria como parte de la reciprocidad: Si la comunidad es tratada bien por el personal de salud, entonces la comunidad debe participar en las actividades de salud.

Hay una opinión casi generalizada acerca del maltrato de los pacientes en el Puesto de Salud de Orinoco:

"En el puesto de salud de Orinoco nos tratan muy mal. Entonces prefieren ir hasta Brown Bank" (Marshall Point)

"Si uno llega un poco tarde lo tratan mal. En Brown Bank no importa la hora, siempre nos tratan bien"(Kakabila, Raitipura).

"Tratan mejor a las personas bien vestidas, que tienen dinero, a los pobres campesinos los tratan con asco (Mestizos).

Dado que el personal de salud es autóctono en las comunidades no se puede atribuir el maltrato a rechazo étnico a excepción de lo que sucede con los mestizos, según ya se ha explicado antes. El personal de salud sufre de aculturación durante el proceso de formación, perdiéndose probablemente la visión holística de la salud-enfermedad y algunos valores comunitarios, incluyendo a veces las relaciones horizontales con la comunidad. El conocimiento obtenido, el uniforme blanco les adjudica un status social mayor y los hace "diferentes" a la comunidad. Aparentemente también se adjudica muchas veces el derecho de "educar" a la población de acuerdo a un modelo occidental.

Los mestizos perciben el rechazo étnico por parte de las etnias criolla, y en este caso particular, de los garífunas. De hecho, cuando tiene problemas graves de salud, prefieren ir hasta Bluefields o esperar la Brigada Médica Móvil, cuando no es urgente.

Comunidades sin Puestos de Salud valoran de forma positiva la relación de los integrantes de las Brigadas Médicas Móviles:

"Cuando las auxiliares, visitan las comunidades atienden a todos de la misma forma y muestran espíritu de cooperación".

1.4 *Capacidad del personal de salud para resolver problemas de salud*

De forma general se valoran muy positivamente la capacidad del Personal de Salud para resolver los problemas de salud de la comunidad

"Hay veces cuando se terminan los medicamentos les hacen recomendaciones sobre uso de medicina casera y son muy efectivos. Tienen capacidad para el cargo".

En Laguna de Perlas consideran que existen enfermeras capaces de resolver los problemas sin necesidad de Doctor. Sin embargo otras comunidades desearían tener un médico de forma más sistemática.

Existen limitantes para el trabajo del personal de salud en la comunidad:

"Aunque tienen capacidad muchos problemas no se resuelven por la relación con la comunidad".

"Otras veces aunque tengan el conocimiento no pueden resolver algunos problemas por la falta de materiales".

1.5 *Habilidad para facilitar la participación comunitaria*

Hay persistencia de un modelo instrumental de la participación comunitaria, y parece ser que es ésta la única forma conocida tanto por la comunidad como por el personal de salud: La comunidad como colaboradora de las actividades planificadas por el personal de salud.

Es más fácil lograr la colaboración de la comunidad cuando se trata de un problema de salud grave que pone en peligro la vida de la población:

"Cuando se dio un caso de cólera. La enfermera transmitió su mensaje y logró la participación inmediata de la comunidad". (Orinoco)

"Nadie ha podido convencerlos del uso del cloro y suero oral". (Raitipura)

2. **Organización del Proyecto**

2.1 *La estructura organizacional a nivel local*

El proyecto está organizado por sub-equipos de trabajo: Promoción de la Salud, Materno-Infantil, Huertos, Higiénico-Sanitario, que responden de su gestión ante el Director de Proyecto, quien a su vez cuenta con un asesor. Los contrapartes de la comunidad son los comités de salud o comités comunales y los agentes comunitarios.

Existe cogestión de las intervenciones a nivel comunitario, sin embargo no hay una estructura autóctona participando en la gestión global del proyecto. Los comités de salud se han creado para

apoyar las actividades de salud en la comunidad, sin embargo en la mayoría de los casos no tienen el poder real de decisión sobre el futuro de la comunidad, por cuando constituyen en realidad organizaciones paralelas a las tradicionales.

Es necesario valorar si la estructura organizacional del proyecto está realmente permitiendo la participación de la comunidad en la gestión.

La capacidad para negociar en el nivel local requiere de una descentralización de la gestión. En los últimos años se ha logrado un adecuado proceso de descentralización y desconcentración de recursos en el equipo de terreno, facilitado por la poca rotación del personal y el aumento de las capacidades de los recursos autóctonos.

2.2 *Los Mecanismos de Planificación y Evaluación*

La herramienta utilizada para la planificación y evaluación del proyecto es el marco lógico que privilegia la administración por objetivos. En el sentido práctico, es poco flexible para una gestión participativa.

La comunidad ha tenido alguna participación en la programación, tomando decisiones operativas:

"Siempre deja su libertad a la comunidad fijar fechas para la realización de limpieza" (Orinoco).

El método de planificación participativa no se encuentra en las comunidades:

"Los líderes y brigadistas planifican las actividades y luego se comunican con la comunidad".

"La mayoría de las planificaciones los hace el comité de salud. La planificación en otras comunidades la hacen las autoridades, junto con salud, AMC y las escuelas". (Brown Bank)

El marco lógico es un instrumento poco útil para el contexto socio-cultural de las comunidades, por cuanto tiene una lógica de pensamiento lineal y no necesariamente de pensamiento circular, este último más acorde con nuestra cultura.

Una experiencia positiva ha sido la Investigación Acción Participativa, que ha contribuido al "empoderamiento" de la comunidad y a lograr una verdadera participación de la comunidad en la gestión de la salud.

Las comunidades no saben que es su deber vigilar los avances del programa de salud. Pero por otro lado la operatividad del proyecto limita la participación de la comunidad, ya que se necesita invertir más tiempo para evaluar con la participación de la comunidad que en la realización de informes administrativos.

Cuando ha sido posible, se ha realizado encuentros, talleres, reuniones, con el fin de realizar evaluaciones del proyecto y escuchar opiniones que serán luego incorporadas en la planificación operativa.

2.3 *Comunicación*

La comunicación de antemano sobre los planes generales del proyecto y la calendarización de las actividades que se piensa llevar a cabo permite mayor involucramiento de parte de las personas de las comunidades. Una adecuada participación de la comunidad en la gestión parte de que la comunidad tenga un adecuado nivel de información acerca de la institución, del proyecto y una conciencia de su problemática de salud.

El medio de comunicación más utilizado en la comunidad es la transmisión persona a persona con un mensaje verbal o escrito. Este último es aparentemente el más confiable para la población. En menor proporción se utiliza la radio, debido a su escasa cobertura.

Otros medios considerados adecuados por la comunidad son:

- Uso del megáfono para informar acerca de la situación de salud.
- Avisar en las iglesias
- Reunión (asamblea) con el pueblo.

AMC ha hecho uso de los medios y canales de comunicación mencionados por la población, sin embargo no se ha hecho una evaluación concienzuda de la cobertura de la comunicación en la comunidad. Es necesario también explorar otros medios tradicionales de comunicación social como historias o cuentos, canciones, etc.

Los entrevistados consideran que la comunicación en las comunidades podría mejorar si existiera una red de radios transmisores, aspecto que no es viable en el proyecto. La comunicación a través de cartas funciona cuando se hace con suficiente anticipación.

Otro medio de comunicación social sugerido por los entrevistados es la publicación periódica de un Boletín Informativo para la cuenca de Laguna de Perlas que exponga información acerca de la salud y los avances del proyecto.

2.4 *Formas de coordinación de actividades*

La coordinación con las comunidades en la planificación y realización de actividades permite crear las condiciones para mayor participación en el programa de salud. Ejemplos del tipo de coordinación que hacen los equipos son variados, como la organización de brigadas médicas móviles, la preparación para talleres u otras actividades similares que se realizarán en las comunidades, o la organización y programación de proyectos especiales que se realizan en las comunidades (como

construcción de letrinas, pozos, etc.).

En la mayoría de las comunidades hay un Comité de Salud, por medio del cual se hacen estas coordinaciones. Sin embargo esto puede constituir una organización paralela a las formas organizativas tradicionales de la comunidad, con los consiguientes problemas de convocatoria.

Las dificultades en la coordinación de actividades son en su mayoría atribuidas a un inadecuado nivel de información de la comunidad:

"Hay ocasiones cuando AMC llega a las comunidades, sin que se sepa que iban a llegar. En algunas ocasiones llegan en horas no apropiadas".

"A veces la comunicación no llega a todos en la comunidad y por eso hay poca asistencia".

En otras ocasiones el problema ha sido la poca participación de la comunidad en la toma de decisiones:

"En el caso de Orinoco, algunas actividades como el censo se han decidido en Laguna de Perlas y se ha llevado a personal de allí a pesar que en la comunidad hay personas capacitadas para eso".

2.5 *Problemas en el cumplimiento de planes*

Cuando los planes no se cumplen en tiempo y forma, esto puede producir desmotivación en la comunidad para la participación. Los agentes comunitarios, quienes están encargados de la información en la comunidad, entonces pierden su credibilidad y liderazgo en la comunidad.

El proyecto de Laguna de Perlas ha tenido los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para garantizar la operatividad. De manera general las actividades se cumplen en tiempo y forma.

Algunas comunidades han solicitado a AMC que asuma proyectos inconclusos iniciados por otras instituciones, aspecto que la institución no ha considerado conveniente.

2.6 *Relaciones entre personal de AMC y las comunidades*

Valoran esta relación como muy positiva:

"Nunca han habido problemas. Desearíamos que nos visitaran con mayor frecuencia".

La relación está caracterizada por la confianza y respeto:

"Son personas muy positivas, expresan mucha confianza y tienen el deseo de mejorar la situación de estas comunidades que son olvidadas y que tienen un bajo nivel de estudio".

Los entrevistados consideran que son necesarias visitas con mayor frecuencia para lograr mayor acercamiento de algunas comunidades.

2.7 *Coordinación interinstitucional*

Establecer una estrategia intersectorial con el trabajo del programa de salud es una necesidad, si se espera tener un efecto más profundo y sostenible.

La salud esta condicionada o determinada por una serie de factores de necesaria intervención para mejorar el nivel de salud de una comunidad. Por tanto corresponde no sólo a las organizaciones de salud velar por ésta sino al esfuerzo conjunto de gobierno, organizaciones no gubernamentales y organizaciones autóctonas.

La coordinación interinstitucional ha funcionado mejor en el nivel local, sin muchas relaciones de tipo burocrático.

La salud escolar ha funcionado gracias a la colaboración del personal de educación, promoviéndose la higiene personal y ambiental en los escolares. Sin embargo no se ha hecho suficiente énfasis en la capacitación de los docentes para promover la salud.

Por otro lado, en los últimos años, no se ha hecho suficiente esfuerzo para coordinar esfuerzos con las iglesias, un actor privilegiado en los primeros años del proyecto.

3. *Tecnología apropiada en el proyecto*

Actualmente existe mucha aceptación de la tecnología sanitaria en las comunidades beneficiarias, producto de un intenso proceso educativo. Las comunidades que tienen letrinas y pozos que se construyeron con ayuda en AMC, les gusta y recomiendan:

"AMC reparó tres pozos y les gusta más la forma actual" (La Fe).

"Actualmente se construyen las letrinas en la tierra, pero AMC las hace de una forma más sanitaria, donde no haya contaminación. También los pozos son más sanitarios porque tienen sus tapas y sus bombas".

"Uno puede tener un tanque con agua de lluvia que no está contaminada".

Sin embargo la cobertura de esta intervención no ha sido total, ocasionando inconformidad en comunidades que no han sido beneficiadas:

"No tenemos nada de AMC y los pozos que tenemos actualmente están cerrados. Estos proyectos no han llegado a estas comunidades". (Marshall Point, Kakabila).

La letrina abonera seca (LASF) es una letrina diseñada para lugares húmedos "suamposos", en donde no es posible implementar letrinas tradicionales por la fácil contaminación de las aguas, y porque la superficie de las aguas se eleva a superficie en el invierno.

Consiste en una caseta sencilla montada sobre una estructura de bloques y cemento que conforman dos compartimientos sobre la superficie.

El dispositivo para defecar consiste en un asiento de cemento a través del cual pasan las heces "secas" y en un pequeño orificio en el mismo asiento en su porción delantera el cual debe servir exclusivamente para orinar. Se parte del principio básico que las heces y la orina no se deben de mezclar.

Después de cada acto de deposición, las heces se deben remover y echarle un poco de cal o ceniza. Este compuesto eventualmente se convertirá en una mezcla seca de material de apariencia terrosa con la posible utilidad de usarlo como abono.

La orina por su parte sale hacia el exterior y mediante un orificio en la tierra con arena o grava se introduce en la profundidad.

Para una familia de 6 personas, un compartimiento dura aproximadamente 6 meses, teniendo que cambiar después al otro compartimiento. Al final de ese período el material del primer compartimiento ya es posible utilizarlo como abono, quedando disponible para usarse nuevamente.

Durante el proceso de introducción de este tipo de letrinas, los usuarios encontraban muy compleja la tecnología para implementarse especialmente en el caso de los niños. Además no se estaba seguro de poder contar siempre con ceniza o cal para hacer la mezcla.

Por otro lado las heces, consideradas como algo sucio, no podían servir para abono posterior en los sembrados que servirían para alimentos. Finalmente era más cómodo hacer letrinas en el agua, que el proceso de estar mezclando desechos desagradables cerca de la casa.

Se implementaron recomendaciones técnicas sugeridas por la comunidad en relación con la incomodidad que producía la tecnología, con lo cual se facilitó la participación de la comunidad.

4. Integración del contexto socio-cultural a la intervención

Una de las preocupaciones de AMC en cuanto a sus relaciones con las comunidades de la Costa Atlántica y Matagalpa ha sido apropiarse en la manera posible a las formas naturales de trabajar y

organizarse. Sin embargo hasta ahora continúa siendo una debilidad el insuficiente conocimiento del contexto socio-cultural de las comunidades.

Los siguientes aspectos intentan verificar el grado de éxito que el programa ha obtenido en este aspecto, en particular con respecto a trabajar según las formas naturales de organizar en las comunidades, incorporar costumbres tradicionales de las comunidades al trabajo que se realiza, y tomar en cuenta las leyes, normas y costumbres que favorecen o limitan la participación de diferentes sectores de la población en las actividades de salud.

4.1 *Trabajar según formas naturales de organizarse*

Algunos espacios se han aprovechado para la realización de actividades del proyecto, fundamentalmente la educación sanitaria. Ej.: Educación al grupo de mujeres en las iglesias, o bien en el caso de reuniones de coordinación de la comunidad. Ej.: Reuniones posteriores a los servicios religiosos.

Ha prevalecido un enfoque de organización de la comunidad más acorde a un modelo occidental. El trabajo con las organizaciones tradicionales no ha sido muy sistemático, probablemente porque se sabe muy poco de ellas y porque no se han realizado esfuerzos suficientes en la investigación del modelo de organización y estructuración de las comunidades étnicas.

"Existe una organización 'Brotherhood Society' donde tiene representación cada familia. Se reúnen el último domingo de cada mes. Se podría aprovechar para la educación".

4.2 *Incorporación de costumbres y tradiciones al trabajo de salud*

Como se ha explicado en otros acápite existe insuficiencia de conocimientos de las características socio-culturales de las comunidades. A pesar de esto el proyecto ha intentado incorporar algunas costumbres y tradiciones:

- El uso de los medicamentos caseros.
- El uso de algunas hierbas en el tratamiento de algunas enfermedades tradicionales.
- La atención del parto por las parteras.

Es necesario un mayor esfuerzo investigativo de AMC para recopilar todas estas memorias.

4.3 *Costumbres y normas que favorecen o limitan la participación*

Algunas costumbres y normas que existen en las comunidades que puedan tener el efecto de favorecer o limitar la participación de diferentes grupos o sectores de la población y por tanto también pueden ser aprovechados en las actividades de salud.

Son fundamentalmente las actividades rituales religiosas las que favorecen la participación de la comunidad en su conjunto. Actividades como el Walagallo, celebraciones de Semana Santa, matrimonios y bautizos son actividades para la reunión e la comunidad.

La Iglesia Morava se caracteriza por gran moralidad en su doctrina. El día domingo no se considera adecuado para el trabajo. Cualquier actividad de salud planificada en día domingo correrá el riesgo de tener poca participación comunitaria.

4.4 *Conocimiento del idioma local*

La mayoría de los integrantes del equipo de AMC son autóctonos, y casi la totalidad de los mismos habla el idioma nativo. Los entrevistados consideraron que la diferencia de idioma con Director del proyecto deber ser superada para una mejor comunicación con las comunidades.

D. FACTORES DE LOS PARTICIPANTES

1. **Estabilidad de la comunidad**

1.1 *Migración*

La inmigración en la cuenca de Laguna de Perlas no es tan marcada. Como hemos mencionado anteriormente, el 90% de la población es autóctona, y el porcentaje restante tiene más de una año de vivir en las comunidades. Sin embargo no hemos logrado determinar la emigración, que sabemos es mucho mayor debido a la situación económica de la región.

Muchos recursos calificados emigran a Bluefields, a la región del pacífico e incluso fuera del país, en busca de mejores oportunidades. Muchos jóvenes trabajan "embarcados" durante años. De hecho las remesas familiares son una importante fuente de ingresos de la población.

1.2 *Dispersión de las comunidades*

Todas las comunidades de la cuenca viven en conglomerados, a excepción de los mestizos que viven en áreas dispersas. Como es de esperar, en estos últimos existe mucha dificultad para reunirse y tener una actuación organizada por el desarrollo de su comunidad.

Esto es evidente en el pobre nivel de desarrollo alcanzado por las comunidades mestizas y la poca capacidad de gestión alcanzada hasta el momento.

2. Características de los participantes

Hacer un abordaje sobre estos factores, requiere de un enfoque socio-antropológico que sobrepasa la intención de este informe. Sin embargo a continuación exponemos algunos de estos factores.

2.1 *Responsabilidad de la comunidad*

Según refirieron los entrevistados existe conciencia en la comunidad acerca de su responsabilidad por la salud. Algunas actividades realizadas por la comunidad para promover la salud son:

- Limpieza del pueblo.
- La comunidad trata de cumplir con las sugerencias que se les da (el caso de letrinas sobre el agua es el caso más difícil).
- Drenaje, quema de basura.
- Construir letrinas.
- Tomar agua purificada.

Sin embargo hay quienes no prestan mucha importancia a la Promoción de la Salud

"Algunas personas en las comunidades no comprenden lo que se les habla. Cuando les dan el cloro y les dicen para que es, van directo a lavar con el cloro, entonces se organiza una reunión y se explica de nuevo y allí unos comprenden y hacen lo que se les indica".

2.2 *Nivel educativo de la población*

El nivel educativo de la población es una importante limitante para la participación comunitaria, ya que no basta la voluntad sino ciertas habilidades. Este es un fenómeno mayor entre miskitos y mestizos, que entre criollos y garífunas:

"Por falta de estudios, es por eso que no entendemos algunas cosas que se nos explica".

"...no pueden ser nombrados para ocupar ningún puesto. Ejemplo: impartir clases". "Tienen problemas en la forma de expresarse". (Mestizos)

2.3 *Experiencia en el manejo de proyectos*

Muchas instituciones anteriores a AMC han impulsados proyectos en la Cuenca de Laguna de Perlas, en su mayoría administrados por funcionarios de estas instituciones.

En la mayoría de los casos la participación de la comunidad se ha limitado al aporte con la mano de obra, asistencia a las reuniones, y al cumplimiento de orientaciones

En los últimos años, se ha observado que cada institución forma comités contrapartes en la comunidad produciendo segmentación de la misma y dispersión de actividades. Esto a su vez ha favorecido la aparición de relaciones de clientelismo entre las instituciones y la comunidad. Ser miembro de un comité se ha vuelto una forma de acceso a bienes y servicios, con ventajas sobre la comunidad.

"[El proyecto] Es impulsado por medio de un Comité de Salud que es encargado de velar que las actividades planificadas se llevan a cabo". (Tasbapouni).

"Se organizan grupos en cada barrio que son los encargados de ver y orientar a los beneficiados para que la actividad se cumpla". (Orinoco).

IX. DISCUSION Y ANALISIS

1. Empowerment y participación comunitaria

Para que la comunidad alcance su desarrollo necesita de la participación de la misma gente, en un proceso en el cual se van identificando las capacidades existente y se van apropiando de las herramientas necesarias para determinar su propio destino. Este proceso es el empowerment o “empoderamiento”, que guarda una estrecha relación con la participación comunitaria.

El empowerment comunitario sólo puede ser logrado a través de la organización y su liderazgo. El poder social sólo es accedido a través de las organizaciones, y estas organizaciones lo mantienen para alcanzar objetivos comunes (30). Las organizaciones comunitarias pueden considerarse “empoderadas” cuando tienen la capacidad para ejercer los instrumentos del poder social.

Una comunidad “empoderada”, es aquella en la que los individuos y las organizaciones, aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos para resolver sus propias necesidades. A través de esta participación, los individuos y las organizaciones dentro de una comunidad “empoderada”, se proveen amplio apoyo entre unos y otros, manejan los conflictos dentro de la comunidad, y ganan influencia y control sobre la calidad de vida de la comunidad (31).

Obviamente, el “empoderamiento” es un proceso de mediano y largo plazo, que a veces no se consigue por la visión de corto plazo del personal de salud o la presión de la comunidad para obtener resultados inmediatos.

De acuerdo a los criterios propuestos en la metodología, el liderazgo comunitario se puede clasificar como medio / alto. Los líderes son nombrados democráticamente y en la mayoría de los casos tienen como bases de poder la capacidad de recompensar y el conocimiento que poseen.

Muchas veces esto ocasiona un tipo de clientelismo entre los líderes y la comunidad, es decir, la comunidad apoya políticamente y moralmente al líder, en tanto éste tenga la capacidad para satisfacer las necesidades materiales de la población, ya sea por sus propios medios o mediante "conectes" con las instituciones. De hecho la comunidad prefiere a los líderes paternalistas, aunque también mencione a los líderes democráticos. El paternalismo no es más que una forma de dominación o alienación que otorga el poder a quien posee los recursos.

Las fuentes de poder que usualmente observamos en las comunidades rurales son el status socio-económico del líder, el provenir de determinada familia considerada como influyente en la comunidad, ocupar un cargo público y el nivel de conocimiento o experiencia que la persona tiene. En el caso específico de estas comunidades, saber español, tener un grado de instrucción medio o alto, y relacionarse bien con actores sociales de interés para el desarrollo de la comunidad.

El que los líderes sean elegidos democráticamente no significa que la comunidad tenga mucha injerencia en su gestión. La rendición de cuentas de los líderes a la comunidad se hace conforme a los resultados obtenidos y no a la eficiencia en el uso de los recursos para alcanzarlos. Por otro lado, el nivel de información de la comunidad sobre las gestiones de los líderes es pobre, a pesar que los líderes mencionaron que convocaban a la comunidad para asambleas informativas.

La población ha comprendido que el líder no puede ser el interlocutor de todos en la comunidad. No puede ser la persona por medio de la cual todos llegan a informarse, ya que si las principales decisiones dependen de una sola persona, una actitud equivocada, problemas de conocimiento o corrupción son un grave peligro (32). Existen diferentes tipo de líderes en las comunidades, algunos de ellos son líderes no formales, pero que son una importante fuente de opinión y convocatoria.

Un hecho es que la comunidad descansa en el líder los problemas de su comunidad. En este sentido prefiere líderes paternalistas de gestión efectiva, es decir, que puedan llevar bienes o servicios a la comunidad, líderes que tomen decisiones por consenso, pero que asuman la mayor parte de las responsabilidades de las tareas a ejecutar.

Estos es contraproducente, en tanto que el mayor papel del trabajo del líder debería ser el de establecer, mantener y rehacer formas de relación entre la misma comunidad.

El liderazgo vertical tiene la ventaja que las decisiones se pueden tomar cerca del momento cuando aparece la necesidad y oportunidad de hacerlo, pero con la desventaja de que no es igualmente comprendida y respaldada por la mayoría. El liderazgo horizontal puede contribuir al respaldo en las decisiones, pero el proceso es más largo.

Frecuentemente la comunidad espera que el líder autoritario o paternalista se haga cargo de los problemas de la comunidad, tome decisiones e implemente acciones, consiguiendo los recursos necesarios.

El liderazgo paternalista establece relaciones de dominación, aunque sea benevolente. Estas personas creen que deben tomar todas las decisiones y encargarse de los problemas de los demás (33).

No se evidencia una importante rotación del liderazgo comunitario en los últimos años, debido a que no existen mecanismos para la multiplicación de líderes. En algunas comunidades esto ha ocasionado que el liderazgo se transforme en un status o forma de vida, ya que la gestión de proyectos deja algunos réditos para el líder que ha gestionado los fondos.

