



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA
CARIBE NICARAGÜENSE



7173
WA
300
C311
2001

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA INTERCULTURAL
1998 - 2001

Tesis para optar al título de Maestro en Salud Pública
Intercultural

**Factores socioculturales y su influencia en la
eficacia de las actividades de salud en un contexto
intercultural en tres barrios de Bilwi.
RAAN 1999 – Mayo 2001.**

Autores:

*Dr. Juan B. Carrasco M.
Lic. María Isabel Martínez Ch.
Dr. Reynaldo Hernández Mendoza.*

Tutor:

*Lic. Manuel Martínez
Master en Salud Pública
Docente Investigador CIES*

**Bilwi, Nicaragua
Junio 2001**

“ La Cultura es la buena educación del entendimiento “

Benavente.

DEDICATORIA

Dedicamos el actual trabajo a la población de la RAAN como una humilde contribución al entendimiento de su dinámica sociocultural.

**Juan B. Carrasco Montoya.
Isabel Martínez Chavarria.**

DEDICATORIA

A Dios primero y sobre todas las cosas del mundo por darme vida, sabiduría y fuerza.

A la memoria de mi padre Reynaldo Hernández Corea y de mi abuelita Enriqueta Torres, cuyo ejemplo y guía contribuyeron en mi formación.

A mi Madre Maria Mendoza por haberme dado la vida y apoyar siempre en todos los aspectos de mi vida.

A mis hermanos Sofia, Yanett y Francisco por su apoyo.

A mi cuñado Jorge Hurtado por ser para mí otro hermano.

A mi compañera de vida Marisol Taylor por su apoyo, comprensión y aliento para la culminación de esta tesis.

A mi hijo Reinaldo a quien le heredero todos los frutos de mis esfuerzos, para su futuro y bienestar.

Dr. Reynaldo Hernández

AGRADECIMIENTO.

Agradecemos al pueblo de Austria que por medio de la O.E.D. hicieron posible la implementación y culminación de la Maestría en Salud Pública Intercultural, sin cuyo aporte y apoyo no hubiera sido posible tan importante proyecto tanto para la Región Autónoma del Atlántico Norte como para nosotros como profesionales en el campo de la salud inmerso en el quehacer diario al servicio de la comunidad.

Agradecemos al profesor y tutor del estudio Lic. Manuel Martínez quien con su empeño y colaboración impulsó importantemente la realización de este trabajo investigativo.

**Juan B. Carrasco Montoya.
Isabel Martínez Chavarria.
Reynaldo Hernández Mendoza.**

RESUMEN

Factores socioculturales y su influencia en la eficacia de las actividades de salud en un contexto intercultural en tres barrios de Bilwi, RAAN, 1999 – Mayo 2001.

Se trata de un estudio de tipo cualitativo con un enfoque sociocultural en el que se tomó como universo a todos los y las pobladores del casco urbano de Bilwi de los barrios seleccionados (El Cocal, Revolución y Arlen Siu).

Se seleccionó un grupo de estudio integrado por 21 informantes claves.

Para dar salida al estudio se plantearon los siguientes objetivos:

1. Describir el contexto intercultural en las actividades de salud.
2. Identificar la percepción sobre los principales de salud y la eficacia de las principales actividades de salud.
3. Analizar el comportamiento de los principales factores socioculturales como valores particulares y su influencia en las actividades de salud.

Se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. La inadecuada armonía intercultural incide negativamente en la eficacia de las actividades de salud.
2. El verticalismo del Modelo Gerencial del Ministerio de Salud desfavorece la aplicabilidad de las actividades de salud.
3. La persistencia del sistema de salud tradicional en el barrio el Cocal, representa una modalidad de resolución complementaria a la medicina occidental.
4. El deterioro de la situación socio económica y las disfunciones institucionales restringe el desarrollo de las actividades de salud.
5. La iniciativa de la sociedad civil en coordinación con el Ministerio de Salud en la implementación de clínicas privadas con atención de programas públicos, juega un rol productivo para el impacto de las acciones en salud.

INDICE

Pagina

I.	INTRODUCCIÓN	1.
II.	ANTECEDENTES.	2
III.	JUSTIFICACION.	3.
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	4.
V.	OBJETIVOS.	5.
VI.	MARCO DE REFERENCIA.	6.
VII.	DISEÑO METODOLOGICO.	36.
VIII.	RESULTADOS.	39.
IX.	ANALISIS DE LOS RESULTADOS.	75.
X.	CONCLUSIONES.	90.
XI.	RECOMENDACIONES.	91.
XII.	BIBLIOGRAFIA.	92.
XIII.	ANEXOS.	94.