El líder debe orientar por medio de las ideas que hace surgir de la gente, y alentar movilizándolo los sentimientos y la voluntad de esa misma gente. El dirigente debe ser educador hasta el momento en que él ya no sea necesario. El dirigente debe hacer-hacer, es decir, dar responsabilidades, y hacer-pensar (34).

que él ya no sea necesario. El dirigente debe hacer-hacer, es decir, dar responsabilidades, y hacer-pensar (Alvarez, 1989).

Probablemente en la comunidad de Laguna de Perlas es donde existe mayor capacidad de liderazgo, derivado de su mayor nivel académico y experiencia anterior en el manejo de proyectos comunitarios.

Los líderes formales o políticos son los que tienen menor imagen personal ante la comunidad pero su fuente de poder está determinada por la posición en que se encuentran, es decir, su jerarquía con respecto a la comunidad y las relaciones que establecen formalmente con las instituciones del Estado y otras externas a la comunidad.

La comunidad aspira que sus líderes posean determinadas cualidades, esto no siempre se logra con los líderes políticos y líderes formales. Probablemente lo más importante en un líder es que posea principios y valores, ya que los conocimientos y habilidades se pueden lograr con la capacitación y el acompañamiento técnico.

Algunas cualidades deseables en los líderes comunitario son las siguientes (Patton y Cisell, 1990):

- Ejemplar. El líder debe ser un ejemplo, debe conducir a partir de su ejemplo.
- Poseer una visión y la capacidad de dar a la comunidad algo en qué creer. Lograr comunicar y motivar a otros a poner su mejor esfuerzo.
- Creatividad
- Integridad.
- Otros valores son: honestidad, humildad, disposición permanente, convicciones firmes, solidaridad, disciplina.

Es importante reflexionar sobre la necesidad de transformar la conciencia de los líderes, puesto que no basta con aumentar las capacidades de conducción. De hecho algunos líderes autoritarios podrían fortalecer su poder al obtener mayores herramientas durante la capacitación.

El proceso de transformación de la conciencia es gradual y en la práctica, además es un proceso colectivo (Pérez, 1986). La decisión de emprender el camino de la conciencia sólo la puede hacer el mismo líder. De hecho muchos líderes prefieren mantener el status quo.

Es necesario conocer las características del liderazgo y la estructura de poder en la comunidad. Para democratizar el liderazgo en una comunidad, primero hay que conocer las bases y fuentes de poder de los líderes comunitarios, hay que analizar las debilidades y tratar de transformar la conciencia, si hay más tiempo ampliar la base de poder.

El liderazgo femenino tiene importantes diferencias marcadas por las características culturales de las etnias, así se observa que en miskitos y mestizos, en quienes es muy marcado el rol cultural asignado a los sexos, la mujer asume un rol doméstico.

Tanto en las mujeres miskitas como en las mestizas se puede encontrar un mecanismo de impotencia aprendida, que se produce cuando la gente percibe que es incapaz de alcanzar los objetivos personales que se propone, en un mundo, donde aparentemente hay igualdad de oportunidades. Progresivamente se produce un daño psicológico que se va internalizando como una falta propia, más que del sistema social (Wallerstein, 1992). Da la impresión que estas etnias, las mujeres han perdido el sentido de ganar el control de sus propias vidas

El empowerment o “empoderamiento” es una construcción de múltiple nivel (individuo, organización y comunidad) que implica gente asumiendo el control sobre sus vidas en el contexto de su ambiente político y social. Desafortunadamente el uso del empowerment en salud pública ha enfocado sólo en el nivel individual: la posibilidad de que la persona cambie su estilo de vida hacia formas saludables.

Las intervenciones que intentan cambiar el locus de control interno, sin cambiar las condiciones del ambiente, pueden incrementar la frustración y conducir a impotencia aprendida. Este es el caso que se presenta cuando contribuimos a que las mujeres aumenten su autoestima, pero no es posible cambiar la relación entre los sexos en una comunidad, ni se crea opinión pública para la participación de las mujeres en el liderazgo de la comunidad. Cuando las mujeres exijan sus derechos sin que los hombres se hayan sensibilizado ante esto, es posible se desencadene mayor violencia contra las mujeres y actúe el mecanismo de impotencia aprendida.

La participación de la mujer en el liderazgo comunitario se debe alcanzar a través de las organizaciones comunitarias, sean estas de mujeres o mixtas, desarrollando destrezas habilidades y destrezas, que permitan la equidad de género en la salud y el desarrollo de la comunidad.

Existe bastante consenso de que el empowerment comunitario se logra a través de organizaciones mediadoras, en este caso las organizaciones comunitarias. En las organizaciones comunitarias es donde se forman identidades y se crea un propósito. Solo interactuando con otros, la gente adquiere características esenciales para el “empoderamiento”: el control, el pensamiento crítico, la concientización, la coherencia (Labonte, 1994).

Uno de los mayores inconvenientes es que las organizaciones comunitarias podrían tener vida corta o poca funcionalidad, dado que sus miembros y dirigentes son voluntarios (Florin y Wandersman, 1990), que trabajan con la convicción de lograr cambios en la comunidad, pero que a veces pasa mucho tiempo antes de ver un impacto sostenible.

Existe una importante cantidad de organizaciones comunitarias, exceptuando las comunidades mestizas del río Wawashang. Hay capacidad organizativa espontánea de la comunidad para resolver sus problemas, un ejemplo de esto son las cooperativas, el Consejo de Ancianos y la Sociedad de Enfermedad, que se puede considerar está conformada por grupos de ayuda mutua en tres comunidades garífunas. Los garífunas también han encontrado la necesidad de fortalecer su identidad étnica y han formado una organización para alcanzar ese objetivo.

Por otro lado, las instituciones que intervienen en estas comunidades han formado sus propias organizaciones contrapartes en la comunidad. Algunas de las organizaciones comunitarias más activas han sido formadas por la iglesia Morava (Movimiento de Mujeres y Young People Fellowship) o por AMC (Movimiento de Brigadistas, Comités de Salud).

La diversidad de organizaciones no logra establecer estrategias de desarrollo integral en las comunidades a falta de un esfuerzo aglutinador o de una organización coordinadora. Contrario a esto, existe un cierto nivel de competencia entre las organizaciones comunitarias por el liderazgo de la comunidad y el financiamiento. Muchas veces esta competencia ha sido estimulada indirectamente por las instituciones financiadoras de los proyectos comunitarios, cuando se han formado estructuras paralelas a las ya existentes.

Algunos problemas que pueden surgir producto de la proliferación de organizaciones, sobre todo estimuladas por agentes externos a la comunidad (Anello, 1997):

- Diferentes organizaciones pueden competir entre sí para el apoyo de la población, y por el financiamiento para sus proyectos. Es aconsejable que si se forman varios comités, exista una estructura coordinadora central en la comunidad.
- Los miembros de las organizaciones pueden volverse una élite local, beneficiándose sólo ellos y sin preocupación por los demás miembros de las comunidades.
- Las organizaciones pueden llegar a ser manipuladas por agencias externas o por individuos que buscan beneficios personales. A menudo los comités son nombrados por un agente externo o representante del proyecto, en base a su propio conocimiento o después de hacer consultas. Esta intervención tiende a crear organizaciones dependientes de la agencia externa y actúan como representantes de ésta ante la comunidad.

Existe una baja capacidad para el trabajo en redes para lograr una incidencia mayor ante otros actores sociales. Esto pudiera ser atribuido a cierto etnocentrismo en la población. La formación de redes de organizaciones comunitarias ha sido una estrategia que ha tenido éxito en comunidades del río Coco y Tasba Pri.

La movilización de recursos puede ser clasificada como alta, aunque no de forma completa. Existen agentes voluntarios elegidos por la comunidad de acuerdo a ciertos criterios establecidos por ellos mismos, pero luego pasan a asumir un rol dependiente del personal de salud en la capacitación, abastecimiento y el control de su desempeño.

Los agentes comunitarios tienen diferente nivel de especialización o responsabilidad en la comunidad, asimismo reciben capacitación diferenciada por parte del equipo de AMC.

Los mecanismos para la selección de agentes comunitarios son diversos:

- Personas que se presentan voluntariamente (a veces con la aprobación de la comunidad y a veces sin ella) como candidatos.
- Personas propuestas por las autoridades locales (directivas comunales, líderes naturales, líderes religiosos, maestros, etc.), con una aprobación final de la comunidad;
- Selección por el personal de salud (médicos, enfermeras) en base a cualidades observadas en la persona.
- Elección democrática por la comunidad en base a criterios preestablecidos.
- En el caso de las parteras el mecanismo es más tradicional, la transmisión de los conocimientos se hacen de una generación a otra y poco a poco logran el reconocimiento de la comunidad en base a la experiencia alcanzada

Los agentes comunitarios presentan obstáculos producto de sus limitaciones económicas y la necesidad de realizar las actividades cotidianas que garanticen su subsistencia, y no en todos los casos reciben el apoyo esperado y merecido de sus comunidades. Esto les resta tiempo efectivo a las actividades de salud.

El rol de los agentes comunitarios varía de país en país, pero el concepto básico es un programa donde los miembros de la comunidad llegan a involucrarse en su salud y eligen algunos residentes para ser entrenados para la atención primaria en salud (Bastion, 1990).

Los agentes comunitarios pueden cerrar la brecha entre la medicina moderna y la medicina tradicional, o entre el sistema de salud oficial y el sistema comunitario de salud. Algunas veces juegan el papel de intermediarios entre el personal de salud y agentes de medicina tradicional en las comunidades. De hecho los agentes comunitarios utilizan recursos de los dos sistemas para resolver los problemas de salud de su comunidad.

Sin embargo a veces se puede encontrar hostilidad entre agentes comunitarios de salud y agentes de medicina tradicional producto de la cooptación de los agentes de salud comunitaria por el sistema médico oficial.

La capacitación tradicional tiende a alienar a los agentes comunitarios y a alejarlos de la comunidad, negando la más importante característica que es ser uno del pueblo y llegar a ser un agente comunitario (Matomora, 1989). Mientras los planificadores consideran que el agente comunitario es uno de la comunidad y por tanto la comunidad debería sostenerlo, la comunidad lo considera como impuesto.

La terminología médica aprendida con la capacitación y la reputación de la medicina moderna ubican al agente comunitario en un mayor status que su propia comunidad, reproduciéndose una práctica educativa bancaria en donde a la comunidad "hay que enseñarle".

Si el personal de salud no hace mucho énfasis en la prevención/promoción, sino en la atención basada en clínicas u hospitales, debe esperarse que el agente comunitario se comporte como el "pequeño médico" de su comunidad, replicando esta práctica.

Los agentes comunitarios interactúan no sólo con los agentes de medicina tradicional y el equipo de terreno de AMC, sino con el personal de salud del MINSA. Desafortunadamente el abordaje del personal MINSA hacia los agentes es instrumental, como una estrategia de aumentar la cobertura de los servicios de salud estatales o preparar las condiciones en la comunidad para la atención médica y de enfermería por el personal

La ambivalencia de los trabajadores en el sistema de salud formal hacia los agentes comunitarios de salud ha sido un obstáculo al desarrollo de los programas de atención primaria en muchos países. En muchos programas, los agentes comunitarios no son tratados como iguales, e invierten mucho de su tiempo en crear facilidades de trabajo al staff de enfermería en vez de sus propias comunidades. Este problema es particularmente serio cuando los agente comunitarios son voluntarios (Ruebush et. al., 1994).

En 1981 el MINSA comenzó el entrenamiento de un tipo de trabajador comunitario de salud llamado brigadista de salud. Desde entonces hay dos tipos esenciales de brigadistas:

- El primer grupo consiste en brigadistas de jornada, quienes fueron reclutados para proveer mano de obra en las campañas nacionales de salud o jornadas y que se continúa utilizando durante las Jornadas Nacionales de Salud. Este tipo de brigadistas se encuentra en ciudades, en este caso en Bluefields. Usualmente son jóvenes estudiantes.
- El segundo grupo son los brigadistas de atención primaria de salud. Este grupo realiza una variedad de tareas curativas, preventivas y de promoción de la salud, aunque con variación considerable de comunidad a comunidad. Este es el tipo de brigadistas que se observan en la mayoría de comunidades rurales de la Costa Atlántica. Usualmente son personas adultas con mayor responsabilidad en la vida comunitaria.

Ya en 1981 se valoraba que los brigadistas urbanos no parecían cumplir con los objetivos del agente de salud comunitario. Estos brigadistas parecían ser parte del equipo de salud profesional más que agentes comunitarios que trabajan de forma semi-autónoma y que son responsables ante la comunidad primero (Scholl, 1981).

De hecho existía un desacuerdo dentro del MINSA entre la División de Atención Primaria y la División de Educación y Comunicación Popular en Salud. La División de Atención Primaria afirmaba que el rol de los brigadistas es el de extensores del staff clínico en la comunidad, mientras la División de Educación y Comunicación Popular en Salud afirmaba que los brigadistas debían ser más autónomos y responder más a la comunidad que al Ministerio de Salud. El dilema es control comunitario versus control profesional.

En algunas comunidades se considera a los agentes comunitarios como asalariados de AMC y por eso no tiene mucho apoyo de la comunidad, quien interpreta el papel desempeñado por el agente como una obligación suya y no una contribución a la comunidad. Esto podría ocasionar la desmotivación de estos agentes y su deserción a mediano plazo, de no establecerse incentivos y recompensas, así como su revalorización por parte de la comunidad.

Hay que estar atentos a las motivaciones de los agentes comunitarios. En parte los agentes asumen que ayudando a su comunidad se benefician a ellos mismos y sus familias, otros tiene expectativas de lograr un empleo con la institución o mayor capacitación. De hecho algunos han sido becados para sus estudios técnicos en enfermería. Es necesario tener presentes que la participación voluntaria de los agentes también significa tiempo y un aporte a veces intangible.

El status de los agentes comunitarios es usualmente bajo donde ellos realizan sólo actividades de educación y son mejor valorados por sus comunidades cuando son capaces de proveer algún medicamento, sin embargo esto varía de comunidad en comunidad.

Usualmente se asume que las comunidades tendrían la voluntad de apoyar (mantener) a sus agentes comunitarios monetariamente o en especies, sin embargo esto no es así en parte porque la comunidad no percibe que los beneficios son mayores que los costos, aun si el agente comunitario tiene medicamentos para prescribir. Por otro lado pocas comunidades ven la ventaja de pagar por servicios preventivos o de promoción de la salud (Wall et. al., 1989).

El apoyo del sistema de salud oficial es de extrema importancia a la moral y por lo tanto al nivel de actividad e interés del agente comunitario. Su prestigio se ve disminuido cuando el personal de salud falto de ética critica los procedimientos diagnósticos, terapéuticos, o maltrata a los pacientes referidos a las unidades de salud.

Poco a poco los comités comunales han venido asumiendo el control del desempeño de los agentes comunitarios, pero hasta ahora esta función ha descansado principalmente en el equipo de AMC. La gente tiene sus apreciaciones del trabajo de los agentes comunitarios, pero hasta ahora no han un mecanismo muy claro. Lo que es evidente es la evaluación de los resultados del desempeño de los agentes concretados en la modificación de indicadores de salud en la comunidad y la calidad de su trabajo, más que el proceso mismo.

El nivel de participación de la comunidad en la gestión es el de co-gestión o co-administración, es decir, tanto AMC como la comunidad comparten la gestión de la salud en las comunidades. Sin embargo con relación al MINSa la comunidad asume un rol colaborador, ya que los planes de esta institución son elaborados por sus funcionarios sin la participación de la comunidad.

A partir del año 1992 se ha venido utilizando la investigación acción participativa como metodología en las comunidades, tanto AMC como la comunidad adquieren compromisos a partir de este proceso. La comunidad pone sus recursos en función de la intervención que se ha decidido en conjunto con AMC, aunque también la institución tiene algunas prioridades derivados de los intereses

propios y de las agencias financieras.

Un problema que se presenta en la intervención del MINSA es la imposición de la colaboración de la comunidad en la implementación de decisiones ya determinadas por los funcionarios de esa institución. En otras ocasiones el personal de salud limita la colaboración de la comunidad pretendiendo actuar con autosuficiencia.

La comunidad reconoce la importancia de darle continuidad a la intervención en salud y desarrollo, aun si AMC se retirara de las comunidades, sin embargo no existe un mecanismo establecido que garantice la apropiación del proyecto por parte de la comunidad.

No se puede garantizar la autosostenibilidad de la gestión en la salud, sobre todo cuando nos referimos a la sostenibilidad del sistema de salud occidental y no el sistema tradicional, que dicho sea de paso, se ha debilitado en los últimos años tal vez producto del acceso de la población a los servicios de salud oficiales.

Es preferible hablar de sostenibilidad en los siguientes términos y no solamente en términos económicos (Espinoza, 1998):

- La existencia de recursos autóctonos capacitados para continuar con las acciones, o conducir de forma participativa el desarrollo de la comunidad.
- Participación autogestionaria de la comunidad. La comunidad tiene el poder y la capacidad (formas organizativas, liderazgo democrático, movilización de recursos) de buscar opciones, tanto dentro de la comunidad, con la población, como fuera de ella, con la integración de otros actores sociales al desarrollo.
- La existencia de servicios alternativos en la comunidad, que rompan con la dependencia extrema hacia el medio externo, ej. la incorporación de la medicina tradicional.
- La incorporación del enfoque de desarrollo al sistema de valores en la comunidad, mediante un proceso de concientización y reflexión crítica.
- Condiciones del contexto (político, social y económico) favorecen la sostenibilidad del nivel de vida alcanzado por la población. El Estado tiene una gran responsabilidad para garantizar la equidad y la justicia social.

En este sentido, se puede encontrar que mucho del camino se ha recorrido, pero también falta otro trecho no menos importante. Podemos encontrar la presencia de actores sociales relevantes para la intervención en salud como el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, sin embargo es necesario fortalecer el liderazgo comunitario, los mecanismos de relacionamiento de la comunidad con las instituciones del Estado y la sociedad civil para la coordinación intersectorial e intrasectorial,

la formación de redes de organizaciones comunitarias y la capacidad de actuación ante problemas comunes.

La participación de las mujeres en la gestión de la salud, tiene las mismas características encontradas en el liderazgo femenino: la mujer mestiza y la miskita asumen un rol que puede entenderse como la extensión de su rol doméstico y que está limitado a la aprobación de su marido y la opinión pública en la comunidad.

Si bien es cierto, existen patrones culturales que determinan este comportamiento, también lo es el hecho que las mujeres tengan menor nivel de instrucción. En la comunidad indígena rama se ha demostrado que cuando las mujeres logran contribuir a la vida productiva de la comunidad y mejoran su escolaridad, alcanzan el reconocimiento público de la comunidad (AMC, 1999).

2. Las instituciones y la participación comunitaria

El abordaje de trabajo en salud en la comunidad ha tenido características diferenciadas entre AMC y el MINSA, en parte debido al esquema rígido y burocrático de las instituciones del Estado en comparación con las ONG y al modelo de atención del MINSA que carece de elementos para el trabajo con la comunidad.

Las políticas de ajuste estructural han tenido repercusión en el sistema de salud, bajo el título de reforma del sector salud. Mientras se propone que la participación social contribuiría a crear viabilidad política y económica a las intervenciones de salud (Zeledón, 1991), por otro lado no existe apertura para la participación social en la gestión de la salud dentro del sistema.

Golladay y Liese citados por Zakus (Zakus, 1988), concluyeron en un trabajo del Banco Mundial que:

“La participación comunitaria es muy importante en varios sentidos. Desde el punto de vista del ministerio de salud, la participación local es un mecanismo para movilizar recursos económicos adicionales. Localmente, la atención autosuficiente a la salud también resulta atractiva debido a que reduce la dependencia de las áreas rurales con respecto a los presupuestos periódicos del gobierno central o regional... La participación local en el diseño y la inspección de un programa de salud bien puede significar una mejor aceptación y por lo tanto utilización”.

El modelo de atención de MINSA concibe de forma utilitaria o instrumental la participación de la comunidad. Sólo se motiva la participación social para determinados momentos, durante las jornadas nacionales de salud, campañas de vacunación o jornadas de control vectorial, cayéndose posteriormente en períodos de aletargamiento. El desarrollo de la participación comunitaria ha sido coyuntural, perdiéndose la continuidad y la acumulación de experiencias en las comunidades.

En su concepción, los SILOS implican una gestión descentralizada para resolver problemas de salud locales con modalidades participativas. Esto supone traslado de funciones, poder y recursos de las estructuras centrales al nivel local para que en conjunto con otros actores sociales actúen sobre problemas comunes.

Aun con todo el discurso teórico-metodológico de los SILOS, la participación comunitaria en la gestión ha sido pobre. Esto es porque tampoco el sistema de salud se ha logrado reorganizar hacia una gestión participativa en que interactúen servicios de salud institucionales y la comunidad a pesar de propuestas concretas y experiencias exitosas (Niremburg y Perrone, 1990).

Durante varios años el proyecto de AMC ha puesto atención en la formación de recursos humanos autóctonos que luego serían contratados por el MINSA para garantizar la presencia de esta institución de las comunidades. Dado que las personas han salido de las mismas comunidades, habría poca rotación de personal y gran aceptación por la comunidad.

No todos los recursos humanos de la cuenca han sido becados por AMC, tampoco han pasado por el proceso de selección por parte de la comunidad, ya que algunos de ellos se han formado mediante sus propios recursos y por interés propio.

Al momento de la selección de los candidatos en las comunidades miskitas y mestizas, se encuentra el problema de la baja escolaridad en la población, y la falta de instituciones educativas en algunas de estas comunidades.

La formación que recibe el personal en las escuelas de enfermería y aun en la universidad, no los capacita para el trabajo comunitario, de ahí que actúen dentro del ámbito de las unidades de salud, sin mucha proyección hacia la comunidad.

La comunidad reconoce la capacidad asistencial y preventiva del personal de salud, pero obviamente no existe capacidad para la promoción de la salud. Este fenómeno está en correspondencia con el modelo de atención en salud promovido por el MINSA.

El personal de salud aún no logra insertarse en acciones conjuntas con la comunidad y su voluntaria participación, manteniendo cierta distancia profesional con los agentes comunitarios de salud.

Desde la época de los 80, la participación de la población en la ejecución de acciones contribuyó a la ampliación de la cobertura de los servicios:

"La participación comunitaria fue y debe seguir siendo la base fundamental en la extensión de la cobertura de los servicios de salud en la atención Primaria, la formación de los Consejos Populares de Salud con representantes de las organizaciones comunales, sindicales, gremiales, culturales, religiosas, políticas, filantrópicas y representantes del Ministerio de Salud, donde sea analizada la situación de Salud y se definan las actividades y participación de todos los sectores involucrados" (MINSA, 1992).

La OPS/OMS han afirmado que el papel de la población no es el de reemplazar al Estado, ni asumir las responsabilidades de éste, sino negociar y convenir con sus instituciones la mejor forma de resolver los problemas y asumir una función de auditoría frente al desempeño de aquellas instituciones y organizaciones, incluyendo las comunitarias, que efectúen acuerdos orientados a lograr el objetivo de salud (OPS/OMS, 1990).

En los últimos años el MINSA se ha propuesto la implementación de un modelo integrado de atención, sobre todo en el campo materno-infantil. Al hablar de modelos integrados nos referimos a la integración de la promoción de la salud, prevención de enfermedades y asistencia médica en la prestación de los servicios de salud.

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 de las comunidades. Los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud, suponían constituirse en un modelo para la implementación descentralizada de la estrategia de atención primaria en salud, sin embargo se han convertido en una estructura burocrática más del sistema.

Es contradictoria la organización vertical de los servicios de salud con la participación social, así como el predominio de los modelos médico-asistencialistas y la concepción biomédica de la salud que no dejan espacios para la promoción de la salud. De hecho puede observarse que tanto en la etapa de formación de los recursos como en la vida profesional, se le asigna un valor muy bajo a la salud pública en comparación con las áreas clínicas.

El modelo organizativo de los servicios de salud ha estado determinado más por las normas y especialización en cada programa que por el comportamiento y distribución de los problemas de salud. Solamente en los puestos de salud es donde se observa algún grado de interacción comunitaria, pero el sistema como tal no favorece esta interacción, sino que muy frecuentemente es parte de la creación de viabilidad para la ejecución de acciones en la comunidad.

Se ha fundamentado el logro de la participación comunitaria en campañas de salud, comedores infantiles, URO comunitarias, parto domiciliar atendido por parteras. Estos indicadores sólo denotan el modelo instrumental promovido.

Un estudio exploratorio realizado en una comunidad multicultural entrevistó a una muestra del personal de salud encontró que un punto de tensión es que la práctica general está orientada a individuos y grupos más que a la comunidad (Brown, 1994).

Históricamente el abordaje del personal de salud ha sido bio-médico e individual, sin embargo otras profesiones en el equipo de atención primaria, como educadores, psicólogos, trabajadoras sociales, tienen orígenes más orientados a la comunidad. Esta es la razón por la que los equipos de atención primaria deben ser multidisciplinarios y no estar conformados solamente por médicos y enfermeras.

También se ha argumentado que el MINSA ha creado instrumentos para la participación de la comunidad en la gestión, como el llamado sistema de vigilancia epidemiológica. Sin embargo estos instrumentos han sido diseñados para que el MINSA mejore la eficiencia en la recolección de la información epidemiológica, pero no para que la comunidad pueda analizar su situación de salud y proponer soluciones conjuntas con el sistema de salud.

Según la OMS el involucramiento activo de la comunidad en la planificación y la gerencia de la salud, es aun poco común debido en parte a que la planificación de la salud pública tiende a ser un proceso de arriba hacia abajo, donde un grupo de expertos identifican las prioridades de salud y deciden las actividades para resolverlas (Tarimo y Webster, 1995). La participación comunitaria es excluida cuando las prioridades de salud y las soluciones, incluido los tipos de trabajadores comunitarios y servicios necesarios, han sido determinados en el nivel central.

En un estudio realizado en 1987 acerca de los factores en el abordaje participativo del control de las enfermedades se seleccionaron el Programa de Erradicación del Gusano de Guinea de Ghana y el Programa de Control de la Tuberculosis en Ghana y Nicaragua (Bermejo y Bekui, 1993)

El estudio expone que la participación en el control de las enfermedades puede ser organizada como una campaña masiva o como un servicio continuo. En las enfermedades controladas por vacunación, es más conveniente el abordaje por campañas. Aquellas enfermedades que requieren tratamiento a largo plazo necesitan programas integrados en la estructura de la atención primaria. En Nicaragua las campañas masivas de salud fueron efectivas en el control de la polio, sarampión y, en cierta medida, malaria; pero no pudieron ser aplicadas a la tuberculosis.

Por otro lado existe una actitud paternalista de los trabajadores de salud y otros profesionales derivado el modelo asistencialista: El personal de salud indica o prescribe el tratamiento esperando que el paciente lo acepte sin ningún cuestionamiento.

En Inglaterra las autoridades de salud han sido exhortadas por una sucesión de formuladores de políticas a trabajar más cercanamente con la población en la identificación de necesidades y opciones preferidas en la atención de salud.

En 1992 se establecieron los Foros de Salud Mental, en Malville, con el fin de identificar necesidades, preferencias y prioridades en salud mental. Las autoridades decidieron que los directivos, agendas y procedimientos deberían ser determinados por los miembros. En una evaluación realizada, se encontró que estos foros tenían limitado impacto, debido a que las autoridades de salud y el área de servicio social no respondían a muchos de los aspectos planteados por los foros. Esto confirma la hegemonía política, gerencial y clínica del sistema de salud británico (Milewa, 1997).

Las ONG progresistas tienen como principal propósito “empoderar” a la población postergada, trabajando a nivel de base, a pequeña escala, de una forma comprometida, facilitando la formación de redes comunitarias y concertación de actores sociales, y proveyendo herramientas para la relación de la sociedad civil con el Estado (Craig y Mayo, 1995).

El punto de vista de las ONG pertenecientes al Grupo Internacional de ONG sobre Atención Primaria en Salud, es que la atención primaria en salud se ha venido aplicando en términos estrictamente médicos, sin considerar los factores sociales, económicos o políticos que la condicionan (CMC, 1994).

Lo fundamental en la estrategia de atención primaria era la participación de la comunidad, pero poco a poco la participación comunitaria ha sido secuestrada por el enfoque económico de la asistencia en salud, donde se necesita disminuir los costos de la asistencia expensas de que la comunidad asuma los costos, ya sea aportando mano de obra o pagando por los servicios que recibe.

Cada modelo de atención para la implementación de la atención primaria asigna un papel diferente a la participación comunitaria en salud, desde un enfoque utilitario, como en la Atención Primaria Selectiva y los Sistemas Locales de Salud, hasta un enfoque democrático de gestión como en el Modelo de Atención Basado en la Comunidad y la Salud Comunitaria (Espinoza, 1999).

Es necesario el compromiso del Estado en los programas de salud comunitaria, de otra forma las acciones comunitarias y de las ONG permanecen al margen de las intervenciones de salud del Estado. Frecuentemente los ministerios de salud dejan la promoción de la salud y la prevención en manos de las ONG, asumiendo aun con limitaciones la asistencia en salud y escasas estrategias preventivas.

Cada vez se hace más apremiante la integración de promoción de la salud, prevención de enfermedades y asistencia en salud y la concertación de instituciones del estado, organizaciones de la sociedad civil y organizaciones comunitarias para enfrentar problemas comunes.

El comportamiento de la participación comunitaria en los proyectos de salud, está condicionado en parte por la agencia financiadora (Kadt, 1982):

- **Financiamiento del gobierno con orientación conservadora:** Si las comunidades son tomadas en cuenta por las organizaciones oficiales, usualmente se trata de seguir las directivas que vienen desde arriba. Muchos de estos programas realmente tienen un mínimo de efectividad en participación comunitaria y un máximo de regalías, paternalismo e imposición de normas que destruyen toda iniciativa.
- **Financiamiento por organizaciones no gubernamentales con orientación conservadora:** Lo típico de este ejemplo son las organizaciones religiosas fundamentalistas o mesiánicas, quienes aíslan a sus adeptos de toda preocupación sobre los problemas relacionados con la estructura socioeconómica.
- **Financiamiento gubernamental con orientación reformista o radical:** Se reconocen fácilmente este tipo de experiencias en países como Chile durante el gobierno de Allende, Costa Rica, México y por supuesto Cuba.

- Organismos No Gubernamentales con orientación reformista o progresista: Probablemente la mayoría de las agencias en Latinoamérica en el presente trabajan con el enfoque reformista. Son programas que influyen favorablemente el bienestar de la comunidad a largo plazo, que le ayudan a permanecer en sus propios pies, que genuinamente estimulan la responsabilidad, la iniciativa, la toma de decisiones y la autoconfianza en el nivel comunitario, y que construyen la dignidad humana.

AMC recibe su financiamiento principalmente de organizaciones no gubernamentales progresistas, y este es el caso de Laguna de Perlas, sin embargo como hemos explicado anteriormente otras instituciones y el Estado mismo, intervienen en estas comunidades.

Las ONG proliferaron en América Latina a consecuencia de procesos de democratización o bien por la incapacidad de los gobiernos para atender demandas de servicios. En Nicaragua se observa un vertiginoso incremento en su número a partir de 1990.

Frecuentemente las ONG funcionan como mediadoras entre las instituciones del Estado y las comunidades. Fomentan la organización y participación de la comunidad, facilitando el fortalecimiento de las redes sociales a nivel de comunidades y la interacción entre los diferentes actores sociales (Motta, 1996).

Peligrosamente la población y el Estado mismo han comenzado a ver a las ONG como sustitutos de este último en la prestación de servicios públicos. La mayoría de ONG actúan de forma localizada, y en parte esto se constituye una fortaleza si lo vemos desde el punto del acercamiento a la comunidad. Las ONG tratan de defender los intereses de los postergados, y debido a esto frecuentemente son consideradas de izquierda por gobiernos no democráticos o autoritarios, aunque realmente no son organizaciones políticas.

Las instituciones de salud del Estado de muchos países han dirigido duras críticas al trabajo de las ONG, basadas en los argumentos de que trabajan a pequeña escala, que el bajo costo de sus intervenciones podría significar baja calidad de las mismas por un limitado financiamiento, y la flexibilidad entendida como signos de baja sostenibilidad.

Los hechos han logrado que poco a poco regresen sobre sus propios argumentos, reconociendo la gran eficiencia del trabajo de las ONG locales, sobre todo por la participación social que genera su acción intersectorial. Han reconocido la importancia del desarrollo de los sistemas de salud en el nivel local como un intento de acercar las instituciones a la comunidad, así como la importancia de acciones conjuntas en salud (Lavandez, 1990).

Las ONG desarrollan modelos innovadores de intervención en las comunidades, así como modelos gerenciales ágiles. Tienen la capacidad de construir redes de organizaciones con aptitudes para influenciar la formulación de políticas nacionales, a través del estímulo a la participación ciudadana y a la movilización de otros recursos políticos.

AMC impulsa un modelo de salud comunitaria que enfatiza en la promoción de la salud y tiene como ejes centrales la participación y “empoderamiento” de la comunidad, aunque el modelo gerencial del proyecto podría presentar algunos obstáculos para el modelo de prestación de servicios propuesto.

La educación en salud a la población, durante las visitas a las comunidades o por medio de los agentes comunitarios ha estimulado la participación consciente e informada de la población.

Algunas características remarcables del modelo de prestación de servicios de AMC en relación a la participación comunitaria en la cuenca de Laguna de Perlas son:

- Un modelo de atención que enfoca en la promoción de la salud, complementario al modelo de atención del MINSA que enfoca en la asistencia y la prevención de enfermedades.
- Relaciones horizontales con la comunidad y sus líderes. Esto se expresa a través del respeto mutuo, constante comunicación y negociación en igualdad de condiciones.
- Descentralización de la gestión institucional en el equipo del proyecto, permite negociar y concertar con la comunidad para intervenir en los problemas de salud locales.
- La comunidad y la institución conforman una alianza para resolver los problemas locales. Se establece un contrato moral a partir de la conjugación de intereses entre la comunidad y la institución para enfrentar los problemas de salud y desarrollo comunitario. Tanto la comunidad como AMC adquieren compromisos con el plan establecido.

La institución ha preferido trabajar con los agentes comunitarios y comités de salud en las comunidades que la estructura de poder existente y las organizaciones tradicionales. Esto es comprensible dada la falta de funcionalidad de los comités comunales y su polarización política, sin embargo no contribuye al fortalecimiento y democratización del liderazgo en la comunidad.

Un abordaje más apropiado sería en un primer intento lograr la concientización de los líderes comunitarios actuales, mientras se capacitan líderes verdaderamente comprometidos con la salud y desarrollo de la comunidad (multiplicación del liderazgo), y se hace conciencia a la comunidad sobre el liderazgo efectivo, estimulándolos a elegir líderes con este tipo de características.

A corto plazo sería aconsejable trabajar con una asamblea de beneficiarios, integrada por los actores comunitarios más importantes, que permita una coordinación efectiva, la retroalimentación de la gestión del equipo del proyecto y la viabilidad de la intervención.

Según Menéndez, la Participación Social en América Latina ha conducido frecuentemente a cuestionar o generar rupturas de los sistemas sociales locales. En lugar de fortalecerlos los ha debilitado. Ha sido un mecanismo importante de captación de líderes comunitarios previamente autónomos, asignándoles un rol subalterno al sistema de salud oficial, y ha creado nuevas estructuras comunitarias basados en sus propios paradigmas de lo que es una comunidad organizada (Menéndez, 1995).

En este abordaje, sólo comunidades organizadas en la perspectiva médica del personal de salud pueden participar en la atención primaria, porque el sistema de salud no logra interactuar con otras comunidades más auténticas que cuentan con sus propias formas organizativas.

Esto no implica que la cultura debe regresar atrás, hacia lo tradicional. Toda cultura tiene una evolución espontánea o inducida por agentes externos. El respeto a la cultura implica que la evolución cultural se da a partir de la reflexión de la propia gente. Por ejemplo, en comunidades indígenas donde el rol del anciano esta más limitado producto de la evolución cultural, aculturación o adaptación cultural, no será efectivo el trabajo con el Consejo de Ancianos porque probablemente éste habrá perdido su liderazgo en la comunidad.

El proyecto ha utilizado dos métodos de planificación. Por un lado la investigación acción participativa en las comunidades, y por otro el marco lógico de proyecto ante la agencia financiadora.

El principal problema es que los dos no guardan correspondencia entre sí, a no ser porque en el diseño del proyecto se han dejado abiertas actividades productos de las iniciativas comunitarias, bajo el título apoyo a "microproyectos comunitarios", es decir frecuentemente se comportan como procesos paralelos. Esto es debido a que las agencias solicitan las aplicaciones de proyectos con mucha anticipación, que no permiten un proceso totalmente participativo.

En otros períodos el abordaje metodológico ha sido más adecuado: Siguiendo la metodología de investigación acción participativa se han identificado los problemas con la comunidad, se han propuesto líneas de intervención y compromisos específicos. El equipo técnico del proyecto incorpora estos elementos a otros de carácter institucional para diseñar el proyecto usando la metodología de marco lógico.

Elementos facilitadores han sido la buena comunicación y relación del equipo del proyecto con la comunidad, así como la eficiencia demostrada de la intervención, en términos de los compromisos adquiridos con la comunidad, y la efectividad en términos de los resultados observables en la comunidad.

Existe gran aceptación de la tecnología propuesta por el proyecto, específicamente referido a la autoconstrucción de infraestructura higiénico-sanitaria y huertos comunitarios. Esto puede ser atribuido a la participación de la población en la modificación de la tecnología, la educación sanitaria realizada en todos estos años y la asesoría técnica permanente de los miembros del equipo de AMC.

Existen experiencias que demuestran que la gente se organiza y participa en torno a aspectos considerados vitales. A la gente le preocupan más los alimentos y el agua, que la atención médica. Poco a poco logran adquirir conciencia de la relación del ambiente higiénico-sanitario y la alimentación con la salud. Esto sólo es posible cuando el personal de salud también ha cambiado su paradigma para entender el proceso salud-enfermedad (CMC, 1993).

3. Multiculturalidad y participación comunitaria

Según refiere Ugalde (1987), científicos sociales de los USA, en estudios realizados en los años 50 concluyeron que era necesaria una "modernización de los valores en los campesinos y pobres urbanos, sugiriendo cambios a través de manipulación de culturas y valores, en un proceso llamado ingeniería social.

El sistema de valores del campesinado y de los pobladores urbanos pobres fue mal comprendido por académicos y expertos, interpretándose como un obstáculo para el desarrollo de la comunidad.

Frecuentemente las instituciones nativas fueron destruidas, y formas organizativas "modernas" que respaldaban el autoritarismo, la centralización y las desigualdades fueron introducidas forzosamente en las poblaciones por expertos y agentes gubernamentales.

La educación sanitaria ha servido en algunos casos para imponer criterios basados en paradigmas del personal de salud, y dirigida a modificar la cultura de la comunidad de una manera intrusiva o encubierta.

Experiencias en comunidades étnicas han demostrado que las ideologías tradicionales pueden promover la cooperación y la solidaridad, en cambio las ideologías modernas fomentan el individualismo y la competencia.

Existe una relación inversa entre aculturación y participación comunitaria. Cuanto mayor sea la identidad étnica de los grupos y mayor su sentido de pertenencia a la comunidad, mayor será el deseo de que la situación de su comunidad mejore, y tomará conciencia de la necesidad de participar.

Con el desarrollo de la Atención Primaria en Salud en los 70 aparecieron dos puntos de vista en relación al papel de la cultura en la salud. El primer punto de vista, sostenido principalmente por planificadores y el personal de salud, veía la cultura como un conjunto de "creencias" y "costumbres" que representaban obstáculos potenciales a la introducción de nuevas medidas de salud. El segundo punto de vista era sostenido principalmente por científicos sociales veía la cultura como "conocimiento local" (medicina indígena), por un lado, y estrategias locales para asegurar la atención de salud, por otro. Ambos grupos, sin embargo, consideraron la cultura como algo estático (Stone, 1992).

Ninguna cultura es estática. En los tiempos modernos las sociedades indígenas enfrentan el reto de actuar en consonancia con los cambios sociales que se produce en el resto del país. Existe un proceso de evolución cultural que trata por un lado impedir la desaparición de las etnias producto de aislamiento y encapsulamiento cultural y por otro lado evitar la pérdida de la identidad cultural.

Los técnicos y profesionales externos llevan mensajes de esperanza y hasta buenas intenciones, pero a veces de forma encubierta o abierta exponen su etnocentrismo, que se torna peligroso para la identidad y la existencia misma de las comunidades indígenas (Barahona y Rivas, 1995).

Hasta nuestros días los gobiernos han mantenido una estrategia "integracionista" con respecto a los pueblos indígenas, aunque en algunos casos el discurso oficial reconoce la diversidad socio-cultural de la nación.

Las organizaciones indígenas de nuestro continente están demandando no sólo el reconocimiento de su identidad étnica, lo que implicaría aceptar las estructuras socio-culturales y políticas que sustentan dicha identidad, sino también el derecho a su libre determinación.

Los argumentos que emplean los estados para negarse a establecer las disposiciones nacionales que harían efectivo el disfrute de derechos particulares a los pueblos indígenas, son precisamente que tales normas serían contrarias al espíritu de unidad del Estado nacional, etc.

La adversión hacia el reconocimiento de los derechos indígenas se debe al rechazo de las implicaciones que tendría tal admisión: la reestructuración político-administrativa de la nación, la descentralización y la aceptación de la pluralidad étnica de la sociedad nacional, entre otras medidas que serían contrarias al centralismo secular, al autoritarismo y el proyecto homogenizados de los Estados actuales (Chávez y Urcuyo, 1993).

De acuerdo al marco jurídico establecido por la constitución política de Nicaragua, el estatuto de autonomía y las demás leyes pertinentes, las regiones autónomas gozan de autonomía organizativa, que consiste en el derecho de vivir y desarrollarse bajo las formas propias de organización social que corresponden a sus tradiciones históricas y culturales.

La identidad étnica es mayor que la identidad nacional. El desconocimiento de esta realidad trajo consigo muchos conflictos durante el gobierno sandinista, lo que dio lugar a la Ley de Autonomía.

El anteproyecto de reglamentación de la Ley de Autonomía propone crear una instancia que asegure la participación ciudadana efectiva y sistemática definición de políticas, elaboración, ejecución y evaluación de planes y proyectos que se desarrollen en las regiones respectivas, y pone énfasis en la participación de las organizaciones de mujeres (IPADE, 1993). Desafortunadamente este anteproyecto no ha logrado avanzar mucho en su aprobación.

Aunque el descrédito de la sociedad política en Nicaragua esta generalizado, en la Costa Atlántica este fenómeno además está ligado al conflicto étnico-nacional. Las comunidades critican la actuación de los dirigentes políticos y su mayor identificación con intereses que no responden a las necesidades locales, en parte podríamos decir se les critica por la pérdida de la etnicidad para responder a interés ajenos.

En un estudio realizado en 1998 se expone la desconfianza de la población de la Costa Atlántica a las autoridades políticas. El estudio encontró que mayoritariamente los encuestados se muestran de acuerdo con la afirmación de que "el problema del Consejo Regional es que los consejales le hacen más caso y buscan responderle más a sus partidos que a la gente que los eligió y que no se preocupan de discutir los problemas de la gente. Además la población percibe que en el gobierno regional hay mucha corrupción y que existen pugnas por el poder entre el Gobierno Regional y el Consejo Regional (Ortega, 1997).

La investigación sobre el contexto socio-cultural de las comunidades en que AMC trabaja es un proceso que se ha iniciado hace cuatro años, luego que se identificara como una importante limitante en el programa de salud comunitaria.

La prioridad investigativa en los dos primeros años fue la caracterización del sistema de salud tradicional, sus agentes, las interacciones con el sistema médico occidental, el papel de la salud en la cosmovisión de los grupos étnicos y temas afines.

En los dos últimos años la temática investigativa ha versado sobre la estructuración de las comunidades étnicas, partiendo de la familia y redes de parentesco, a las organizaciones comunitarias y su liderazgo.

Existen vacíos investigativos que sobrepasan la capacidad y conocimientos del personal de AMC, dado que profundizan en el campo de la antropología cultural y antropología de la salud, como es la identificación de símbolos culturales y el diseño e implementación de estrategias de promoción de la salud basados en los elementos de la cultura, o bien el análisis de las redes de parentesco y las redes sociales.

El trabajo en un área multiétnica, aun cuando cada comunidad sea monoétnica a lo interno (no conviven varias etnias en la misma comunidad), agrega mayor complejidad al programa de salud comunitaria.

El estudio realizado en Ghana y Nicaragua (Bermejo y Bekui, 1993) reveló que la participación tiene mayor oportunidad de desarrollarse cuando las divisiones étnicas, religiosas y otras, son menos marcadas. En la Costa Atlántica, donde habitan seis diferentes grupos étnicos, la segmentación de la comunidad y la confrontación con el grupo dominante mestizo, limitaron la aceptabilidad de los servicios de salud e hicieron más difícil la participación. Los miskitos eran el grupo étnico con mayor prevalencia de tuberculosis, pero ninguno de los doctores pertenecía a su grupo étnico y unos pocos hablaban su lenguaje. El mayor obstáculo para el trabajo en comunidades multiculturales es que cada quien ve a través de su paradigma cultural y no es raro que asuman actitudes etnocéntricas. Las actitudes etnocéntricas también pueden provenir del mismo personal de salud, cuando no existe sensibilidad y respeto por las diferentes culturas interactuantes.

En la cuenca de Laguna de Perlas se replica la llamada pirámide étnico-ocupacional a la que se refiriera Vilas (1990), con la diferencia que quienes se encuentran en el ápice de la pirámide son los

creoles, luego los garífunas, después los miskitos y finalmente los campesinos mestizos.

Las características de las relaciones inter-étnicas se han forjado en el transcurso de tres siglos al menos y han evolucionado producto de los acontecimientos históricos, sobre todo la intervención de ingleses, norteamericanos y la iglesia morava (Hale, 1987).

A finales del siglo XVII, los miskitos conformaron alianzas con los colonialistas europeos, en parte como una estrategia económica, pero también de autodefensa militar en contra de los españoles. En este tiempo los miskitos eran el grupo étnico dominante.

Durante la primera mitad del siglo XIX los creoles emergieron como un grupo étnico dominante en la Costa Atlántica y jugaron el rol de intermediarios entre los europeos y los indígenas. La jerarquía étnica comenzó a revertirse. Durante algún tiempo la sede del reino estuvo ubicada en Laguna de Perlas y de ahí se trasladó a Bluefields.

Después de 1840 el poder político del reinado permaneció en manos de los creoles, aunque el rey continuó siendo un miskito. La iglesia morava, que llegó a la Costa Atlántica en 1849, consolidó esta nueva jerarquía. Los misioneros trabajaron primero en Bluefields y Laguna de Perlas e hicieron proselitismo entre los creoles, antes que con los miskitos.

Los primeros misioneros autóctonos fueron creoles, debido a su mayor nivel educativo y que hablaban inglés, "el idioma de la gente blanca".

Los moravos hicieron todo lo posible por eliminar cualquier tipo de sincretismo cultural, cambiando los elementos de su cultura. La aceptación de los nuevos símbolos culturales fue interpretado como un signo de cristiandad. Debido a que los creoles se adaptaron fácilmente llegaron a ser considerados "más cristianos" que los miskitos. Sin embargo el sincretismo cultural persiste hasta el día de hoy.

El flujo de capital norteamericano en los años 1860 a 1890, consolidó la jerarquía creole en la Costa Atlántica. Los creoles obtuvieron trabajos de administradores de nivel medio, el trabajo de campo fue dejado en manos de los indígenas.

Los garífunas y miskitos se han adaptado culturalmente a la etnia dominante (creole) asumiendo símbolos de esta cultura, su idioma, etc. Con el fin de evitar el rechazo étnico o intentar un mayor status social.

No tomar en cuenta la realidad multicultural de estas comunidades ha ocasionado el fracaso de algunos proyectos importantes. En la planificación del desarrollo comunitario con las comunidades multiétnicas de Laguna de Perlas en 1989 después del huracán Joan, se implementó una metodología desarrollada en Cuba. Muy científica y llena de fórmulas cuantitativas, abarcaba las áreas económicas y sociales incluyendo la salud. La gente sólo fue informada de los que había sido planeado, pero no fueron consultados para obtener insumos para la planificación. El error fue proponer un modelo estandarizado, que aunque aparentemente había funcionado en otros municipios del país no se

ajustaba al contexto de las comunidades de Laguna de Perlas y sus características culturales (Kennedy, 1996).

Los técnicos cubanos asumieron como aplicable el modelo de planificación vertical o normativa usada en países de economía centralizada o estrictamente jerarquizada.

Para la planificación en comunidades multiculturales se debe ayudar a la gente a hacer su propia reflexión y búsqueda de soluciones. Los agentes externos tenemos nuestros propios, valores, ideas y prejuicios acordes con nuestra cultura; y que muchas veces los objetivos que proponemos y los resultados que pretendemos alcanzar están basados en nuestra propia forma de entender el mundo. Sin embargo debemos comprender que esos supuestos no siempre son la verdad, sino nuestras preferencias.