I. INTRODUCCIÓN:

Los elementos culturales de determinado grupo social juegan un papel fundamental en el estilo y formas de enfrentar los cambios sociales en que se encuentran inmersos; según sus percepciones y valores ejecutarán acciones válidas para su paradigma, el que debe ser respetado como una forma ideal de inclusión en el sistema global de la sociedad.

La Región Autónoma del Atlántico Norte muestra la particularidad multiétnica como es la existencia de las etnias Miskita, Mestiza, Creole y Sumu-Mayangna, cumpliendo cada una de ellos con los requisitos de valores culturales, percepciones y creencias particulares.

En el casco urbano de Puerto Cabezas como principal núcleo poblacional de la RAAN se conjugan la mayoría de éstos, estableciéndose una relación interesante de tomar en consideración, tomando en cuenta la necesidad, entre ellas las de salud como elemento básico de parámetro del nivel de desarrollo social. Por lo tanto se convierten en necesidades globales de la comunidad que requerirán de elementos de coordinación y convivencia adecuados para una mayor efectividad de sus planteamientos y acciones, también hacia lo externo de la región o de las comunidades.

Los movimientos civiles desde la base, representan el esfuerzo válido y actualizado para establecer cambios verdaderamente necesarios, por lo tanto el accionar a este nivel es fundamental, indagando inicialmente sobre los factores principales que facilitan o restringen el desarrollo armónico o la eficacia de las actividades de salud con la participación real y efectiva de los grupos con igualdades de intervención y aceptación de los conocimientos para propiciar un ambiente de aporte positivo para edificar estructuras sólidas y reconocidas desde la base para apuntalar hacia el desarrollo en salud dentro de una multiculturalidad funcional.

El estudio trata de indagar acerca de la influencia de los factores socioculturales en las actividades de salud en un contexto intercultural en tres barrios de Bilwi.

II. ANTECEDENTES:

Las actividades de salud como resultados intermedios de programas o servicios del sistema de salud institucional u occidental han carecido de sistematización y operatividad efectiva de forma general a nivel nacional, teniendo que ver esto además de los elementos de planificación u organización técnica del sistema a un desajuste de aplicabilidad y por lo tanto de aceptabilidad.

En la Región Autónoma Atlántico Norte por las mismas características pluriculturales se ha visto magnificada y complejizada la problemática alrededor de este desajuste, existiendo y emergiendo al mismo tiempo alternativas propias de actividades de salud tradicionales llegando a establecerse múltiples sistemas simultáneos, hasta el momento prácticamente independientes y “antagonizados”.

Por otro lado, toda percepción de necesidades y por lo tanto de actividades de salud particulares han representado esfuerzos aislados y en algunos casos “imposiciones” o factores discordantes para el desarrollo global de la salud de la comunidad. Llámense estas actividades directas de salud o de conciliación u organización social, influirán en mayor o menor grado en este nivel de salud, no permitiéndose enfocar aunadamente hacia el objetivo común de provocar cambios positivos en la situación imperante actualmente, al menos en el casco urbano de Bilwi.

III. JUSTIFICACIÓN:

Mediante el presente estudio pretendemos identificar los principales factores culturales que inciden en el desarrollo o estancamiento de las actividades de salud, para facilitar la adecuación e implementación de mecanismos de rescate de valores, aptitudes, creencias y prácticas positivas que impulsen una mejoría en las condiciones de salud, respetando y preservando sus estilos de vida; en otras palabras la implementación de programas de un modelo de salud donde la participación sea amplia, consciente y armoniosa.

Por lo tanto pretendemos establecer los principales factores particulares involucrados a la eficacia de las actividades de salud de los 3 barrios en estudio, alcanzando un nivel de conocimiento que pueda generalizarse mediante investigaciones que permitan darle salida a este tipo de enfoque, en la búsqueda de los causales o elementos relacionados a la calidad de las actividades de salud.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Para los fines de este estudio se ha propuesto plantearse las siguientes preguntas:

- a) ¿Cómo se caracteriza el contexto intercultural con respecto a las actividades de salud en tres barrios de Bilwi?
- b) ¿Cuál es la percepción sobre los principales problemas de salud y la eficacia de las principales actividades de salud?
- c) ¿Cómo influyen los principales factores socioculturales como valores particulares y su influencia en las actividades de salud?