Se tiene que crear una base para un entendimiento mutuo de las diferentes culturas, mediante discusiones constructivas y respetuosas (London, 1992). Es importante entender la unidad en la diversidad, donde cada uno de los grupos étnicos, sin perder su identidad, puede participar de la autotransformación de la comunidad.

La creación de un ambiente sano para la discusión se logra identificando elementos de interés común entre los participantes. Poco a poco la gente comprende que problemas importantes de la comunidad trascienden las diferencias étnicas y que se necesita ver más allá de ellas. Este proceso requiere de mucho tiempo.

Algunos aspectos que han facilitado el trabajo de AMC en este contexto son los siguientes:

- Existe representación de tres de las cuatro etnias en el equipo de terreno (creoles, garífunas y mestizos). Esto permite que el equipo sea sensible a las particulares de cada cultura y desarrollen un respeto por cada una de ellas, evitando cualquier manifestación etnocéntrica en el equipo. No existen problemas de comunicación con las comunidades ya que el equipo habla el mismo idioma de la gente, de hecho, aun las comunidades miskitas se comunican en creole.
- La animación sociocultural ha sido una metodología efectiva de educación sanitaria en estas comunidades. La animación socio-cultural es una modalidad de educación no formal que tiene por objeto desarrollar la participación comunitaria, tomando como eje centra, aunque no exclusivo, los aspectos sociales y culturales de la comunidad (Ander, 1989).
- La identidad cristiana de la organización AMC, en comunidades donde la religiosidad es un elemento inherente a la cultura de estos grupos étnicos. La participación de las actividades religiosas de las comunidades ha contribuido a la aceptación del equipo por parte de la comunidad y sus líderes religiosos.

- La integración de un equipo multidisciplinario (médico, enfermeras, trabajadora social, promotores, educadoras), permite una visión holística del proceso salud-enfermedad y su relación con el desarrollo de la comunidad.

Los rasgos culturales del pueblo costeño, están impregnados de contenidos religiosos. De este modo, los líderes tanto étnicos como comunitarios, asumen en su discurso expresiones y contenidos relacionados con tradiciones religiosas y de contenido bíblico. Esto fue algo evidente durante la pasada guerra, en el que los principales líderes de la comunidad indígena, integraron en su argumentación, abundantes ejemplos relacionados con la fe de las comunidades.

A nivel local, tanto los pastores como los líderes de la palabra, desempeñan en este momento, un liderazgo clave en los procesos participativos y decisorios de las comunidades. Existe un ejemplo de liderazgo religioso, que incide también en las relaciones de género en las comunidades.

La iglesia morava es parte de la identidad étnica de creoles y miskitos, así como la iglesia católica lo es en los grupos garífuna y mestizo.

La Iglesia Morava llega a la Costa Atlántica en 1849, lo que constituye un hito histórico para la región, pues desempeñará un papel crucial en su quehacer social, político y religioso.

El trabajo misionero de la época, sería un factor clave en los procesos de introducción de nuevos patrones culturales a los habitantes indígenas y criollos de la Costa Atlántica. Parte de los acuerdos de trabajo misionero en las iglesias protestantes a principios del siglo, el trabajo iniciado por los europeos, pasó a manos de las misiones norteamericanas. Esto a su vez tendría relación con los patrones de dominación colonial en esta región de la costa este de Nicaragua.

La llegada de la Iglesia Morava a la Costa Atlántica, marca un antes y un después en la historia de la región. La asimilación mutua, etnia y religión, se expresa de muchas maneras a través de un sincretismo en las costumbres y en la cosmovisión indígena. Muchas costumbres y actividades comunales han sufrido cierto grado de sincretismo cultural con las tradiciones moravas.

La Iglesia Morava produjo cambios culturales importantes, particularmente entre los miskitos. Los estilos para vestirse, las casas, el estado marital y las prácticas recreativas, fueron cambiadas para ajustarse a los modelos de los misioneros.

Los patrones de vivir de manera dispersa, fueron cambiados a comunidades que vivían alrededor de las misiones. Los hábitos de trabajo conforme a la ética protestante, aumento la disponibilidad de miskitos y creoles para el empleo en las nuevas empresas costeñas.

Probablemente el aspecto más importante de la influencia de la iglesia es el hecho de que los líderes de la iglesia se convirtieron en los líderes de las comunidades. Fue tan importante el hecho de tal manera que a nivel local el poder de la iglesia fue casi total. Es un hecho muy evidente que cualquier organización que llegue a las comunidades de la Costa Atlántica, si quiere lograr un efecto de

participación, debe tomar muy en cuenta los líderes y las estructuras religiosas.

Un estudio reciente resume la influencia y las modificaciones en la vida de la sociedad indígena de las siguiente manera:

- a. La iglesia se convirtió en el principal cohesionador ideológico de la identidad étnica de la población costeña, constituyéndose en uno de los principales rasgos que definen la identidad de esta población.
- b. La iglesia siempre desarrolló una labor evangelizadora acompañada de una actividad misionera, basada en la creación de servicios de educación, salud y posteriormente de extensión agrícola y capacitación. Debido a la ausencia del estado nacional en los ámbitos de su competencia, la Iglesia Protestante, en especial la Morava, debió de asumir tales funciones, de las cuales la población recibió muy buenos beneficios.

El catolicismo entró a los garífunas a principios del siglo XVIII cuando aún residían en la isla San Vicente. Los caribes rojos de San Vicente habían solicitado el apoyo de Francia para desalojar a los garífunas, algo que no lograron por la vía militar. Entonces optaron por la persuasión, enviando misioneros católicos.

Los garífunas incorporaron símbolos cristianos a sus creencias religiosas y se produjo un sincretismo religioso católico-africano. A finales del siglo XVIII algunos misioneros protestantes trataron de convertirlos al protestantismo, pero esto no tuvo eco dado que existía mayor oportunidad de conservar los símbolos religiosos de su propia cultura dentro del catolicismo que del protestantismo. Cuando los garífunas vinieron a Centroamérica trajeron consigo sus tradiciones religiosas.

La participación comunitaria en las comunidades de la Costa Atlántica pasa por un proceso de convencer a los líderes religiosos de las comunidades de que los contenidos son beneficiosos para sus habitantes. Si una organización que desarrolla trabajo con las comunidades logra integrar dentro de su grupo de animación a los líderes religiosos, puede esperar que esto le proveerá un cierto efecto de legitimación social y de arrastre sobre la población.

Los pastores, en el proceso de inserción de la iglesia, como nuevos líderes comunitarios, reprodujeron nuevos símbolos, construyeron nuevas representaciones colectivas, nuevos referentes de adscripción, nuevas formas ideológicas utilizando la base "mística" de la cosmovisión étnica logrando incorporarlos en la conciencia y las creencias individuales con niveles propios de veracidad y parte integrante de la realidad.

Las actividades de la iglesia se organizan en base a grupos de edad y de género. Mujeres por un lado, hombres por el otro, y finalmente los niños. A veces los niños son incluidos dentro del sector femenino, quizás debido a su edad, lo que les confiere un carácter asexuado. La utilización del espacio interior de la iglesia refleja claramente esta segregación por grupos de edad y género.

Hay un reconocimiento tácito también en la iglesia morava, a la necesidad de contribuir a un proceso de integración más positiva de los diversos grupos étnicos.

AMC debe aprovechar más los espacios culturales de la comunidad y espacios tradicionales para la participación de la gente. Hasta ahora el espacio más utilizado ha sido la iglesia, como hemos explicado anteriormente. Se debe promover la apertura de lo religioso más allá de lo doctrinal a lo ecuménico como una expresión práctica de la religión contribuyendo a resolver los problemas de la comunidad. La religión es parte del bienestar de la comunidad, igual lo es la salud, por tanto existe una relación entre ambas en el contexto de la cosmovisión de estas comunidades étnicas.

Independientemente se trate de la doctrina católica o protestante morava, los símbolos culturales tradicionales están presentes en cada una de las etnias: la cultura indígena de los miskitos, la cultura nahuatl en los mestizos, la cultura africana en los creoles y garífunas.

Por medio de las fiestas tradicionales y ritos la gente aprende a organizarse y a asumir responsabilidades. Los organizadores de este tipo de actividades logran la movilización de la comunidad.

Un rito que existe en las comunidades garífunas, fundamentalmente en Orinoco, es el Walagallo. El objetivo del Walagallo es la curación de una persona grave y con posibilidades de morir, al estar poseída por un espíritu ancestral. Es el último recurso para salvar la vida. El ritual lo realiza un sukia. Si no se logra la curación, al menos se obtiene una muerte en buena ley (Idiáquez, 1994).

El significado comunitario del Walagallo es la cohesión étnica que provoca y su contribución a la solidaridad familiar. Se experimenta el apoyo parental, que en conjunto a la acción del ritual y la fe del enfermo, dan como resultado la curación o la buena muerte. Por medio de la ceremonia, se contribuye a la unidad de la comunidad en donde se olvidan los enojos y disgustos.

AMC necesita trabajar más con las organizaciones tradicionales y de formación espontánea, que usualmente son más reconocidas en la comunidad y más permanentes que las estructuras creadas por agentes externos.

Es imprescindible incorporar el modelo de participación comunitaria de los diferentes grupos étnicos de Laguna de Perlas, las formas tradicionales de organizarse para resolver los problemas de la vida cotidiana y encontrar las motivaciones de la gente a participar.

X. CONCLUSIONES

1. En la mayoría de los casos, las instituciones que intervienen en la cuenca de Laguna de Perlas, desconocen la realidad socio-cultural de las comunidades, imponiendo su propia racionalidad a la dinámica misma de la comunidad. Se ha impuesto un modelo de organización de la comunidad que no está en relación a las formas tradicionales. En la práctica cada institución obliga a la comunidad a formar comités ad hoc (como el comité de salud). Formar parte de uno de estos comités se traduce en un beneficio personal.
2. El MINSA ha promovido un modelo de participación comunitaria en relación a la movilización de recursos de la comunidad y el autofinanciamiento (modelo instrumental) y escasa participación de la comunidad en la gestión de salud en el proyecto (modelo democrático), intervienen en esto la rigidez gerencial misma del proyecto (planificación, evaluación, etc). impuesta por la agencia donante.
3. Existen pocas capacidades en el personal de salud para facilitar la participación comunitaria, en parte por la aculturación a que han sido sometidos durante su formación, y en parte por la organización de los servicios de salud que no están en relación a las necesidades de la comunidad y el contexto socio-cultural.
4. El abordaje en el trabajo de las instituciones de salud y desarrollo en la Costa Atlántica ha promovido relaciones de clientelismo entre la comunidad y sus líderes, y entre éstos y las instituciones. Aunque el liderazgo es elegido democráticamente la población espera líderes paternalistas o autoritarios que resuelvan los problemas de la comunidad con una gestión efectiva, valorada en la capacidad de acumular bienes y servicios para luego distribuirlos en la comunidad.
5. Existe una dispersión organizativa en la comunidad debido a la ausencia de una estructura comunitaria coordinadora y un esfuerzo cohesionador en función de objetivos comunes. Una expresión de los anterior es la baja capacidad para la formación de redes de organizaciones. Esto puede ser en parte atribuible a la ruptura del sistema social ocasionado por agentes externos que intervienen en estas comunidades y en parte al etnocentrismo que existe entre los diferentes grupos étnicos.
6. Tanto Acción Médica Cristiana como el Ministerio de Salud emplean modelos diferentes en la prestación de los servicios de salud. El modelo del MINSA está derivado del paradigma biológico-médico-asistencial, y la formación de recursos humanos en salud es consecuente con este modelo, por tanto las intervenciones en salud del MINSA hacen énfasis en los servicios de salud institucionales y la atención médica, pero no en la comunidad. El modelo de AMC y otras ONG se deriva del paradigma integral y el abordaje holístico del proceso salud-enfermedad, enfatiza en la promoción de la salud y la participación comunitaria en la gestión.

7. Algunos métodos de trabajo que han resultado útiles en el contexto multicultural de las comunidades han sido la investigación-acción-participativa, y la animación socio-cultural como método de educación en salud. La incorporación de elementos culturales como la religión han favorecido la participación de la comunidad.
8. La IAP también ha permitido identificar una problemática común que va más allá de las particularidades culturales de cada etnia. Independientemente de las diferencias, la población desea vehementemente resolver sus problemas en la comunidad y está dispuesta a participar en ello.
9. Los creoles han sobresalido como cultura dominante en la cuenca de Laguna de Perlas. Existen algunas características que facilitan las relaciones inter-étnicas entre miskitos, creoles y garífunas, pero no con respecto a los mestizos. Los garífunas y creoles tienen diferente religión, pero comparten ciertos rasgos culturales que provienen de sus antepasados africanos. Los garífunas y miskitos se han adaptado culturalmente a los creoles en un proceso largo que se profundizó cuando los creoles alcanzaron mayor jerarquía social y política.
10. Elementos positivos en el trabajo de AMC en las comunidades han sido la representación étnica en el equipo de terreno, la identificación religiosa de la institución, el modelo de prestación de servicios enfocando en la promoción de la salud y el empoderamiento comunitario, la formación de equipos multidisciplinarios con una visión amplia de la salud y el desarrollo comunitario, y el respeto a la cultura local.
11. La participación de la mujer es variable según las etnias. Existe mayor participación de la mujer entre criollos y garífunas. Existen roles diferenciados entre los sexos en los miskitos y los mestizos, en donde la mujer tiene un rol doméstico y el hombre un rol más público. En estas últimas etnias aun persiste la concepción que la mujer debe participar sólo en "tareas de mujeres" (llevar la comida a los hombres que están trabajando).

XI. RECOMENDACIONES

1. Es necesario flexibilizar la gestión en lo concerniente a la planificación y la evaluación del proyecto. La participación en la comunidad en la planificación y la evaluación puede hacerse inmersa en la investigación acción participativa. La comunidad se movilizará y trabajará en la solución de necesidades identificadas por ellos y no impuestas por otros. Esto no supone alimentar el paternalismo, por otro lado no toda necesidad genera acción, sino negociación.
2. Mejorar el nivel de información de la comunidad acerca del proyecto, sus actividades y los principales efectos e impactos en la salud de las comunidades. La publicación periódica de un boletín informativo adecuado para la comunidad, murales y asambleas informativas podrían ser adecuadas.
3. Sensibilizar al personal de salud MINSA en relación a la participación de las comunidades étnicas en la gestión mediante intercambio de experiencias con agentes comunitarios y acciones conjuntas, incluyendo la planificación y el control.
4. Capacitar al personal del proyecto y de salud del MINSA acerca de la participación comunitaria en particular y la promoción de la salud en lo general. La participación debe ser considerada una meta en sí misma y no un medio solamente. Se necesita apertura del personal a la participación de la comunidad en la toma de decisiones, pero no sólo voluntad política sino capacidad técnica para facilitar la participación comunitaria.
5. Organizar los servicios de salud de cara a las necesidades de la población y el contexto socio-cultural. Promover un modelo de salud comunitaria que enfoque en la comunidad y no en los servicios de salud. Este modelo debe comprender la prevención de enfermedades, promoción de la salud y asistencia. El modelo organizativo de los servicios de salud ha estado determinado más por las normas y especialización de cada programa que por el comportamiento y distribución de los problemas de salud.
6. La Promoción de la Salud no debe significar una disminución de la responsabilidad del estado en una clara "culpabilización de la víctima", es decir hacer recaer en la población la culpa de su propia enfermedad, sino una estrategia complementaria a las actividades asistenciales. El papel de la población no es reemplazar el papel del Estado, sino negociar y convenir las mejores formas de resolver los problemas.
7. Facilitar los espacios en que las comunidades étnicas se relacionen con el estado-nacional en la concertación, planificación y control de las acciones de salud, sin prejuicio de sus formas organizativas tradicionales, fortaleciendo su status jurídico y una autonomía relativa frente al estado.

XII. BIBLIOGRAFIA

- Acción Médica Cristiana. Asociación de Mujeres Indígenas de Rama Cay: Cuatro años de promoción y superación. Edición Especial. Managua, Nicaragua. AMC. Junio 1999.
- Agudelo, C.: Participación Comunitaria en Salud. Conceptos y criterios de valoración. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 95(3): 205-216. 1983.
- Alforja: La construcción de la democracia. En: Desafíos y dilemas de la construcción del poder local. San José, Costa Rica. 1997.
- Alforja: Actores Socio-Políticos y Construcción Democrática En Desafíos y dilemas de la construcción del poder local. San José, Costa Rica. Sept. 1997. pp. 1-26.
- Alvarez Calderón, C. Dirigente: ¿creces o te estancas?. 3ra, edición. Lima. 1989
- Ander Egg, E. Animación socio-cultural, educación permanente y educación popular. En: Freire, Ander, Marchioni, Monera, De la Riva. Una Educación para el Desarrollo: La animación socio-cultural. Buenos, aires, Argentina. ICSA/Humanitas. 1989.
- Anello, E.; Hernández, J.: Participación Comunitaria. Capacitación de maestros rurales. Módulo 3. Bolivia. Universidad NUR - Instituto Superior de Educación Rural. Enero de 1997.
- Barahona, M.; Rivas, R. Cultura y desarrollo con pueblos indígenas: Guías de trabajo. 1ra edición. Tegucigalpa, Honduras. Guaymuras. 1995
- Bastien, J.: Community Health workers in Bolivia: adapting to traditional roles in the andean community. Soc. Sci. Med. 30 (3): 281-287. 1990.
- Bermejo, A.; Bekui, A.: Community participation in disease control. Soc. Sci. Med. 36 (9): 1145-1150. 1993
- Bichmann, W.; Rifkin, S.; Shrestha, M.: Cómo medir la participación de la comunidad. Foro Mundial de la Salud. Vol. 10: 428-434. 1989.
- Brown, I.: Community Participation for General Practice: Perceptions of General Practitioners and Community Nurses. Soc. Sci. Med. 39 (3): 335-344. 1994
- Bruner, I.; Guzmán, A.: Participatory evaluation; A Tool to Assess Projects and Empower People. En: Conner and Hendrick: International Innovation in Evaluation Methodology. New Direction for Program Evaluation. San Francisco. No. 4. 1989.

- Comisión Médica Cristiana: La salud: dirección de los programas y participación de la comunidad. CONTACT. Ginebra, Suiza. CMC. No. 114. Marzo de 1993
- Comisión Médica Cristiana. Acción Comunitaria en pro de la Salud: El punto de vista de las organizaciones no gubernamentales. CONTACT. Ginebra, Suiza. CMC. No. 123. Septiembre de 1994.
- Craig, G.; Mayo, M. Community empowerment: A Reader in Participation and Development. London, New Jersey. ZED Books. 1995.
- Chávez, H.; Urcuyo, B.: Derechos Humanos y Derechos Indígenas. Programa de Capacitación a los Consejos Regionales Autónomos y las administraciones de la Costa Atlántica. Managua, Nicaragua. IPADE. Agosto de 1994.
- Davidson, W. The Garifuna of Pearl Lagoon: Ethnohistory of an afroamerican enclave in Nicaragua. Ethnohistory. 27(1). 1980.
- Díaz, J.E.: Las fuerzas actuantes en la dinámica participativa. Participación y Sociedad. Buenos Aires, Argentina. Búsqueda. 1985.
- Eibenschutz, C.: Participación popular en salud. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. Enero-abril 1982.
- Espinoza, J. R. Situación de Salud en Comunidades de la Cuenca de Laguna de Perlas. RAAS. Managua, Nicaragua. Acción Médica Cristiana. 1995.
- Espinoza, J.R.; Moraga, M.: Participación Comunitaria en Salud: Entre el discurso y la realidad. Acción Médica Cristiana. Managua, Nicaragua. 1996.
- Espinoza, JR. Desarrollo Comunitario: Una perspectiva desde la salud. Managua, Nicaragua. Acción Médica Cristiana. 1998.
- Espinoza, JR. Salud Comunitaria: Un modelo para la APS. En Espinoza, JR; Martínez, M. et al. Salud Comunitaria: Conceptos, métodos, herramientas. 1ra edición. Managua, Nicaragua. AMC-CIES. 1999.
- Feuerstein, M.: La evaluación basada en la participación: Una tecnología apropiada para los programas de salud de la colectividad. CONTACT. Ginebra, Suiza. CMC. No. 40: 1-7. 1980.
- Flisfisch, A.; Franco, R.; Palma, E.: Planificación con participación: Dimensiones, viabilidad y problemas. OPS/OMS. Washington, DC. No.4: 25-52. 1982. (Serie Desarrollo de Servicios de Salud).

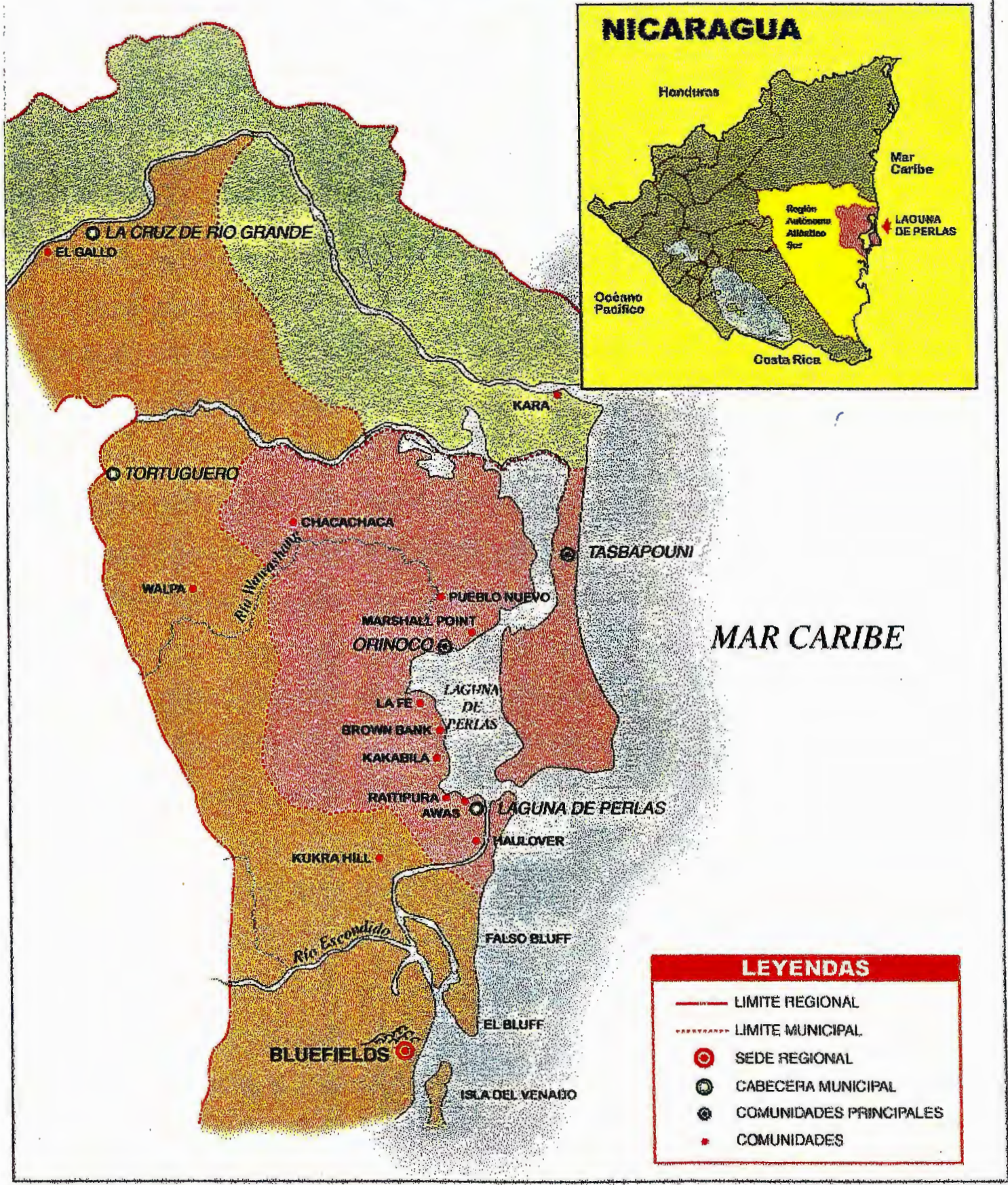
- Florin, P.; Wandersman, A. An Introduction to Citizen Participation, Voluntary Organizations, and Community Development: Insights for Empowerment Through Research. *American Journal of Community Psychology*. 18 (1): 45 -51. 1990.
- Gerschman, S.: Movimientos sociales de la salud: En la búsqueda de la reconstrucción social. Pp 255-273. En: Fleury, S.: Estado y políticas sociales en América Latina. Xochimilco, México. Universidad Autónoma Metropolitana. 1992.
- Hale, Ch.; Gordon, E. Costeno demography: Historical and Contemporary Demography of Nicaraguas's Atlantic Coast. In *Ethnic Group and the Nation State*. Stockholm, Sweden. CIDCA – University of Stockholm. 1987.
- Hale, Ch. Inter-ethnic relations and the class structure in Nicaragua's Atlantic Coast. In *CIDCA. Ethnic Groups and the Nation State*. Stockholm, Sweden. CIDCA - University of Stockholm. 1987.
- Hevia, P.: "Participación de la comunidad en la Atención Primaria de Salud. *Boletín del Instituto Interamericano del Niño*. No. 224: 41-48. julio-diciembre de 1985.
- Hopenhayn, M.: "La participación y sus motivos". *Acción Crítica. CELATS*. Vol. 24.: 19-29. Dic 1988.
- Idiáquez, J. El culto a los ancestros en la cosmovisión religiosa de los garífunas de Nicaragua. Managua, Nicaragua. Envío. 1994.
- Instituto Para el Desarrollo de la Democracia: Estatuto de Autonomía y su anteproyecto de reglamentación. Programa de Capacitación a los Consejos Regionales Autónomos y las administraciones de la Costa Atlántica. Managua, Nicaragua, IPADE. Julio de 1993.
- Israel, B.; Checkoway, B.; Schultz, A.; Zimmerman, M. Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational, and Community Control. *Health Education Quarterly*. Vol 21: 149-170. 1994
- Kadt, E.: Community Participation For Health. The Case of Latin America. *World Development*. 10 (7): 573-584. 1982.
- Kennedy, M. Transformative Community Planning: Empowerment through community development. *New Solutions*. Summer 1996: 93-100
- Labonte, R. Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. *Health Education Quarterly*. 21 (2): 253 - 268. Summer 1994.

- Lavandez, F. Las organizaciones no gubernamentales y los sistemas locales de salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 109(5-6): 512-520; 1990.
- Lima, B.: Exploración teórica de la participación. Buenos Aires, Argentina. Humanitas. 1988.
- Lobos, P.: La planificación en salud: ¿Proceso tecnocrático o económico-político?. Enfoques en Atención Primaria. 1(2): 6-13. 1986.
- London, A.; McMillen, C. Organizational Development in a Multicultural Community. The Journal of Applied Behavioral Science. 28 (3): 445-459. September 1992.
- López, L.A; Aranda, J.M.: "Promoción de la Salud: Un enfoque en Salud Pública. Folleto. España. Escuela Andaluza de Salud Pública. 1990.
- Matomora, M. K.: Mass produced village health workers and the promise of primary health care. Soc. Sci. Med. 28 (10): 1081-1084. 1989.
- Menéndez, E.: La Participación Social desde las perspectivas de la Antropología Médica. Folleto mimeografiado. Módulo Condiciones de Vida y Desarrollo. Maestría en Salud Pública. Managua. CIES-UNAN. 1995.
- Milewa, T.: Community participation and health care priorities: reflections on policy, theatre and reality in Britain. Health Promotion International. Oxford University Press. 12 (2): 161-167. 1997.
- Ministerio de Salud: La participación social para el fortalecimiento de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud. Managua, Nicaragua. MINSAL. Folleto. 1992.
- Motta, P. Manual sobre tendencias contemporáneas en la gestión de la salud. Washington, DC. OPS/OMS. Manuales Operativos PALTEX. Volumen I. No. 1. 1996. (Serie HSP-UNI).
- Nesman, E. Participación Popular y Desarrollo. Alajuela, Costa Rica. ALFALIT INTERNACIONAL. 1981
- Nervi, Laura: La participación social en salud en Nicaragua: propuesta para la formulación de un plan de acción en el marco de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud. Managua, Nicaragua. OPS/OMS. 1992.
- Nirenberg, O.; Perrone, N. Organización y gestión participativas en los sistemas locales de salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 109 (5-6): 474-487; 1990.
- Organización Panamericana de la salud: Desarrollo y Fortalecimiento de Los Sistemas Locales de Salud. La Participación Social. Estudio de casos. Washington, DC. OPS/OMS. 1990. (HSD/SILOS-7).

- Organización Panamericana de la Salud: Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La participación social en el desarrollo de la salud. Washington, DC. OPS/OMS. 1992. (HSS/SILOS-26).
- Organización Panamericana de la Salud: Evaluación de la participación social para la cogestión del desarrollo de la salud. Washington DC, Marzo 1993. Documento de Trabajo. (HSS-HPP).
- Ortega, H.: Cultura política y actitudes hacia las elecciones y el régimen de autonomía en las regiones autónomas. Campaña de educación ciudadana en la elección de autoridades regionales autónomas 1998. Managua, Nicaragua. IPADE. Agosto de 1997.
- Patton, R.; Cisell, W. Community Organizations: Traditional principles and modern applications. Johnson City, TN. Latchpins Press. 1990.
- Pedersen, D.: Evaluación de servicios de salud: El punto de vista de la gente. Enfoques en Atención Primaria. 6(2): 12-22. 1991.
- Pérez, M. Valores humanos y métodos del trabajo del dirigente popular. Panamá. CEASPA. Educación Popular No. 2. 1986.
- Rifkin, S.: Criterios de los planificadores sobre la participación de la comunidad en los programas de salud: Teoría y realidad. CONTACT. Ginebra, Suiza. CMC. No. 60: 3-17. 1983
- Ríos, Rebeca de los.: Notas y reflexiones sobre la participación popular en salud. Managua, Nicaragua. MINSA. 1982.
- Ruebush, T.K.; Weller, S.C.; Klein, R.: Qualities of an ideal volunteer community malaria worker: A comparison of the opinions of community residents and national malaria service staff. Soc. Sci. Med. 39 (1): 123-131. 1994.
- Scholl, E. A.: An assessment of community health workers in Nicaragua. Los Angeles, CA. USA. Folleto. 1981.
- Smutko, G. La Mosquitia (Historia y Cultura de la Costa Atlántica Nicaragüense). San José, Costa Rica. Ocarina. 1985.
- Speer, P.; Hughey, J. Community Organizing: An Ecological Route to Empowerment and Power. American Journal of Community Psychology. 23 (5): 729 - 748. 1995.
- Stone, L.: Cultural Influences in Community Participation in Health. Soc. Sci. Med. 35 (4): 409-417, 1992.

- Tarimo, E.; Webster, E.: Primary Health Care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited. Division of Strengthening of Health Services. Geneva. WHO. 1995.
- Ugalde, A.: Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales. No. 41: 27-40. Sept. 1987.
- Vargas Aguilar, F. Liderazgo: Diálogo y acción organizada. Managua, Nicaragua. UPOLI - CIEETS - UENIC. 1997.
- Vilas, C. Del Colonialismo a la Autonomía: modernización capitalista y revolución social en la Costa Atlántica. 1ra. edición. Managua, Nicaragua. Nueva Nicaragua. 1990.
- Vuori, H.: "La participación comunitaria en atención primaria: un medio o una finalidad en sí misma". Atención Primaria. 10 (9): 54-67. Diciembre de 1992.
- Wallerstein, N. Powerless, empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs. American Journal of Health Promotion. 6 (3): 197-205. January/February 1992.
- Walt, G.; Perera, M.; Heggenhougen, K.: A large-scale volunteer community health worker programmes feasible? The case of Sri Lanka. Soc. Sci. Med. 29 (5): 599-608. 1989.
- Zakus, D.: La participación comunitaria en los programas de atención primaria a la salud en el tercer mundo. Salud Pública de México. 30 (2):158. Marzo-abril de 1988.
- Zeledón Tórrez, R.: Políticas de ajuste económico y participación social en salud en Nicaragua. En: Los promotores voluntarios. Managua, Nicaragua. PRODERE-EDINFODOC. 1991.

La Cuenca de Laguna de Perlas y sus comunidades



Instituto Nicaragüense de Fomento Municipal (INIFOM)
Asociación de Municipios de Nicaragua (AMUNIC)

LAGUNA DE PERLAS

REGION AUTONOMA ATLANTICO SUR

CONTENIDO

- I. Información General
- II. Reseña Histórica
- III. Tradición y Cultura
- IV. Situación de los Servicios Sociales Básicos
- V. Infraestructura de Servicios Municipales
- VI. Aspectos Económicos
- VII. Delegaciones Institucionales
- VIII. Medio Ambiente y Recursos Naturales
- IX. Cooperación Externa y Hermanamiento
- X. Partidos y Organizaciones
- XI. La Municipalidad
- XII. Derroteros Municipales
- XIII. Fuentes Consultadas

LAGUNA DE PERLAS

I. INFORMACION GENERAL

Laguna de Perlas, es una zona extensa compuesta por varias comunidades pequeñas. Esta delimitada en sub-zonas tomando en cuenta los elementos económicos que las une entre si y las relaciones sociales de parentesco.

Su configuración es sumamente irregular; tiene un largo aproximado de 60 km. De norte a sur y con un ancho de 8 Km. Dando la apariencia de un número ocho alargado.

Nombre del Municipio: Laguna de Perlas

Nombre del Departamento: Región Autónoma del Atlántico Sur

Fecha de Fundación:

Extensión Territorial: 3,876 Kms²

Referencia Geográfica: La cabecera municipal está ubicada a 475 Kms. de Managua, Ciudad Capital.

Posición Geográfica: LAGUNA DE PERLAS, está ubicada entre las coordenadas 12°20' de Latitud Norte y 83°40' de Longitud Oeste.

Límites

Los límites del municipio son:

Al Norte: Con los Municipios desembocadura de Río Grande y el Tortuguero.

Al Sur: Con el municipio de Kukra Hill.

Al Este: Con el Océano Atlántico (Mar Caribe)

Al Oeste: Con los municipios de El Tortuguero y Kukra Hill.

Población

La población total del municipio es de: 6,817 habitantes (Censo Nacional 1995)

Población Urbana: 5,183 habitantes (76%)

Población Rural: 1,634 habitantes(23.9%)

Distribución de la Población según sexo

Hombres		Mujeres		Total	
Cantidad	Porcentaje (%)	Cantidad	Porcentaje (%)	Cantidad	Porcentaje (%)
3,374	49.4	3,443	50.5	6,817	100

Distribución de la población de 15 años y más según sexo

Hombres		Mujeres		Total	
Cantidad	Porcentaje (%)	Cantidad	Porcentaje (%)	Cantidad	Porcentaje (%)
1,662	24.3	1,706	25	3,368	49.4

Las cifras definitivas publicadas por INEC, en Septiembre de 1996 indican que el municipio de Laguna de Perlas, cuenta con un total de población de 6,253 habitantes, de los cuales 3,325 pertenecen al área urbana y 2,928 al área rural.

Los datos de población utilizados en la elaboración de la caracterización son los penúltimos preliminares publicados por INEC, debido a la fecha de la última publicación de los datos poblacionales.

La densidad poblacional es 1.7 hab/km²

Clima

El clima de Laguna de Perlas corresponde a la clasificación de selva tropical. Este clima prevalece en las partes bajas de la Costa Atlántica, especialmente al sureste del litoral. Es el más húmedo de Nicaragua y se registran valores máximos de precipitación anual de 4,000 mm. Las temperaturas máximas no superan los 37° C. Y la temperatura media del mes más frío es superior a los 18° C.

Accidentes Geográficos

Entre Laguna de Perlas y la Bahía de Bluefields, se encuentran el cerrito de Kukra Hill (192 m.) un aislado montículo que se destaca en esta área baja y muy nivelada.

Además el municipio cuenta con el cerro de Wawashan, que esta catalogada como reserva forestal.

Altitud sobre le nivel del mar: 3.00 m

Territorios del Municipio

Las comunidades que se ubican dentro de este territorio son:

Haulover	Raitipura
Kakabila	Set Net
Marshall Point	Awas
Laguna de Perlas	Brow Bank
Orinoco	Wawashan
La Fe	El Pedregal
Tasbapounie	
San Vicente	

II. RESEÑA HISTORICA

Laguna de Perlas debe su nombre a la Laguna del mismo nombre, en cuya orilla se halla situado. Esta laguna, a su vez deriva su nombre de los Cayos de Las Perlas no pudiéndose precisar cuando recibieron ese nombre, pero fueron mencionados así en 1,776 por un funcionario español encargado de registrar las costas e islas de America Central.

En el periodo de la coronación del Primer Rey Miskitu, Jeremy I en 1687. Los gobernadores de Jamaica, en su afán de establece una base mas amplia como apoyo a la expansión colonial sobre la Costa Mosquitia, estimaron conveniente crear titulos o rangos altisonantes en diferentes puntos de la Costa, uno de esos lugares fue Laguna de Perlas, que obtuvo el nombramiento de un almirante.

En 1827, Orlando Roberts describió a la población de Laguna de Perlas como la colonia principal de la Cuenca de la Laguna del mismo nombre. Afirmó "que estaba habitado por gente con características similares a la que vive en Bluefields, por lo tanto puede considerarse como una colonia inglesa. Son en su mayoría criollos, mulatos, sambos de Jamaica, San Andrés y las Islas del Maíz (Corn Island)". En esa época Laguna de Perlas era un centro de cierta actividad comercial.

Entre los años 1824 y 1842 tuvo su residencia en este territorio, el Rey Roberts Charles Fredrick (monarca miskitu) y aun después de la decadencia de la monarquía mosquitia, los jefes miskitus siguieron prefiriendo a Laguna de Perlas como lugar de descendencia.

En 1855 por la labor de los esposos misioneros, Jurgensen, se consolido la misión Morava en Laguna de Perlas. Llegando a ser la congregación de mayor importancia en la zona.

De acuerdo a un estudio hecho por el Ingeniero Jose Vitta en 1894, dice que Laguna de Perlas fue prácticamente la segunda ciudad de la antigua reserva mosquitia, reinado extinto en ese año.

En cuanto a su vida económica históricamente se ha basado en la agricultura de subsistencia y la pesca. Según el reverendo Joe Kelly, en el año de 1926 de un intento de progreso económico en Laguna de Perlas se sembró arroz y por la falta de mercado y la avaricia de comerciantes

extranjeros el proyecto fracaso. En 1956 se hizo otro intento de avance económico iniciándose un proyecto de piña que también fracaso.

De manera general, la mayoría de la población de la región es mestiza, y particularmente en Laguna de Perlas se concentra la población Creole, de igual manera en algunas comunidades de la misma existen algunos grupos de población indígena (Misquito, Sumos, Ramas y Garifonas).

Haciendo una breve reseña de algunas de las comunidades que se sitúan dentro del territorio de Laguna de Perlas, tenemos:

Haulover:

Fue fundada en 1765 por los generales miskitus, William Chambers y Cannon Tinkam, quienes abandonaron Cabo Gracias a Dios, debido a luchas constantes entre las tribus Sulira y Tawira.

Originalmente la comunidad se conocía con el nombre de “Chambers Bank” en honor a uno de sus fundadores, pero en 1905 recibió el nombre de Haulover que significa: “Mover una cosa de un lugar a otro, pasando por encima de algo”.

Raitipura:

Nombre miskitu que significa “ Sobre el cementerio”. Fue fundada algún tiempo después de 1765 por los pocos sobrevivientes de los Súliras, vencidos en otra guerra contra las Tawira.

Kakabila:

Nombre miskitu que significa: “Boca de una palma delgada y espinosa” La comunidad recibió ese nombre porque abundaba en el lugar la palma kaka. Fue fundada por el matrimonio miskitu, Silvester Joseph y su esposa, Elizabeth Rigby.

Brown Bank:

Nombre ingles que significa “ Tierra Café” . Fue fundada por el matrimonio Garifona, Simon Alvarez y Maria de Alvarez, procedentes de Honduras.

La Fe

Esta comunidad fue fundada en 1902, por los esposos garifonas, Lino López y Matilde Zenon, originarios de Tocomacho de la Costa Norte de Honduras.

Orinoco

Esta comunidad fue fundada en 1912 por John Sambola. A inicios se llamaba en Garifona “Urunugu”.

Sus habitantes solo hablaban garifona y tenían sus propias costumbres, tanto en la preparación de sus alimentos como en la cura de sus enfermos, construcción de sus viviendas etc. Sus comidas favoritas eran la hereba y el fufu hechas de yuca y plátano.

Marshall Point

El origen del nombre se deriva del apellido de un agricultor norteamericano que tenía una finca en este lugar. La comunidad fue fundada por los hermanos David y John Bennet y sus esposas. Años después llegaron habitantes Bluefields y otros lugares.

Tasbapounie

Su nombre significa: “Tierra Roja” se fundó en 1820 con el asentamiento de George Hayman, consejero del Rey Miskitu George Fredrick. Posteriormente la población creció con la llegada de habitantes de otras zonas.

Set Net

Originalmente esta comunidad era un cocal perteneciente a un haitiano de nombre Francis Jonhson. Debido a la existencia de ricos bancos de peces, camarones y tortugas, la comunidad fue fundada por pescadores de Corn Island, posteriormente llegaron otros de Laguna de Perlas y Tasbapounie, formando de esa manera la comunidad actual.

III. TRADICION Y CULTURA

Los habitantes de Laguna de Perlas profesan las siguientes religiones: Morava, adventista y anglicana. La mayoría de las comunidades se caracterizan por profesar la religión morava y en segundo lugar la anglicana, no hay presencia de la religión católica, solamente en Orinoco.

Algunas comunidades cuentan con algunas tradiciones y comidas típicas, como por ejemplo, en la comunidad de Orinoco, se dice que para curar a los enfermos practicaban el rito del Walla-Gallo o Dugu por sus sukia que se comunicaba con los espíritus para averiguar el origen de la enfermedad. Esta ceremonia comenzaba los viernes y tenía una duración de tres días. Durante este tiempo se sabía si el enfermo se curaría, ya que estaba en dependencia si se levantaba a bailar o no.

Su habla inglesa y su protestantismo, se deben a la histórica dominación inglesa en el área y la labor misionera de los moravos y otras denominaciones protestantes.

En relación al baile de Palo de Mayo se dice, que debido a la circunstancia de haber sido Laguna de Perlas, residencia temporal y frecuente de los jefes de la Reserva Mosquitia, origino el hecho de que en la ciudad de Bluefields y en Laguna de Perlas este baile se practicaban por los ingleses residentes, en recuerdo de su patria. Este baile de Palo de Mayo data de aquella nación desde el año 1485.

El baile Ingles de Palo de Mayo se celebraba en Inglaterra el primero de Mayo de cada año, y de esa costumbre deriva su nombre. Consistía en danzar alrededor de un palo bastante alto, en medio de ritmos y cadencias alegres. Posteriormente fue modificado por los negros jamaquinos, estableciéndose en la Costa Atlántica, principalmente en las ciudades de Bluefields y Laguna de Perlas, con celebraciones que tenían lugar durante todo el mes de mayo. Esas modificaciones de ancestro africano, como corruptela del primitivo baile ingles, son las que conocemos hoy como “ Palo de Mayo”. Este baile fue introducido desde el año de 1870.

IV. SITUACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES BASICOS

1. Educación

Laguna de Perlas cuenta con:

19 centros educativos

1 es de pre-escolar

17 de primaria

1 centro de secundaria estatal, que ofrece estudios de bachillerato, secretariado comercial y contabilidad.

Cuenta con un total de:

2572 alumnos atendidos por 112 maestros

un total de 74 aulas

Problemas del sector

Falta de mobiliario y material didáctico

Deterioro de las escuelas

Las comunidades de San Vicente y Patch Rives, no cuentan con centros educativos.

2. Salud

Laguna de Perlas cuenta con un Centro de Salud, en buenas condiciones, disponiendo de seis camas para atención de emergencia y partos. Atiende las comunidades de Raitipira y Haulover. En el laboran 1 medico, 1 odontólogo, 1 enfermera, 5 auxiliares y 2 administrativos.

La Comunidad de Orinoco cuenta con un Centro de Salud, en buenas condiciones, donde laboran dos médicos, 2 enfermeras y el apoyo de brigadistas de salud.

La Comunidad de Brow Bank cuenta con un Centro de Salud, en perfecto estado fisico, ya que fue construido en 1990 con financiamiento del Gobierno de Holanda.

Atendido por una enfermera y 2 brigadistas de salud.

La comunidad de Tasbapounie cuenta con un Centro de Salud, en buenas condiciones donde laboran dos médicos, 2 enfermeras y el apoyo de brigadistas de salud. Atiende también a la comunidad de Set Net.

Las causas de consultas mas atendidas son: enfermedades respiratorias, diarreas (debido a la falta de higiene y aguas insalubres) malaria, parasitosis, enfermedades dérmicas y en algunas comunidades la tuberculosis.

3. Agua y Saneamientos

Cuenta con un sistema de abastecimiento a través de pozos excavados (privados y comunales) y su extracción es de manera artesanal. Los pozos existentes no tienen protección alguna (concreto, brocal, bomba de mecate) y ningún tipo de tratamiento de calidad por lo que tienen un alto grado de contaminación.

Problema del sector

Durante el periodo seco, la producción de agua es poca, ya que el nivel de los pozos baja considerablemente.

4. Vivienda

Laguna de Perlas cuenta con un total de 903 viviendas. Con un índice habitacional de 8 personas por vivienda. Las que están distribuidas de la siguiente manera:

Urbana		Rural		Total	
Cantidad	Porcentaje (%)	Cantidad	Porcentaje (%)	Cantidad	Porcentaje (%)
264	29.2	639	70.7	903	100

La mayoría de las viviendas de los pobladores de Laguna de Perlas, están construidas de madera rústica, aunque los miembros de las comunidades que poseen mayores recursos, tienen viviendas de maderas cepilladas y techo de zinc.

5. Energía Eléctrica

Las comunidades de Haulover, Laguna de Perlas, Raitipura, Kakabila, Orinoco, Marshall Point y Tasbapounie son las únicas que cuentan con planta o generadores eléctricos, que brindan el servicio a los pobladores. El resto de las comunidades carece del servicio por razones de mal estado de las plantas o porque jamas ha existido una planta eléctrica.

6. Telecomunicaciones

No existe este servicio.

7. Transporte

Para el transporte de carga y pasajeros, así como de correos hacia y desde la Cuenca de Laguna de Perla, se utilizan embarcaciones de aproximadamente 40' de largo por 15' de ancho y para la movilización entre las diferentes comunidades se utilizan embarcaciones de 25' de largo por 5' de ancho, denominados "puk puk" y pequeñas canoas y cayucos.

8. Vías de Acceso

La cuenca de Laguna de Perlas carece por completo de una red vial terrestre que la comunique con Bluefields o con el Atlántico Norte. Existe una trocha que comunica el pueblo de Laguna de Perlas con Kukrahill, pero actualmente se encuentra abandonada. La única vía de acceso es la res fluvial que funciona por medio de embarcaciones privadas que viajan a esta zona y que actualmente es muy reducida.

Las comunidades de Laguna de Perlas que tienen muelles operables y que son utilizados para el desembargo de carga y pasajeros son:

Muelles	Construcción
Laguna de Perlas	Flotante
Haulover	Concreto
Tasbapounie	En proceso
Orinoco	Repararlo
Marshall Point	Mal estado
Pueblo Nuevo	Madera
Kakabila	En proceso
Brow Bank	En proceso

V. INFRAESTRUCTURA DE SERVICIOS MUNICIPALES

1. Recolección de Residuos Sólidos

La Alcaldía presta el servicio de recolección de basura a algunos sectores del Casco Urbano, el resto de la población usa la técnica de enterrar y quemar la basura, otros prefieren tirarla a basurero no autorizados.

2. Cementerio

Existe el servicio de cementerio

3. Parques

No existe este servicio

4. Mercado

El Municipio no cuenta con mercado municipal, el abastecimiento de productos básicos se hace desde las comunidades vecinas, especialmente desde la cabecera regional Bluefiels.

5. Rastro

El Municipio cuenta con un Rastro recién construido con el apoyo de la Alcaldía del municipio, el FISE y el Banco Mundial. El rastro cuenta con las medidas higiénicas sanitarias necesarias.

VI. ASPECTOS ECONOMICOS

La base económica de la Cuenca de Laguna de Perlas es la agricultura. La producción agrícola es limitada, aunque se logran excedentes en el cultivo de arroz, piña, musaceas, raíces y tuberculos. Las características predominantes en la zona, principalmente de los suelos, son desfavorables para la explotación de ganado vacuno.

Según datos estadísticos del Ministerio de Acción Social (MAS), el municipio cuenta con un total de 661 manzanas sembradas, desglosadas de la siguiente manera:

Cultivo	Maíz	Yuca	Arroz	Frijoles
Manzana Sembrada	95	182	319	65

El método de siembra que se utiliza es el tradicional, que es el corte, quema y siembra. Entre los factores que afectan a los agricultores de la zona son: la falta de caminos de penetración para llevar la producción a la ciudad, la falta de transporte hacia los mercados, falta de insumos, herramientas agrícolas y crédito.

Sector Pecuario

Las comunidades que mas practican la ganadería son Haoulover, Pueblo Nuevo y La Fe, con un promedio de no mas de 700 cabezas de ganado. Y es casi una costumbre que el ganado deambule por las calles del pueblo.

Sector Maderero

La extracción de madera es realizada de manera artesanal (motosierras) y de manera mínima. En kakabila había un aserrio portátil, financiado por la iglesia morava (IDSIM). Además, Laguna de Perlas cuenta con un pequeño bosque que se explota en pequeña escala.

Sector Pesquero

La pesca artesanal se practica por la mayoría de la población de la zona, contando para ello con medios elementales como: redes, cuerdas de nylon, anzuelos, atarrayas, cayucos con vela o con motores, etc. Existen pescadores agrupados en cooperativas de pescadores artesanales que se dedican a la captura de variedades de escama, camarones blancos, calamares, langostas, chacalines y tortugas.

La comercialización del producto extraído por los pescadores se realiza a través de la empresa de acopio y proceso Santa Matilde, ubicada en la ciudad de Bluefields, la cual envía barcos de acopio a la Cuenca de Laguna de Perlas para comprar el producto al Centro de Acopio privado Blue Water, que procesa 12,000 libras de mariscos diariamente. Existe además un Centro de Acopio y Fabrica de hielo financiados por APN de Noruega, con capacidad de 20 toneladas de mariscos y producir 35 toneladas de hielo diariamente.

VII. DELEGACIONES INSTITUCIONALES

Consejo Supremo Electoral
Ministerio de Educación
Ministerio de Salud
Policía Nacional
Registro Publico
Ministerio de Economía y Desarrollo para la Pesca
Empresa Nicaragüense de Telecomunicaciones

VIII. MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES

La geografía de la Cuenca de Laguna de Perlas esta formada de ríos, lagunas, y una variada flora y fauna.

La flora esta compuesta por un bosque tropical húmedo, siendo uno de los pocos de esta indole que sobreviven en América Central. En ella se encuentra muchas especies de maderas preciosas como el mahogany, cedro, cedro macho, cedro real, laurel, zopilote, santa María (la mas usada para la construcción de viviendas y barcos) etc.

La fauna esta compuesta por una variedad de animales de caza como: sahino, venado cola blanca y ocasionalmente el venado cervato, el tapir y una amplia variedad de aves.

El municipio cuenta con una Plataforma Continental al este de la Laguna de Perlas, dotada de pequeños cayos de coral, arena y franjas de arrecifes de coral de aproximadamente 50 Kms².

Laguna de Perlas tiene cuatro ríos: Kurinwas, Patch, Kung Kung y Wawashan.

IX. COOPERACION EXTERNA Y HERMANAMIENTOS

Laguna de Perlas cuenta con los siguientes hermanamientos.

Ciudad	País
Maidstone	Inglaterra
Oppeer Montclair	New Jersey de USA (inactivos)
Midleton	Wisconsin, USA (inactivos)
Gentilly	Francia (inactivo)

Laguna de Perlas cuenta con la presencia de organismos donantes que proporcionan ayuda en las diferentes necesidades del municipio como son:

CEPAD	CIDCA
FADCANIC	FISE
DINAMARCA	DIVAL
DANIDA	CIEETS
ACCION MEDICA CRISTIANA	IBIS
ADEPHA	BISU
APN	

X. PARTIDOS Y ORGANIZACIONES

En el Municipio trabajan las siguientes organizaciones: Cooperativas de Pescadores Artesanales, Iglesias Católicas, Moravas, Anglicanas, Bautista, Pentecostés y Adventistas.

Entre los Partidos Políticos con representación en el municipio están:

Proyecto Nacional
Frente Sandinista de Liberación Nacional
Partidos Unidad Nicaragüense Obreros Campesinos y Profesionales
Movimiento Acción Renovadora
Alianza Unidad
Alianza Liberal
Partido de Unidad Liberal
Partido Camino Cristiano Nicaragüense

XI. LA MUNICIPALIDAD

El Concejo Municipal

El Concejo municipal de Laguna de Perlas esta compuesto por cinco concejales propietarios y cinco suplentes, los que son elegidos conforme la ley.

El Concejo municipal ejerce el gobierno y la administración del municipio, con carácter deliberante, normativo y administrativo, presidido por un Alcalde. El Concejo cumple las funciones y competencias establecidas en la Ley de Municipios y su Reglamento.

El Concejo Municipal de Laguna de Perlas, es la máxima autoridad colegiada de gobierno y de la administración pública local. El objetivo general del Concejo es establecer las orientaciones fundamentales de la gestión pública municipal en los asuntos económicos y sociales del municipio.

El Alcalde

El Alcalde es la máxima autoridad ejecutiva del municipio, el cual es electo por la población. El Alcalde coordina el trabajo del municipio con instituciones estatales, organismos No Gubernamentales y Organizaciones comunitarias que realizan actividades en el territorio.

El Presupuesto Municipal

El presupuesto de la Alcaldía es elaborado cada año y es aprobado por el concejo municipal después de ser presentado por el Alcalde, considerando los ingresos y egresos proyectados.

Personal Municipal

La Alcaldía de Laguna de Perlas cuenta con 10 trabajadores, de los cuales 6 son de carácter permanente y 4 temporales; los que desarrollan tareas tanto administrativas como financieras, de servicios y técnicas.

XII. DERROTOS MUNICIPALES

Laguna de Perlas – Desembocadura de Rio Grande

El límite se inicia en un punto de la Costa del Océano Atlántico (Mar Caribe), con coordenadas 83°31'51" W Y 12° 47'18" N, continúa en dirección oeste 1.65 km. Hasta llegar a un punto con coordenadas 83° 32'46" W y 12° 47'18" N, en el borde norte de Laguna de Perlas, sigue sobre dicho borde hasta la desembocadura de Río Kurinwas, el que sigue aguas arriba hasta la confluencia con Río Kung Kung, punto final del límite.

Laguna de Perlas - Océano Atlántico (Mar Caribe)

Comprende desde un punto de la Costa del Océano Atlántico (Mar Caribe), con coordenadas 83° 51' W y 12° 47'18" N, hasta el otro punto de la misma costa con coordenadas 83° 40'06" W y 12° 15'15" N.

Laguna de Perlas – Kukra Hill

Este límite se inició en Cerro Volcán Azul (211.2 m) gira en dirección suroeste 14.25 km. Hasta la cabecera de caño Dos Bocas siguiendo su curso aguas abajo hasta 83° 46'24" W y 12°

20'00"N, donde gira en dirección sureste 4.05 km. Encontrando un punto sobre caño La Palamar con coordenadas 12° 18' 06" N y 83° 45' 15" W, continuando aguas debajo de este hasta su confluencia con caño Slilmalila. Sigue en dirección noreste 0.95 km. Hasta una altura de 27 m. Continúa al sureste 1.9 km. Hasta una altura de 25 m, prosigue en la misma dirección este franco 3.65 km. Hasta llegar a un punto de la costa del océano Atlántico (Mar Caribe), con coordenadas 12° 15' 15" N y 83° 40' 06", punto final del límite.

Laguna de Perlas – El Tortuguero

El límite se inicia en la confluencia de los ríos Kung Kung y Kurinwas, continúa aguas arriba de este último hasta su confluencia con río Kurinwactio, sigue aguas arriba de este hasta su cabecera, tomando luego dirección suroeste una distancia de 8.0 km. hasta la cabecera de caño Chacachaca Creek, siguiendo su curso aguas abajo hasta su confluencia con río Wawashang, sobre el cual sigue aguas abajo hasta su confluencia con un caño sin nombre, en un punto con coordenadas 83° 56' 40" W y 12° 38' 22' N, el límite sigue aguas arriba del caño sin nombre hasta su cabecera, tomando luego dirección sureste 565 km. hasta la cima de cerro Volcán Azul (211.2m), punto final del límite.

XIII. FUENTES CONSULTADAS

- Caracterización de Laguna de Perlas CIDCA 1989
- Caracterización zona de Laguna de PERLAS 1992
- SISCOM, Ministerio de Acción Social 1995
- Demarcación y Organización Municipal de las Regiones Autónomas Atlántico
- Norte y Sur. INETER Abril de 1996
- Compendio Estadístico INEC 1987-1991
- Datos Preliminares del V11 Censo Nacional del INEC 1995
- Diccionario Nicaragüense Guerrero y Soriano 1985

ANEXOS

LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN UN CONTEXTO MULTICULTURAL:

MATRICES DE RESULTADOS

A) NIVEL DE PARTICIPACIÓN

1. LIDERAZGO COMUNITARIO

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
1.1 Mecanismo de Selección	<p>-Yo Creo que parten del comportamiento, de la responsabilidad, si es serio en sus quehaceres, lo eligen por lo que ven en su persona y el interés que ve en él la comunidad.</p> <p>-He enfrentado serios problemas de conflictos internos en la comunidad, entre familias, y como no soy ignorante, tengo paciencia, espero hasta el otro día. Si un líder es vulgar, ingiere licor, no lo respetan.</p> <p>-La persona demuestra ante la comunidad por qué es un líder, por amor a la comunidad, etc. El problema es que un líder, siempre necesita más conocimientos para ser un líder eficaz.</p> <p>-No es preciso que el líder sea electo, nace con dotes y es cultivado en la escuela, la universidad o en la vida cotidiana. Cada uno tiene su talento. Un líder nace y cultiva sus talentos. A partir de esas facilidades, la comunidad los selecciona, pero cada cual viene con sus talentos.</p>	<p>El líder es elegido por la comunidad bajo un sistema democrático. Ningún líder está impuesto por ninguna institución. Existen líderes naturales que no pasan por las formalidades de una elección, sino que su liderazgo depende de su capacidad de crear opinión, capacidad de gestión y convocatoria, y muchas veces a la red de parentesco a la que pertenecen.</p> <p>El Liderazgo también exige un comportamiento público mesurado, digno de ejemplo para los demás en la comunidad.</p> <p>Los líderes necesitan aptitudes para serlo, es decir, deben poseer ciertas cualidades y valores que se van puliendo con la capacitación.</p> <p>Un enfoque más tradicional considera que un líder nace siéndolo, no se hace. Lo que se necesita es identificarlos en la comunidad.</p>	<p>Los líderes son nombrados democráticamente y en la mayoría de los casos tienen como bases de poder la capacidad de recompensar y el conocimiento que poseen. El hecho que los líderes sean elegidos democráticamente no significa que la comunidad tenga mucha injerencia en su gestión.</p>

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
1.2 Liderazgo Femenino	-Expresa una líder mujer: Hace algún tiempo yo asumí como pastora (líder religiosa) fue por abandono de un pastor. Yo no estudié para ser líder, pero Dios me apoya para dirigir la comunidad, y por la cantidad de gente que me solicitan.	Se ha notado un cambio en la participación de las mujeres en el liderazgo de las comunidades. Anteriormente las mujeres no tenían presencia en el liderazgo, ahora son parte de los líderes comunales...Es frecuente que el liderazgo se haya alcanzado a partir de la iglesia, educación y salud, consecuente con el rol asignado a la mujer en la familia.	Las intervenciones que intentan cambiar el locus del control interno, sin cambiar las condiciones del ambiente, pueden incrementar la frustración y conducir a impotencia aprendida. Este es el caso que se presenta cuando contribuimos a que las mujeres aumenten su autoestima, pero no es posible cambiar la relación entre los sexos en la comunidad, ni se crea opinión pública para la participación de las mujeres en el liderazgo de la comunidad. La participación de las mujeres en el liderazgo comunitario se debe alcanzar a través de las organizaciones comunitarias. El liderazgo femenino tiene importantes diferencias, marcadas por las diferencias culturales de las etnias, así se observa que en miskitos y mestizos, en quienes es muy marcado el rol cultural asignado a los sexos, la mujer asume un rol doméstico.
1.3 Estilo de liderazgo	-La gente dice que hay un juego: hay que seguir al líder. El líder debe también seguir y aprender de los demás. -...A veces la participación no es espontánea y el buen humor debe prevalecer en la comunidad. Alguien tiene que tomar las decisiones si surge una emergencia.	El estilo de liderazgo es situacional, es decir se asume un estilo en dependencia de la situación a enfrentar. Si bien es cierto es democrático en condiciones normales, puede volverse autocrático en ciertas circunstancias. En general, la gente está consciente que el liderazgo democrático, cuando la comunidad puede participar en la gestión, es el adecuado.	En términos generales, la comunidad prefiere a los líderes paternalistas, aunque también mencione a los líderes democráticos. El paternalismo no es más que una forma de dominación o alineación que otorga el poder a quien posee los recursos. Este tipo de liderazgo ocasiona un tipo de clientelismo; es decir, la comunidad apoya políticamente y moralmente al líder, en tanto éste tenga la capacidad para satisfacer las necesidades materiales de la población, ya sea por sus propios medios o por "conectarse con las instituciones". Esto es contraproducente, en tanto que el mayor papel del trabajo del líder debería ser el de establecer, mantener y rehacer formas de relación entre la misma comunidad. El liderazgo paternalista establece relaciones de dominación aunque sea benevolente.

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
			Para democratizar el liderazgo en una comunidad, primero hay que conocer las bases y fuentes de poder de los líderes comunitarios, hay que analizar las debilidades y tratar de transformar la conciencia. Si hay más tiempo, ampliar las bases de poder.
1.4 Mecanismos de rendición de la gestión.	-Para rendir cuenta los líderes convocan a una reunión para dar a conocer los resultados obtenidos, en qué se gastaron los recursos, qué gestiones se realizaron y con quiénes. -El líder que no rinde cuentas a la comunidad es considerado como un líder malo. -Si el líder no trabaja bien hay que quitarlo y poner a otro...	Los mecanismos de rendición de cuentas varían de una comunidad a otra. No son procesos institucionalizados. La falta de transparencia y de comunicación es negativa para la imagen del líder. Cada organización evalúa sus procesos y al líder se le hace su llamado para que agilice su trabajo.	La rendición de cuentas de los líderes a la comunidad se hace conforme a los resultados obtenidos y no a la eficiencia en el uso de los recursos para alcanzarlos. Por otro lado, el nivel de información de la comunidad sobre las gestiones de los líderes es pobre.
1.5 Capacidad de convocatoria.	-Los líderes de los partidos políticos confunden a la comunidad. Algunos manejan un discurso confrontativo y hacen promesas sólo para conseguir los votos de los electores, pero luego no cumplen, mienten.	Está generalizado el descrédito de los líderes políticos o los que ostentan cargos basados en la pertenencia a determinado partido político.	

2. ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
2.1 El Consejo de Ancianos	-Es una estructura de administración política que nació en las sociedades indígenas antes de la colonia y en algunas tribus tenía el nombre de monexico. En el seno de este consejo se encontraban representados los grupos de parentesco a través de sus ancianos. Sus funciones principales están relacionadas a la protección del patrimonio territorial: demarcación de las tierras comunales, velar por el cumplimiento de las normas sociales en la comunidad, solución de conflictos internos y externos.	En la Cuenca de Laguna de Perlas este tipo de organización solamente existe en la comunidad miskita de Tasbapounie, pero no en las otras dos comunidades miskitas. Las funciones del Consejo de Ancianos y los cargos mismos han cambiado en el tiempo, sin embargo se conservan rasgos ancestrales. Muy frecuentemente son desconocidos por el Estado y sus funcionarios	

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
2.2 Comités Comunales.	<p>Constituyen la estructura de gobierno comunal y están conformados por representantes de la comunidad nombrados por votación. Se atribuyen el poder de normar la actuación comunitaria y la administración de sus recursos, aunque carecen de status jurídico.</p> <p>Gestionan proyectos sociales, de infraestructura y productivos par el desarrollo de la comunidad</p>	<p>Uno de los problemas que se percibe es la competencia en las funciones del comité de salud de las comunidades y conflictos por el liderazgo de la comunidad. En muchas comunidades han perdido la credibilidad de la población debido a la malversación fe fondos de los proyectos. En algunas comunidades el comité comunal ha enfrentado conflictos internos producto de posiciones partidarias de sus miembros.</p>	
2.3 Cooperativas de pesca	<p>Son empresas asociativas sin fines de lucro en las cuales los socios, son a la vez dueños y empleado de la empresa. Se estima que existen unos 1000 pescadores en Laguna de Perlas pero sólo unos 100 se encuentran organizados en cooperativas.</p>	<p>Son creadas con el objetivo de producir o distribuir de manera conjunta y eficiente los bienes y servicios para satisfacer las necesidades de sus asociados y de la comunidad.</p>	
2.4 Comité de Salud	<p>Los comités de salud se originaron en los años 60 en la comunidad de Laguna de Perlas y Orinoco. Sus funciones eran organizar las condiciones logísticas para el funcionamiento de las pequeñas unidades móviles de asistencia rural (PUMAR). En 1992, con el desarrollo del programa de salud comunitaria de AMC, los comités de salud se reactivaron en todas las comunidades de la Cuenca de Laguna de Perlas, con un perfil enfocado en salud y desarrollo comunitario.</p> <p>Los comités de salud velan por la salud de la comunidad y participan en la gestión de la misma como contrapartes de los esfuerzos organizaciones no gubernamentales, aunque no tienen injerencia en los planes del Ministerio de Salud.</p>	<p>Según su nivel de desarrollo, los Comités de Salud participan en la planificación y evaluación de las intervenciones de salud en sus comunidades. Tienen participación activa en el diseño, ejecución y evaluación de proyectos de desarrollo comunitario.</p> <p>La mayoría de los comités de salud cuentan con representación de los principales líderes de la comunidad (representantes de cooperativas, maestros, líderes religiosos, líderes naturales o de opinión) y agentes comunitarios (representantes del movimiento de brigadistas, líderes de salud y parteras)</p> <p>Existe alguna pugna con los comités comunales por el liderazgo comunitario. La comunidad reconoce mayor representatividad y capacidad de gestión en el comité de salud que el comité comunal, sin embargo el poder político de la comunidad descansa en este último.</p>	<p>Existe bastante consenso de que el empoderment comunitario se logra a través de organizaciones mediadoras. En este caso, las organizaciones comunitarias. En las organizaciones comunitarias es donde se forman identidades y se crea un propósito. Sólo interactuando con otros, la gente adquiere características esenciales para el empoderamiento: el control, el pensamiento crítico, la concientización, la coherencia.</p> <p>Uno de los mayores inconvenientes es que las organizaciones comunitarias podrían tener vida corta o poca funcionalidad, dado que sus miembros y dirigentes son voluntarios que trabajan con la convicción de lograr cambios en la comunidad, pero que a veces pasa mucho tiempo antes de ver un impacto sostenible.</p> <p>Una circunstancia que afecta este proceso de organización comunitaria es que las instituciones que intervienen en estas comunidades forman sus propias organizaciones contrapartes. Las organizaciones comunitarias más activas visibles en las comunidades son: Las formadas por la iglesia como el Movimiento de mujeres y el Young People Fellowship.</p>

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
			<p>Tiene igual importancia los Comités de Salud y el Movimiento de Brigadistas apoyados por AMC.</p> <p>La diversidad de organizaciones no logra establecer estrategias de desarrollo integral en las comunidades por falta de un esfuerzo aglutinador de una organización coordinadora. Contrario a esto, existe un cierto nivel de competencia entre las organizaciones comunitarias por el liderazgo de la comunidad y el financiamiento.</p>
2.5 Sociedad de Enfermedad y Muerte	<p>Esta organización existe en las comunidades garífunas de Orinoco y Brown Bank. Su propósito es la ayuda a personas con enfermedades graves o a los familiares de personas fallecidas. La organización se originó en los años 70, aunque desapareció en la década del gobierno sandinista, para reaparecer en los 90.</p>		<p>Existe una cantidad importante de organizaciones comunitarias en la Cuenca de Laguna de Perlas, exceptuando las comunidades mestizas del río Wawashang. Hay capacidad organizativa espontánea de la comunidad para resolver sus problemas. Un ejemplo de esto, son las cooperativas, el consejo de ancianos y la Sociedad de Enfermedad, que se puede considerar está conformada por grupos de ayuda mutua en tres comunidades garífunas. Los garífunas también han encontrado la necesidad de fortalecer su identidad étnica y han formado una organización para alcanzar ese objetivo.</p>
2.6 Comité de rescate de la cultura garífuna	<p>Esta es una organización que nació en 1996 por iniciativa de la URACCAN y que tiene presencia en las comunidades garífunas de Orinoco, la Fe y San Vicente. Su propósito es rescatar los aspectos de la cultura garífuna, principalmente el idioma, danza y tradiciones.</p>	<p>Uno de los limitantes ha sido la incapacidad del rescate de la tradición oral en las comunidades garífunas de Nicaragua, por tanto se han auxiliado de las características de la cultura garífuna de Honduras y Belice. Han surgido algunos conflictos con las iglesias de denominación protestante que califican su trabajo como del diablo, sobre todo refiriéndose al rito del Walagallo.</p>	

3. MOVILIZACIÓN DE RECURSOS

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
3.1 Los Agentes Comunitarios	<p>Desde los años 80 existía una red de brigadistas del Ministerio de Salud que recibieron capacitación de cooperantes extranjeros y del Departamento de Educación Popular en Salud del MINSA. El perfil de los brigadistas estaba enfocado en funciones de prevención (la participación en las Jornadas Populares de Salud) y la asistencia al personal de salud durante las Brigadas Médicas Móviles (BMM). Esta red cayó en inactividad después de 1987 y fue reactivada por AMC a partir de 1989, después del huracán Joan. A partir de 1989 se capacitaron tres tipos de agentes comunitarios, parteras, brigadistas de salud y líderes de salud.</p>	<p>-Los líderes de salud participan en la gestión de la salud en sus comunidades, integrándose en la mayoría de los caos a los comités de salud o comités comunales. Participan directamente de los procesos de planificación y evaluación participativa de AMC.</p> <p>Las parteras asumen un rol cultural en las comunidades, por cuanto su labor no se limita a lo asistencial. Más allá de eso, se encargan del ritual del nacimiento, y en las comunidades miskitas, del parentesco ritual alcanzado por el corte del cordón umbilical. También tienen algunas funciones educativas a las embarazadas y puerperas.</p> <p>Los brigadistas de salud tienen un rol más enfocado en la educación y comunicación en salud, así como el apoyo al líder de salud en sus funciones. Debido a que en su mayoría son jóvenes, su integración también obedece a una estrategia para enfrentar la drogadicción.</p>	<p>El rol de los agentes comunitarios varía de país en país, pero el concepto básico es un programa donde los miembros de la comunidad llegan a involucrarse en su salud y eligen algunos residentes para ser entrenados para la atención primaria en salud.</p> <p>Los agentes comunitarios pueden cerrar la brecha entre la medicina moderna y la medicina tradicional, o entre el sistema de salud oficial y el sistema comunitario de salud. Algunas veces juegan el papel de intermediarios entre el personal de salud y agentes de medicina tradicional en las comunidades. De hecho los agentes comunitarios utilizan recursos de los dos sistemas para resolver los problemas de salud de su comunidad.</p>
3.2 Selección de Agentes	<p>Para la selección de los líderes de Salud, hubo quienes "no fueron seleccionados por nadie en especial, los que querían trabajar se integraron por sí mismos". En otros casos de los mismos brigadistas se seleccionan el más activo y se promueve a líder de salud.</p> <p>Las parteras no se seleccionan. Es un conocimiento que se transmite de madre a hija y es la comunidad misma quien les da su propio rol en la comunidad. Este rol sobrepasa la simple atención del embarazo y del parto, sino que la partera es la encargada de algunos ritos, como el del nacimiento.</p> <p>En el caso de los brigadistas de salud se hace llamado a los jóvenes y los que aceptan voluntariamente son integrados.</p>	<p>De acuerdo a las percepciones de los participantes sobre la forma en que se hace la selección de agentes comunitarios, este proceso es variable según se trate el tipo de agente comunitario.</p> <p>Cuando existen problemas en el proceso de selección de los agentes comunitarios, puede conllevar a condiciones no favorables para la participación de la comunidad en las actividades del proyecto de salud, dado que la comunidad no se identifica con agentes comunitarios impuestos.</p> <p>A diferencia de los líderes, las parteras juegan un papel mas culturas en las comunidades. Las parteras se han formado por transmisión generacional. Posteriormente AMC ha realizado capacitaciones.</p>	

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
		<p>La comunidad prefiere elegir a sus agentes comunitarios. Cuando esto ha sucedido, se identifican a los agentes como trabajadores de AMC, probablemente asalariados y por tanto la comunidad no necesita participar en las actividades que ellos promueven.</p>	
<p>3.3 Capacidad de los Agentes Comunitarios</p>	<p>Algunas actividades realizadas por los líderes de salud son: Buscar medios para trasladar pacientes; educar al pueblo y darles información; representar a la comunidad ante otras organizaciones de salud. Algunas opiniones sobre las parteras son las siguientes: "Las parteras han demostrado más eficiencia. Nunca han presentado problemas. Las parteras nuevas necesitan más asesoramiento". "En algunas comunidades los líderes de salud deben ser más capacitados en el uso de las medicinas, porque algunos no tienen capacidad de diferenciar una pastilla de otra"</p>	<p>La capacidad de los agentes comunitarios tiene una influencia en la participación comunitaria en el programa de salud. En particular, si el agente se valora como una entidad capaz de resolver los problemas de salud de la comunidad, tiene más probabilidad de poder promover mayor participación de la comunidad en las actividades para mejorar las condiciones de salud. Al contrario, si el agente no es considerado muy capaz de resolver los problemas de salud de la comunidad, habría menos participación comunitaria. La opinión de los mismos agentes comunitarios es que su desempeño ha mejorado producto de las capacitaciones recibidas. Las expresiones vertidas, nos hacen deducir que el rol asignado al líder es más asistencia que de Promoción de la Salud, por tanto la comunidad participará en tanto el líder cumpla con estas funciones asistencias de forma afectiva.</p>	
<p>3.4 Relación de Agentes Comunitarios y la comunidad.</p>	<p>En general, se observan buenas relaciones entre los agentes comunitarios y la comunidad. Se atiende a la gente sin diferencias, Sin embargo, cuando los líderes de salud no cuentan con los medios para solucionar los problemas de salud, (medicamentos, y otros materiales) se producen algunas tensiones.</p>	<p>Si el líder de salud o la partera son considerados por la comunidad como personas con bastante entrega y voluntad de servir, hay mayor probabilidad de buena participación de parte de la comunidad en las actividades que ellos gestionan. En algunos casos la comunidad considera que los agentes comunitarios son asalariados por AMC, lo que ocasiona una disminución del apoyo comunitario.</p>	<p>La capacitación tradicional tiende a alienar a los agentes comunitarios y a alejarlos de la comunidad, negando la más importante característica que es ser uno del pueblo y llegar a ser un agente comunitario. Mientras los planificadores consideran el agente comunitario es uno de la comunidad y por tanto la comunidad debería sostenerlo, la comunidad lo considera como impuesto.</p>

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
			<p>La terminología médica aprendida con la capacitación y la reputación de la medicina moderna ubican al agente comunitario en un mayor status que su propia comunidad, reproduciéndose una práctica educativa bancaria en donde a la comunidad "hay que enseñarle". Si el personal de salud no hace mucho énfasis en la prevención-promoción, sino en la atención basada en clínica u hospitales, debe esperarse que el agente comunitario se comporte como el "pequeño médico" de su comunidad, replicando esta práctica.</p>
<p>3.5 Accesibilidad de los agentes comunitarios para resolver problemas de salud.</p>	<p>Las principales causas para no brindar asistencia, según la opinión de los agentes comunitarios son: ausencia, rechazo de algunos casos, falta de medicamentos o enfermedad del agente comunitario.</p>	<p>En situaciones donde el líder o la partera no pueden responder ante los problemas de salud, puede influir de manera negativa a la percepción que tiene la comunidad del agente, lo cual podría ser un limitante en momentos en que se necesita la participación de la comunidad.</p>	
<p>3.6 Colaboración de la comunidad con los agentes comunitarios</p>	<p>A continuación se brinda una idea de la forma concreta en que la comunidad se involucra en apoyar a los líderes, parteras y brigadistas: "Cuando se les llama ayudan en la limpieza de la comunidad. Ayudan en la distribución de cloro". "Se le ayuda con su botiquín si es de noche. Le ayudan a trasladar pacientes. Le dan comida si tiene que quedarse todo el tiempo con su paciente" En el caso de las parteras, es más aceptado por la comunidad el pago por servicios. Este pago se materializa en forma de alimentos por la atención del parto, pago monetario o en trabajo; pero aún aquí hay fricciones cuando la deuda contraída no se cancela a la partera.</p>	<p>Puede observarse que la comunidad considera que es obligación del agente comunitario resolver los problemas de salud de la comunidad; pero en la mayoría de los casos, no funciona un mecanismo de reciprocidad.</p>	<p>Usualmente se asume que las comunidades tendrían la voluntad de apoyar (mantener) a sus agentes comunitarios monetariamente o en especies, sin embargo esto no es así en parte porque la comunidad no percibe que los beneficios son mayores que los costos, aun si el agente comunitario tiene medicamentos para prescribir. Por otro lado pocas comunidades ven la ventaja de pagar por servicios preventivos o de promoción de la salud. En algunas comunidades se considera a los agentes comunitarios como asalariados de AMC y por eso no tiene mucho apoyo de la comunidad, quien interpreta el papel desempeñado por el agente como una obligación suya y no una contribución a la comunidad. Esto podría ocasionar la desmotivación de estos agentes y su deserción a mediano plazo, de no establecerse incentivos y recompensas, así como su revaloración por parte de la comunidad.</p>

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
			El status de los agentes comunitarios es usualmente bajo donde ellos realizan sólo actividades de educación y son mejor valorados por sus comunidades cuando son capaces de proveer algún medicamento, sin embargo esto varía de comunidad en comunidad.
3.7 Aporte al desarrollo del programa de AMC.	<p>"Hay interés de la gente por los proyectos. La gente se identifica con la realidad, con sus problemas y con el proyecto de la comunidad y así es que como se gestiona y se realizan las actividades"</p> <p>"Hay una buena aceptación de las actividades del proyecto en la comunidad, gracias a las capacitaciones que hemos recibido todos lo que hemos y han recibido técnicas"</p> <p>"Se aporta mano de obra, materiales y transporte hasta donde se puede, es una responsabilidad mutua y se pueden ver los resultados."</p>	<p>El aporte de los recursos a las diferentes actividades del programa de salud surgen del compromiso establecido en la planificación participativa, donde tanto AMC como la comunidad organizan sus recursos para la implementación de las acciones.</p> <p>La participación de la comunidad es fruto del intenso esfuerzo educativo en las comunidades, además de la transferencia tecnológica, donde la población aprende haciendo.</p> <p>Los proyectos de infraestructura son de autoconstrucción con la supervisión técnica de promotores agrícolas o de infraestructura, según se trate el proyecto comunitario.</p>	<p>El nivel de participación de la comunidad en la gestión es el de co-gestión o co-administración, es decir, tanto AMC como la comunidad comparten la gestión de la salud en las comunidades. La Comunidad reconoce la importancia de darle continuidad a la intervención en salud y desarrollo, aun si AMC se retirara de las comunidades, sin embargo no existe un mecanismo establecido que garantice la apropiación del proyecto por parte de la comunidad.</p>
3.8 Colaboración de la comunidad con el personal de salud MINSA.	<p>En las comunidades con Puestos de Salud las formas de participación de la comunidad son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudan a cargar los medicamentos. • Asisten a reuniones • Apoyan la vacunación • Hacen limpieza de las comunidades • Traslado de pacientes • Ayudan en las reparaciones de la clínica. <p>En las comunidades sin Puesto de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudan a preparar los alimentos • Avisan sobre visita de la brigada • Localizan un lugar adecuado para atender a los pacientes y albergan a los visitantes. • Cumplen con las orientaciones de prevención. 	<p>Parece ser que la comunidad colabora con el trabajo del personal de salud en reciprocidad a la satisfacción de sus necesidades de salud. Dada la persistencia de un enfoque asistencialista de la salud, la comunidad participa en actividades de Promoción de la Salud cuando son satisfechas sus necesidades de asistencia médica.</p> <p>En comunidades sin Puesto de Salud el trabajo es más palpable, y por iniciativa de la misma comunidad.</p>	

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
3.9 Interacción MINSA con los agentes comunitarios:			<p>Los agentes comunitarios, además de interactuar con los agentes de medicina tradicional también interactúan con el MINSA. Desafortunadamente el abordaje del personal MISNA hacia los agentes es instrumental, como una estrategia de aumentar la cobertura de los servicios de salud estatales o preparar las condiciones en la comunidad par atención médica y de enfermería por le personal.</p> <p>El apoyo del sistema oficial de salud es de extremada importancia a la moral y por lo tanto al nivel de interés y actividad del agente comunitario. Su prestigio se ve disminuido cuando el personal de salud falto de ética critica los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o maltrata a los pacientes referidos a las unidades de salud.</p>

4. GESTIÓN COMUNITARIA

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
4.1 Gestión de Proyectos	<p>-Se tenía el problema de letrificación y las heces fecales contaminaban el suelo en toda la comunidad. Ahora hay letrinas, tanques, pozos, hay educación de cómo mantener limpia la comunidad, todo eso ha sido una Actividad realizada en conjunto con AMC.</p> <p>-Entre el Comité y AMC ha realizado diferentes actividades... y en nombre del Consejo puedo decir que se ha hecho todo por mejorar las condiciones higiénico-sanitarias.</p>	<p>Los proyectos nacen de la comunidad, son elaborados dentro de la misma. La comunidad identifica sus problemas y propone soluciones a los mismos haciendo uso de la investigación-acción participativa, introducida como tecnología a partir de 1992. AMC participa en la gestión del financiamiento y frecuentemente aporta un monto parcial desde el proyecto, pero la implementación y seguimiento lo asume la comunidad.</p>	<p>El nivel de participación de la comunidad en la gestión es el de co-gestión o co-administración, es decir, tanto AMC como la comunidad comparten la gestión de la salud en las comunidades.</p> <p>A partir del año 1992 se ha venido utilizando la investigación acción participativa como metodología en las comunidades, en donde tanto la comunidad como AMC adquieren compromisos a partir de este proceso.</p> <p>La comunidad reconoce la importancia de darle continuidad a la intervención en salud y desarrollo, aun si AMC se retirara de las comunidades, sin embargo no existe un mecanismo establecido que garantice la apropiación del proyecto por parte de la comunidad.</p>

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
4.2 Sostenibilidad de la gestión	<p>-Nunca se podrá dejar de agradecer a AMC, porque son el gobernador o alcaldes de las comunidades, donde trabajan con apoyo del proyecto. Porque las autoridades no visitan a las comunidades, sólo durante el período electoral, hasta se mojan cuando andan en campaña política, pero después ya no llegan. AMC llega todo el año.</p> <p>-Cuidado, porque el proyecto mañana puede desaparecer, que sirva como recuerdo. Debemos de tener en cuenta que todo lo que nace también muere.</p> <p>-Hay que seguir el ejemplo de AMC. Si AMC se retira de la cuenca, la comunidad debe asumir y considerar que tienen capacidad para actuar por sí mismos.</p>	<p>Peligrosamente, las comunidades han comenzado a ver en las ONG como AMC, un sustituto del estado, ante la incapacidad de éste para satisfacer sus necesidades. Sin embargo las comunidades están conscientes que el proyecto puede finalizar y la población y sus líderes deben continuar con el desarrollo.</p>	<p>Lo que en un inicio se entendía como aporte al programa por la comunidad, se torna en el concepto de "sostenibilidad" de las acciones de salud comunitaria. Sin recurrir al concepto economicista, se puede hablar de sostenibilidad en los siguientes términos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existencia de recursos autóctonos para continuar con las acciones • Participación autogestionaria de la comunidad. • Existencia de servicios alternativos en la comunidad. • Desarrollo de procesos de concientización y reflexión, con incorporación de procesos de desarrollo. <p>El camino recorrido es amplio, pero aún falta mucho. Es necesario fortalecer el liderazgo comunitario, los mecanismos de relación de las comunidades con el Estado y la sociedad civil para la coordinación intersectorial, intra-sectorial, y la formación de redes de organizaciones comunitarias.</p>
4.3 Mecanismos de control del desempeño de los agentes.	<p>-Se invita a la comunidad a reuniones y se piden sus sugerencias y sus críticas, pero poco aportan. En otras comunidades hay más aportes en las reuniones. En otra comunidad hay un Comité Comunal que vigila todo.</p> <p>-No hay quien me vigile y francamente es poco lo que he hecho este año. La comunidad no está interesada en vigilar estos trabajos.</p> <p>-Hay personas que visitan a la mujer parturiente y valoran si la partera está trabajando bien.</p>	<p>Los mecanismos de evaluación del trabajo del líder son variables. En algunas comunidades los comités comunales y otros dirigentes hacen valoraciones sistemáticas del desempeño del líder de salud.</p> <p>En otros casos no hay ninguna valoración o retroalimentación del trabajo del líder.</p> <p>El líder de salud principalmente y los comités comunales son los encargados de la evaluación de la partera.</p>	<p>Poco a poco los comités comunales han venido asumiendo el control del desempeño de los agentes comunitarios, pero hasta ahora esta función ha descansado principalmente en el equipo de AMC. La gente tiene sus apreciaciones del trabajo de los agentes comunitarios, pero hasta ahora hay un mecanismo muy claro. Lo que es evidente es la evaluación de los resultados del desempeño de los agentes concretados en la modificación de indicadores de salud en la comunidad y la calidad de su trabajo, más que el proceso mismo.</p>

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
4.4 Participación de la mujer en la gestión.	<p>-Tenemos un porcentaje muy alto en la participación de la mujer en los proyectos de desarrollo.</p> <p>-Las mujeres tienen su parte de trabajo. En la comunidad son las mujeres las más activas porque los hombres son un poco desinteresados.</p> <p>Algunas limitaciones encontradas para la participación de la mujer: (en el caso de las mujeres mestizas)</p> <p>-Muchos hijos y mucho trabajo en casa.</p> <p>-Maridos celosos que no dejan participar con libertad.</p> <p>-Algunos trabajos pesados para la mujer.</p> <p>-Falta de apoyo por algunos miembros de la comunidad.</p>	<p>A diferencia de las mujeres mestizas o miskitas, las mujeres criollas o garifunas tienen un alto nivel de participación en la vida de la comunidad.</p> <p>Si bien, no existe participación en la toma de decisiones, sino como colaboradoras de decisiones ya tomadas.</p> <p>En el caso de las mujeres mestizas, la participación se limita a su rol doméstico, ya que son los hombres los encargados de la vida pública de la comunidad.</p>	<p>La participación de las mujeres en la gestión de la salud, tiene las mismas características encontradas en el liderazgo femenino: la mujer mestiza y la miskita suman un rol que puede entenderse como la extensión de su rol doméstico y que está limitado a la aprobación de su marido y la opinión pública en la comunidad.</p> <p>Si bien es cierto existen patrones culturales que determinan este comportamiento, también lo es el hecho que las mujeres tengan menor nivel de instrucción. En la comunidad indígena rama se ha demostrado que cuando las mujeres logran contribuir a la vida productiva de la comunidad y mejoran su escolaridad, alcanzan el reconocimiento público de la comunidad.</p>

B) FACTORES DEL ENTORNO

Descriptores	Resultado	Interpretación	Análisis
1. FACTORES POLÍTICOS	<p>El período electoral de 1996 fue muy agitado debido a la guerra de palabras entre los dirigentes políticos. Una vez que terminó el período electoral, los partidos políticos disminuyeron su acción y casi desaparecen de la zona. Sin embargo las secuelas de la polarización política quedaron entre los seguidores de los diferentes partidos existentes, lo que generó división e las comunidades.</p> <p>El cambio de autoridades del gobierno local y de funcionarios, como personal de salud, maestros y concejales, ha sido perjudicial, porque todo el esfuerzo de capacitación y la experiencia adquirida se desperdicia.</p>	<p>Las campañas políticas recién pasadas contribuyeron a la polarización en las comunidades de la cuenca, principalmente en Laguna de Perlas, donde incluso afectó los lazos familiares y comunitarios.</p>	

Descriptores	Resultado	Interpretación	Análisis
	<p>La mayoría de la gente desconoce lo que es autonomía y expresan que los líderes regionales de la RAAS, sólo buscan su propio provecho, instalando sus propias empresas y explotando los recursos de la región a su favor.</p> <p>El poder municipal tiene incapacidad para manejar los conflictos a nivel personal. Existen problemas entre el Comité Comunal y el de Salud en algunas comunidades; para la realización de los trabajos de proyectos que la gente desarrolla con AMC.</p> <p>Un fenómeno que se observa es el nombramiento de personas para cargos importantes, basados en la afinidad partidaria y no en la capacidad técnica de gestión.</p>	<p>No existe un concepto unificado de Autonomía. Existe una diferencia de conceptos según los distintos grupos étnicos. La Ley de Autonomía no recoge la opinión de los costeños.</p> <p>Los líderes políticos locales tienen la tendencia a ser dependientes del partido y a obedecer sus órdenes, probablemente esto impide la consolidación del poder local.</p> <p>A nivel local, los cambios de funcionarios por criterios partidarios, afectan los proyectos en las comunidades en su nivel de gestión.</p>	
2. FACTORES ECONOMICOS	<p>Existen dos fuentes económicas importantes en la cuenca: la pesca y la agricultura. La producción agrícola es para autoconsumo y la pesca es para exportación.</p> <p>El poco trabajo de las instituciones que existe en la Costa se canaliza a través del partido en el gobierno. La gente vive más de las remesas familiares que envían desde Estados Unidos de América.</p>		
3. FACTORES SOCIALES	<p>La población está consciente de que el tráfico y uso de drogas, es un problema serio en las comunidades de la cuenca.</p> <p>Sin embargo, existen comentarios como "el tráfico está bien, si sólo va de paso y deja beneficio económico al pueblo".</p> <p>"Se percibe el problema pero nadie está haciendo nada. Hay dos comunidades que viven de la droga Set Net y Tasbapounie.</p>	<p>El tráfico de drogas daña la estabilidad social, especialmente por conducir a otros actos delictivos como el robo y actos de violencia.</p> <p>La población no percibe el daño social que la droga está provocando.</p> <p>La población lo ve como un potencial para el desarrollo económico, sin medir las consecuencias de ello.</p> <p>La población se encuentra pasiva ante este problema, aunque no por falta de información.</p>	

4. FACTORES CULTURALES

Descriptores	Resultado	Interpretación	Análisis
4.1 Etnicidad	<p>En la Cuenca de Laguna de Perlas coexisten cuatro grupos étnicos, unos con más fuerte identidad étnica que otros.</p> <p>La mayor característica de la identidad étnica criolla es el lenguaje, ampliamente difundido a las otras etnias de la cuenca, exceptuando los mestizos.</p> <p>Los miskitos de la comunidad de Haulover han perdido su identidad étnica y se auto-nombran criollos.</p> <p>Los mestizos son quienes tienen menor cohesión étnica. Esto se observa en la dispersión de sus habitantes y la poca interacción entre ellos.</p>		<p>Existe una relación inversa entre aculturación y participación comunitaria. Cuanto mayor sea la identidad étnica de los grupos y mayor su sentido de pertenencia a la comunidad, mayor será el deseo de que la situación de su comunidad mejore, y tomará conciencia de la necesidad de participar.</p> <p>La identidad étnica es mayor que la identidad nacional. El desconocimiento de esta realidad trajo consigo muchos conflictos durante el gobierno sandinista, lo que dio lugar a la Ley de Autonomía.</p> <p>La identidad étnica, se constituye en el elemento aglutinador de las comunidades mediante diferentes dispositivos de integración étnica, que también favorecen la solidaridad y reciprocidad.</p> <p>La Iglesia y la educación han sido las principales instituciones de aculturación.</p> <p>La educación sanitaria ha servido en algunos casos para imponer criterios basados en paradigmas del personal de salud, y dirigida a modificar la cultura de la comunidad de una manera intrusa o encubierta.</p> <p>Experiencias en comunidades étnicas han demostrado que las ideologías tradicionales pueden promover la cooperación la solidaridad, en cambio las ideologías modernas fomentan el individualismo y la competencia.</p> <p>El trabajo en un área multiétnica, aun cuando cada comunidad sea monoétnica a lo interno (no conviven varias etnias en la misma comunidad), agrega mayor complejidad al programa de salud comunitaria.</p>

Descriptores	Resultado	Interpretación	Análisis
			<p>En un estudio sobre el programa de tuberculosis en la Costa Atlántica reveló que la participación tiene mayor oportunidad de desarrollarse cuando las divisiones étnicas, religiosas y o tras, son menos marcadas. En la Costa Atlántica, donde habitan seis diferentes grupos étnicos, la segmentación de la comunidad y la confrontación con el grupo dominante mestizo, limitaron la aceptabilidad de los servicios de salud e hicieron más difícil la participación.</p> <p>No tomar en cuenta la realidad multicultural de estas comunidades ha ocasionado el fracaso de algunos proyectos importantes.</p>
4.2 Jerarquía étnica	<p>En la Cuenca de Laguna de Perlas existe una jerarquía étnica que se observa en el resto de la Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS). Esta jerarquía se ha venido estableciendo históricamente des hace varias décadas.</p> <p>En el estrato más alto de esta jerarquía se encuentran los criollos, producto de una mejor inserción en las relaciones sociales del último siglo, desde la llegada de los ingleses y la iglesia morava a la Costa Atlántica. En los criollos está concentrado el poder municipal y los principales cargos administrativos tanto en instituciones del Estado como en organizaciones civiles. En un nivel más bajo se encuentran los garífunas que poco a poco han logrado escalar algunos cargos intermedios, luego los miskitos y finalmente los mestizos pobres desplazados por la frontera agrícola.</p>	<p>Las características de las relaciones Interétnicas se han forjado en el transcurso de tres siglos al menos y han evolucionado producto de los acontecimientos históricos sobre todo la intervención de ingleses, norteamericanos y la iglesia morava.</p>	
4.3 Etnocentrismo	<p>Las manifestaciones etnocéntricas en la cuenca de Laguna de Perlas se observan a dos niveles: entre las etnias costeñas (criollos, garífunas y miskitas) y los mestizos, una diferencia que se ha venido acrecentando desde la reincorporación de la mosquitia con Zelaya, hasta la actualidad; y entre los grupos étnicos considerados autóctonos.</p>		<p>Se tiene que crear una base para un entendimiento mutuo de las diferentes culturas mediante discusiones constructivas y respetuosas. Es importante entender la unidad en la diversidad, donde cada uno de los grupos étnicos, sin perder su identidad, puede participar de la autotransformación de la comunidad.</p>

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
	El Etnocentrismo entre las etnias autóctonas es más imperceptible, pero acentuado en los criollos con respecto a los miskitos y los garífunas.		<p>Las actitudes etnocéntricas pueden provenir del personal de salud, cuando no existe sensibilidad y respeto por las diferentes culturas interactuantes.</p> <p>Los técnicos y los profesionales llevan mensajes de esperanza y hasta buenas intenciones, pero a veces de forma encubierta o abierta exponen su etnocentrismo, que se torna peligroso para la identidad y la existencia misma de las comunidades indígenas.</p> <p>Hasta nuestros días los gobiernos han mantenido una estrategia "integracionista" con respecto a los pueblos indígenas, aunque en algunos casos el discurso oficial reconoce la diversidad socio cultural de la nación.</p> <p>La adversión hacia el reconocimiento de los derechos indígenas se debe al rechazo de las implicaciones que tendría tal admisión: la reestructuración político-administrativa de la nación, la descentralización y la aceptación de la pluralidad étnica de la sociedad nacional.</p>

C) FACTORES INSTITUCIONALES

1. PERSONAL DEL MINISTERIO DE SALUD (MINSAL)

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
1.1 Selección de candidatos para becas.	<p>Desde el inicio del programa, AMC ha provisto becas a personal local para estudiar en la escuela de enfermería con el objeto de que estudien y regresen a trabajar como personal del MINSAL a las comunidades.</p> <p>Los criterios expuestos por los Comités Comunales para la selección de becarios son los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El que tenga la mejor nota • En algunas comunidades se busca entre los brigadistas primero • Por medio de reuniones 	<p>AMC ha trabajado con la idea de desarrollar las capacidades de personas de la comunidad para responder a los problemas de salud. Esto incluye tanto a los agentes comunitarios que trabajan de manera voluntaria, como individuos que reciben un nivel de capacitación más alto.</p> <p>La elección de becarios ha sido controversial. Si la comunidad no participa en la elección de los becarios probablemente no experimentará ningún compromiso con el personal de salud, y de igual forma los becarios no sentirán un compromiso con su comunidad.</p>	<p>Durante varios años el proyecto de AMC ha puesto atención en la formación de recursos humanos autóctonos que luego serían contratados por el MINSAL para garantizar la presencia de esta institución en las comunidades. No todos los recursos formados en la Cuenca han sido becados por AMC. Tampoco han pasado el proceso de selección por parte de la comunidad, ya que algunos se han formado mediante sus propios recursos y por interés propio.</p>

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
	<p>“El año pasado cuando AMC nos avisó sobre las becas, el comité de salud hizo todo lo posible por seleccionar algunas personas. Los interesados hicieron la solicitud, pero las respuestas eran todas negativas. Este año AMC seleccionó las personas sin tomar en cuenta el comité de Salud”</p> <p>“En algunas comunidades no se sabe cuando llegan las becas”</p> <p>“Se ha visto que algunas veces se reparten entre familias”</p> <p>Los entrevistados sugirieron:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debería permitir que el comité haga la selección • Llamar a la comunidad a asamblea para ver quiénes realmente están interesados en las becas. Se debe priorizar a las comunidades más lejanas. • Los maestros deberían participar ya que conocen a los alumnos. 		<p>Al momento de selección de los candidatos en las comunidades miskitas y mestizas, se encuentra el problema de la baja escolaridad en la población, y falta de instituciones educativas en algunas de estas comunidades.</p>
<p>1.2 Relación del personal de Salud con la comunidad</p>	<p>“En el puesto de salud de Orinoco nos tratan muy mal. Entonces prefieren ir hasta Brown Bank”</p> <p>“Si uno llega tarde lo tratan mal. En Brown Bank no importa la hora, siempre nos tratan bien”</p> <p>“Tratan mejor a las personas bien vestidas, que tienen dinero, a los pobres campesinos los tratan con asco” (mestizos)</p> <p>Cuando los auxiliares visitan las comunidades atienden a todos de la misma forma y muestran espíritu de cooperación”</p>	<p>De forma general existe una buena relación con el personal de salud en las comunidades. Este fenómeno podría ser un facilitador de la participación comunitaria como parte de la reciprocidad.</p> <p>Sin embargo, hay una opinión casi generalizada acerca del maltrato de los pacientes en el Puesto de Salud de Orinoco.</p> <p>Dado que el personal de salud es autóctono en las comunidades no se puede atribuir el maltrato a rechazo étnico. El personal de salud sufre de aculturación durante el proceso de formación, perdiéndose probablemente la visión holística de la salud-enfermedad y algunos valores comunitarios, incluyendo las relaciones horizontales con la comunidad.</p> <p>Los mestizos perciben el rechazo étnico por parte las etnias criollas, y garífunas.</p>	<p>El Modelo de atención de MINSA concibe de forma utilitaria o instrumental la participación de la comunidad. Sólo se motiva la participación social para determinados momentos, durante las jornadas nacionales de salud, campañas de vacunación, o jornadas de control vectorial, cayéndose posteriormente en períodos de aletargamiento. El desarrollo de la participación comunitaria ha sido coyuntural. Aún con todo el discurso de la estrategia metodológica de los SILOS, la participación comunitaria en la gestión ha sido pobre. El Sistema de Salud no se ha logrado reorganizar de caras a una gestión participativa.</p>

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
		Las comunidades sin puestos de salud, valoran de forma positiva la relación de los integrantes de las brigadas médicas móviles.	La OPS-OMS han afirmado que el papel de la población no es el de reemplazar al Estado, ni asumir las responsabilidades de éste, sino negociar y convenir con sus instituciones la mejor forma de resolver los problemas y asumir una función de auditoria frente al desempeño de aquellas instituciones y organizaciones, incluyendo las comunitarias, que efectúen acuerdos orientados a lograr el objetivo de salud. Es contradictoria la organización vertical de los servicios de salud con la participación social, así como el predominio de los modelos médico-asistencialistas y la concepción biomédica de la salud que no deja espacios para la promoción de la salud.
1.3 Capacidad del personal de salud para resolver problemas de salud.	<p>"Hay veces cuando se terminan los medicamentos les hacen recomendaciones sobre uso de medicina casera y son muy efectivos. Tienen capacidad para el cargo."</p> <p>"Aunque tienen capacidad muchos problemas no se resuelven por la relación con la comunidad"</p> <p>"otras veces, aunque tengan el conocimiento no pueden resolver algunos problemas por la falta de materiales"</p>	<p>De forma general se valora muy positivamente la capacidad del personal de salud para resolver los problemas de salud de la comunidad.</p> <p>En Laguna de Perlas consideran que existen enfermeras capaces de resolver los problemas sin necesidad de doctor.</p> <p>Existen limitantes para el trabajo del personal de salud en la comunidad.</p>	
1.4 Habilidad para facilitar la participación comunitaria.	<p>"Cuando se dio un caso de cólera, la enfermera transmitió su mensaje y logró la participación inmediata de la comunidad" (Orinoco)</p> <p>"Nadie ha podido convencerlos del uso del cloro y suero oral". (Raitipura)</p>	Hay persistencia de un modelo instrumental de la participación comunitaria, y parece ser que es ésta la única forma conocida tanto por la comunidad como por el personal de salud: La comunidad como colaboradora de las actividades planificadas por el personal de salud.	La comunidad reconoce la capacidad asistencial y preventiva del personal de salud, pero obviamente no existe capacidad para la promoción de la salud Este fenómeno está en correspondencia con el modelo de atención en salud promovido por el MINSA. El personal de salud aún no logra insertarse en acciones conjuntas con la comunidad y su voluntaria participación, manteniendo cierta distancia profesional con los agentes comunitarios de salud.

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
			Esta es una carencia que está diseñada desde los procesos formativos del personal de salud en donde se le asigna un valor muy bajo a la salud pública en comparación con las áreas públicas.

2. ORGANIZACION DEL PROYECTO

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
2.1 La estructura organizacional a nivel local.	El proyecto está organizado por sub- equipos de trabajo: Promoción de la Salud, Materno-Infantil, Hueros, Higiénico-Sanitario, que responden de su gestión ante el Director de proyecto, quién a su vez cuenta con un asesor. Las contrapartes de la comunidad son los comités de salud o comités comunales y los agentes comunitarios.	<p>Al momento no hay una estructura autóctona participando en la gestión del proyecto. Los comités de salud se han creado para apoyar las actividades de salud en la comunidad, sin embargo en la mayoría de los casos no tienen el poder real de decisión sobre el futuro de la comunidad por cuanto constituyen organizaciones paralelas a las tradicionales.</p> <p>Es necesario valorar si la estructura organizacional del proyecto está realmente permitiendo la participación de la comunidad en la gestión.</p> <p>La capacidad para negociar en el nivel local requiere de una descentralización de la gestión. En los últimos años se ha logrado un adecuado proceso de descentralización y desconcentración de recursos en el equipo de terreno, facilitado por la poca rotación del personal.</p>	<p>Los ONG progresistas tienen como principal propósito empoderar a la población postergada trabajando a nivel de base, a pequeña escala, de una forma comprometida, facilitando la formación de redes comunitarias y concertación de actores sociales, y proveyendo herramientas para la relación de la sociedad civil con el Estado.</p> <p>El punto de vista de las ONG pertenecientes al grupo Internacional de ONG sobre Atención Primaria en salud, es que la atención primaria en salud se ha venido aplicando en términos estrictamente médicos, sin considerar los factores sociales, económicos o políticos que la condicionan.</p> <p>Los ONG proliferaron en América Latina a consecuencia de procesos de democratización o bien por la incapacidad de los gobiernos para atender demandas de servicios. En Nicaragua se observa un sustancial incremento de ONG a partir de 1990.</p> <p>Frecuentemente las ONG funcionan como mediadoras entre las instituciones del Estado y las comunidades. Fomentan la organización y participación de la comunidad, facilitando el fortalecimiento de las redes sociales a nivel de comunidades y la interacción entre los diferentes actores sociales.</p>

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
			<p>Los ONG desarrollan modelos innovadores de intervención den las comunidades, así como modelos gerenciales ágiles. Tienen la capacidad de construir redes de organizaciones con aptitudes para influenciar la formulación de políticas nacionales, a través del estímulo a la participación ciudadana y a la movilización de otros recursos públicos.</p>
<p>2.2 Los mecanismos de Planificación y Evaluación.</p>	<p>“La mayoría de las planificaciones las hace el comité de salud. La planificación en otras comunidades la hacen las autoridades, junto con salud, AMC y las escuelas” (Brown Bank)</p> <p>“Los líderes y brigadistas planifican las actividades y luego se comunican con la comunidad”</p> <p>“Siempre deja su libertad a la comunidad fijar fechas para la realización de limpieza” (Orinoco).</p>	<p>La herramienta utilizada para la planificación y evaluación del proyecto es el marco lógico que privilegia la administración por objetivos. En el sentido práctico es poco flexible a las iniciativas de la comunidad. Por otro lado, la formulación del proyecto en la mayoría de los casos es un proceso burocrático que no cuenta con la participación de la comunidad.</p> <p>El Marco Lógico es un instrumento poco útil para el contexto socio-cultural de las comunidades, por cuanto tienen una iógica de pensamiento lineal y no necesariamente de pensamiento circular, más acorde este último con nuestra cultura.</p> <p>Una experiencia positiva ha sido la Investigación Acción Participativa, que ha contribuido a lograr una verdadera participación de la comunidad en la gestión de la salud.</p>	<p>La herramienta del Marco Lógico es usada para presentar el proyecto ante la Agencia Financiadora. La Investigación Acción se usa para el desarrollo del trabajo con la Comunidad. El principal problema es que los dos métodos no guardan correspondencia entre sí a no ser porque en el diseño del proyecto se han dejado abiertas actividades productos de las iniciativas comunitarias, bajo el título de “apoyo a microproyectos comunitarios”.</p> <p>Debido a que las Agencias solicitan las aplicaciones de proyectos con mucha anticipación, no permite esto un proceso totalmente participativo.</p> <p>La implementación real de la Investigación-Acción Participativa se han podido identificar los problemas de la comunidad, se han propuesto líneas de acción de intervención con el consenso comunitario y se han establecido compromisos de todas las partes intervinientes.</p>
<p>2.3 Comunicación</p>	<p>El medio de comunicación más utilizado en la comunidad es la transmisión persona a persona con un mensaje verbal o escrito. En menor proporción se usa la radio, debido a su escasa cobertura.</p>	<p>La comunicación de antemano sobre los planes generales del proyecto y la calendarización de las actividades que se piensa llevar a cabo permite mayor involucramiento de parte de las personas de las comunidades.</p>	

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
	<p>Otros medios considerados por la comunidad son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de megáfono para informar acerca de la situación de salud. • Avisar en las iglesias • Reunión (asamblea) con el pueblo. <p>Los entrevistados consideran que la comunicación en las comunidades podría mejorar si existiera una red de radios transmisores. La comunicación a través de cartas funciona cuando se hace con suficiente anticipación.</p> <p>Otro medio de comunicación social sugerido por los entrevistados es la publicación periódica de un boletín Informativo par la cuenca de Laguna de Perlas.</p>	<p>Una adecuada participación de la comunidad en la gestión parte de que la comunidad tenga un adecuado nivel de información acerca de la institución, del proyecto y una conciencia de su problemática de salud.</p> <p>AMC ha hecho uso de los medios y canales de comunicación mencionados por la población, sin embargo no se ha hecho una evaluación concienzuda de la cobertura de la comunicación en la comunidad. Es necesario también explorar otros medios tradicionales de comunicación social como historias o cuentos, canciones, etc.</p>	
2.4 Formas de coordinación de actividades.	<p>En la mayoría de actividades hay un comité de salud, por medio del cual se hacen estas coordinaciones. Sin embargo esto puede constituir una organización paralela a las formas organizativas tradicionales de la comunidad, con los consiguientes problemas de convocatoria.</p> <p>“Hay ocasiones cuando AMC llega a las comunidades, sin que se sepa que iban a llegar. En algunas ocasiones llegan en horas no apropiadas.”</p> <p>“A veces la comunicación no llega a todos en la comunidad y por eso hay poca asistencia”</p> <p>“En el caso de Orinoco, algunas actividades como el censo se han decidido en Laguna de Perlas y se ha llevado a personal de allí a pesar que en la comunidad hay personas capacitadas para eso”</p>	<p>La coordinación con las comunidades en la planificación y realización de actividades permite crear las condiciones para mayor participación en el programa de salud. Ejemplos del tipo de coordinación que hacen los equipos son variados, como la organización de brigadas médicas móviles, la preparación para talleres u otras, o la organización de proyectos especiales que realizan en las comunidades como construcción de letrinas, pozos.</p> <p>Las dificultades en la coordinación de actividades son en su mayoría atribuida a un inadecuado nivel de información de la comunidad.</p> <p>En ocasiones el problema ha sido la poca participación de la comunidad en la toma de decisiones.</p>	<p>AMC impulsa un modelo de salud comunitaria que enfatiza en la promoción de la salud y tiene como ejes centrales la participación y empoderamiento de la comunidad, aunque el modelo gerencial del proyecto podría presentar algunos obstáculos para el modelo de prestación de servicios propuesto. Algunas características remarcables de este modelo son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfoque en la Promoción de la Salud. • Relaciones horizontales con la comunidad • Descentralización de la gestión institucional • La comunidad y la ONG conforman una alianza para resolver problemas locales.

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
2.5 Problemas en el cumplimiento de planes.	El Proyecto de Laguna de Perlas ha tenido los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para garantizar la operatividad. De manera general las actividades se cumplen en tiempo y forma.	Cuando los planes no se cumplen en tiempo y forma, esto puede producir desmotivación en la comunidad para la participación. Esto puede afectar la credibilidad y liderazgo de los agentes comunitarios en la comunidad.	
2.6 Relaciones entre personal de AMC y las comunidades.	<p>"Nunca ha habido problemas. Desearíamos que nos visitaran con mayor frecuencia"</p> <p>"Son personas muy positivas, expresan mucha confianza y tienen el deseo de mejorar la situación de estas comunidades que son olvidadas y que tienen un bajo nivel de estudio"</p>	Se valora esta relación como muy positiva. La relación está caracterizada por la confianza y el respeto. La comunidad reclama mayor intensidad en el acercamiento.	
2.7 Coordinación Interinstitucional.	<p>La coordinación interinstitucional ha funcionado mejor en el nivel local, sin muchas relaciones de tipo burocrático.</p> <p>La salud escolar ha funcionado gracias a la colaboración del personal de educación, promoviéndose la higiene personal y ambiental en el escolar.</p> <p>Por otro lado, en los últimos años, no se ha hecho suficiente esfuerzo para coordinar trabajo con las iglesias, un actor privilegiado en los primeros años del proyecto</p>	<p>Establecer una estrategia intersectorial con el trabajo del programa de salud es una necesidad, si se espera tener un efecto más profundo y sostenible.</p> <p>La salud está condicionada o determinada por una serie de factores de necesaria intervención para mejorar el nivel de salud de una comunidad. Por tanto corresponde no sólo a las organizaciones de salud velar por ésta sino al esfuerzo conjunto de gobierno, organizaciones no gubernamentales y organizaciones autóctonas.</p>	

3. TECNOLOGÍA APROPIADA EN EL PROYECTO

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
3.1 Complejidad de la tecnología 3.2 Aceptación de la tecnología	<p>Actualmente existe mucha aceptación de la tecnología sanitaria en las comunidades, producto de un intenso proceso educativo.</p> <p>"Actualmente se construyen las letrinas en la tierra, pero AMC las hace de una forma más sanitaria, donde no hay contaminación. También los pozos son más sanitarios porque tienen sus tapas y sus bombas"</p>	Durante el proceso de introducción de las letrinas aboneras secas (LASF), los usuarios encontraban muy compleja la tecnología para implementarse especialmente en el caso de los niños. Además no se estaba seguro de poder contar siempre con ceniza o cal para hacer la mezcla.	Existe gran aceptación de la tecnología propuesta por el proyecto de salud comunitaria de AMC, específicamente referido a la autoconstrucción de infraestructura higiénico-sanitaria y huertos comunitarios.

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
	<p>“Uno puede tener un tanque con agua de lluvia que no está contaminada”</p> <p>“No tenemos nada de AMC y los pozos que tenemos actualmente están cerrados. Estos proyectos no han llegado a estas comunidades” (Marshall Point, Kakabila)</p>	<p>Por otro lado, las heces, consideradas como algo sucio no podían servir para abono posterior en los sembrados que servirían para alimentos.</p> <p>La implementación de recomendaciones técnicas sugeridas por la comunidad en relación con la incomodidad que producía la tecnología, facilitó la participación y aceptación de la comunidad de dicha tecnología.</p> <p>Sin embargo, la cobertura de esta intervención no ha sido total, ocasionando inconformidad en comunidades que no han sido beneficiadas.</p>	<p>Esto puede ser atribuido a la participación de la población en la modificación de la tecnología, la educación sanitaria realizada en todos estos años y la asesoría técnica permanente de los miembros del equipo de AMC.</p>

4. INTEGRACIÓN DEL CONTEXTO SOCIO-CULTURAL A LA INTERVENCIÓN

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
4.1 Trabajar según formas naturales de organizarse	<p>“Existe una organización “Brotherhood Society” donde tiene representación cada familia. Se reúnen el último domingo de cada mes. Se podría aprovechar para la educación.”</p> <p>Algunos espacios se han aprovechado para la realización de actividades del proyecto, fundamentalmente de educación sanitaria. Ej.: Educación al grupo de mujeres en las iglesias, o bien en el caso de reuniones de coordinación de la comunidad, Ej. : reuniones posteriores a los servicios religiosos.</p>	<p>Ha prevalecido un enfoque de organización de la comunidad más acorde a un modelo occidental. El trabajo con las organizaciones tradicionales no ha sido muy sistemático, probablemente porque se sabe muy poco de ellas, y porque no se han realizado esfuerzos suficientes en la investigación del modelo de organización y estructuración de las comunidades.</p>	<p>De acuerdo al marco jurídico de la Constitución Política de Nicaragua el estatuto de autonomía y las demás leyes pertinentes, las regiones autónomas gozan de autonomía organizativa, que consiste en el derecho de vivir y desarrollarse bajo las formas propias de organización social que corresponden a sus tradiciones históricas y culturales.</p> <p>La ONG ha preferido trabajar con los agentes comunitarios y comités de salud en las comunidades que con la estructura de poder existente y las organizaciones tradicionales. Esto es comprensible dada la falta de funcionalidad de los comités comunales y su polarización política, sin embargo no contribuye al fortalecimiento y democratización del liderazgo en la comunidad.</p>

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
			<p>Un abordaje más apropiado sería en un primer intento lograr la concientización de los líderes comunitarios actuales, mientras se capacitan líderes verdaderamente comprometidos con la salud y desarrollo de la comunidad.</p> <p>A corto plazo sería aconsejable trabajar con una Asamblea de beneficiarios, integrada por los actores comunitarios más importantes, que permita una coordinación efectiva, la retroalimentación de la gestión del equipo del proyecto y la viabilidad de la intervención.</p>
<p>4.2 Incorporación de costumbres y tradiciones al trabajo de salud</p>	<p>El proyecto ha intentado incorporar algunas costumbres y tradiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El uso de los medicamentos caseros. • El uso de algunas hierbas en el tratamiento de algunas enfermedades tradicionales. • La atención del parto por las parteras. 	<p>Existe insuficiencia de conocimientos de las características socio-culturales de las comunidades.</p> <p>Es necesario un mayor esfuerzo investigativo de AMC para recopilar todas estas experiencias locales.</p>	<p>A nivel local, tanto los pastores como los delegados de la palabra, desempeñan en este momento, un liderazgo clave en los procesos participativos y decisorios de las comunidades. Existe un ejemplo de liderazgo religioso que incide también en las relaciones de género en las comunidades. La iglesia morava es parte de la identidad étnica de creoles y miskitos, así como la iglesia católica lo es en los grupos garífuna y mestizo. Probablemente el aspecto más importante de la influencia de la iglesia es el hecho de que los líderes de la iglesia se convirtieron en los líderes de las comunidades. Fue tan importante el hecho de tal manera que a nivel local el poder de la iglesia fue casi total. Es un hecho muy evidente que cualquier organización que llegue a las comunidades de la Costa Atlántica, si quiere lograr un efecto de participación, debe tomar muy en cuenta los líderes y las estructuras religiosas. La participación comunitaria en las comunidades de la Costa Atlántica pasa por un proceso de convencer a los líderes religiosos de las comunidades de que los contenidos son beneficiosos para sus habitantes. Integrar dentro de sus grupos de animación a líderes religiosos, en cualquier organización, provee un efecto de legitimación y arrastre.</p>

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
<p>4.3 Costumbres y normas que favorecen o limitan la participación.</p>	<p>Son fundamentalmente las actividades rituales religiosas las que favorecen la participación de la comunidad en su conjunto. Actividades como el Walagallo, celebraciones de Semana Santa, matrimonios y bautizos son actividades que reúnen a la comunidad.</p> <p>La Iglesia Morava se caracteriza por tener una gran moralidad en su doctrina. El día domingo no se considera adecuado para el trabajo. Cualquier actividad de salud planificada en día domingo correrá el riesgo de tener poca participación comunitaria.</p>	<p>Algunas costumbres y normas que existen en las comunidades pueden tener el efecto de favorecer o limitar la participación de diferentes grupos o sectores de la población y por tanto también pueden ser aprovechados en las actividades de salud.</p>	<p>Se puede lograr la movilización de la comunidad, por medio de las fiestas tradicionales y ritos, por medio de los cuales la gente aprende a organizarse y a asumir responsabilidades. Los organizadores de este tipo de actividades logran la movilización de la comunidad.</p> <p>AMC necesita trabajar más con las organizaciones tradicionales y de formación espontánea, que usualmente son más reconocidas</p> <p>La identidad cristiana de la organización AMC en comunidades donde la religiosidad es un elemento inherente a la cultura de estos grupos étnicos, resulta ser un elemento relevante en la participación comunitaria. Al compartir AMC las actividades religiosas de las comunidades, ha contribuido a la aceptación del equipo por parte la comunidad y sus líderes religiosos.</p> <p>La animación sociocultural ha sido también una metodología efectiva de educación sanitaria en estas comunidades. La animación socio-cultural es una modalidad de educación no formal que tiene por objeto desarrollar la participación comunitaria.</p>
<p>4.4 Conocimiento del idioma local</p>	<p>La mayoría de los integrantes del equipo de AMC son autóctonos, y los mismos hablan el idioma local. Los entrevistados consideraron que la diferencia de idioma con el director del proyecto debe ser superada para una mejor comunicación con las comunidades.</p>	<p>El conocimiento apropiado del idioma local por los integrantes de los equipos de AMC que no son de la región, es fundamental para entablar una comunicación fluida, y contribuir así al proceso de confianza y participación de la comunidad en el proyecto.</p>	<p>No existen mayores problemas de comunicación con las comunidades ya que el equipo habla el mismo idioma de la gente, de hecho, aun las comunidades miskitas se comunican en creole.</p>

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
2.2 Nivel educativo de la población.	<p>"Por falta de estudios, es por eso que no entendemos algunas cosas que se nos explica"</p> <p>"No pueden ser nombrados para ocupar ningún puesto. Ejemplo: impartir clases"</p> <p>"Tienen problemas en la forma de expresarse"</p>	<p>El nivel educativo de la población es una importante limitante para la participación comunitaria, ya que no basta la voluntad sino ciertas habilidades.</p>	
2.3 Experiencia en el manejo de proyectos.	<p>Muchas instituciones anteriores a AMC han impulsados proyectos en la Cuenca de Laguna de Perlas, en su mayoría administrados por funcionarios de estas instituciones. Cada institución forma comités contrapartes en la comunidad</p>	<p>La mayoría de los casos de la participación de la comunidad se ha limitado al aporte con la mano de obra, y asistencia a reuniones. Los comités formados por los ONG en la comunidad, producen segmentación de la misma, así como dispersión de actividades. Esto a su vez favorece la aparición de relaciones de clientelismo</p>	

D) FACTORES DE LOS PARTICIPANTES

1. ESTABILIDAD DE LA COMUNIDAD

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
1.1 Migración	<p>La inmigración en la Cuenca de Laguna de Perlas no es tan marcada. El 90% de la población es autóctona, y el porcentaje restante tiene más de 1 años de vivir en las comunidades.</p> <p>Muchos recursos calificados emigran a Bluefields, a la región del pacífico e incluso fuera del país, en busca de mejores oportunidades. Muchos jóvenes trabajan "embarcados" por años. Las remesas familiares son una importante fuente de ingresos de la población.</p>		
1.2 Dispersión de las comunidades.	Todas las comunidades de la cuenca viven en conglomerados a excepción de los mestizos que viven en áreas dispersas	En los mestizos existe mucha dificultad para reunirse y tener una actuación organizada por el desarrollo de la comunidad. Las comunidades mestizas tienen un pobre nivel de desarrollo y poca capacidad de gestión.	

2. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

Descriptor	Resultado	Interpretación	Análisis
2.1 Responsabilidad de la Comunidad	<p>Las comunidades asumen actividades para promover la salud. Estas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza del pueblo • Drenaje, quema de basura • Construcción de letrinas • Tomar agua purificada. <p>Aunque también "Algunas personas en las comunidades no comprenden lo que se les habla. Cuando les dan el cloro y les dicen para que es, van directo a lavar con el cloro."</p>	Existe conciencia en la comunidad acerca de su responsabilidad por la salud. Sin embargo, hay personas que no le dan la suficiente importancia a esto.	