En base a las preguntas anteriores, nos planteamos la siguiente pregunta del estudio.

¿Cuáles son los principales factores socioculturales que influyen en la eficacia de las actividades de salud, en un contexto intercultural, Bilwi, RAAN, 1999 – Mayo del 2001?

V. OBJETIVOS:

5.1 Objetivo General:

- Analizar la influencia de los principales factores socioculturales en la eficacia de las actividades de salud en los barrios El Cocal, Arlen Siú y Revolución, Bilwi, RAAN.1999 – Mayo del 2001.

5.2. Objetivos Específicos:

5.2.1 Describir el contexto intercultural con respecto a las actividades de salud en los tres barrios de Biwi.

5.2.2.1 Identificar la percepción sobre los principales problemas de salud y la eficacia de las principales actividades de salud.

5.2.3.1. Analizar el comportamiento de los principales factores socio culturales como valores particulares y su influencia en las actividades de salud

VI. MARCO DE REFERENCIA.

6.1. ENFOQUE CULTURAL Y SALUD.

¿QUÉ ES LA CULTURA?

En su sentido antropológico, la cultura es la manera en que un grupo social estructura y configura las relaciones sociales normales dentro de sí mismo; es también la manera en que las conductas reales resultantes son sentidas, comprendidas e interpretadas por los actores de la escena cultural. Por lo tanto, todo cuanto hay en la cultura de un grupo humano ha sido aprendido de las generaciones anteriores. La cultura se aprende para mantener bajo control la variabilidad de los seres humanos. La cultura hace que la conducta humana sea previsible dentro de cierto rango humano y dentro de un área geográfica dada.

La cultura tiene la propiedad de ser creación humana y a la vez creadora del mundo humano. La cultura de una comunidad también puede ser definida como el conjunto de todos aquellos modos que esa comunidad ha inventado para mantener la existencia de un mundo de consenso y pactos llamados humanos.

Si como dice Kohlberg, durante la adolescencia es cuando se crea la jerarquización de los propios valores, entonces es importante recalcar que en las sociedades industrializadas y en especial las grandes urbes, los valores tradicionales, así como la mayoría de las normas y pautas de conducta están modificándose tan rápidamente que ni los adultos mismos los están transmitiendo a sus descendientes de tal manera que se les crea una gran confusión.

Además de esta falta de clarificación de valores, normas y pautas de conducta, se debe considerar que la juventud son asediados indiscriminadamente por una serie de mensajes de diferentes culturas (en especial los primer mundistas) a través de

los medios masivos de comunicación los cuales resultan complejos de descifrar, analizar y seleccionar.

Las personas que viven en regiones fronterizas aún más sin pluralismo cultural, así como aquellos que viven en países que poseen cada vez más una mayor diversidad de organizaciones culturales como sus propias expresiones como por ejemplo los Estados Unidos de América, como un grupo de negros, asiáticos, indígenas, latinos y europeos. Estos movimientos multiculturalistas, semejantes al glasnost de lo que fue la Unión Soviética ya acogieron en su seno al pluralismo y la tolerancia.(1.

La cultura puede ser definida como un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos, cosmovisión e instituciones (familia, instituciones religiosas, económicas y políticas) que son características y sirven para preservar a un grupo social dado (Cross, Bagron, Dennis, and Isaac, 1989; Pinderhughes, 1989), a lo que hay que añadir el ámbito geográfico.

Cada cultura, dentro de su proceso de desarrollo histórico, ha identificado formas de responder a los problemas fundamentales. Estas respuestas, por supuesto, no sólo obedecen a las dinámicas internas sino en gran medida a los condicionamientos externos. En cuanto al problema específico de la enfermedad podemos decir que se ha creado categorías, modelos, ideas, prácticas, etc. muy propios, que dependen de la cosmovisión, la historia social y económica y el ámbito geográfico, naturaleza en el que se asienta cada cultura (Estrella 1977; Cáceres 1988, Yanes del pozo 1995 – 1996.

La salud como bienestar integral, no es la resultante exclusiva de los servicios prestados a los individuos o colectividades, sino que depende también de las políticas adaptadas por los diferentes sectores estatales del marco de la equidad. De esta forma, las reformas deben enfatizar en la necesidad de reforzar la capacidad del sector salud para conocer la realidad del país y movilizar, negociar y

monitorear la acción de otros sectores que pueden tener impacto sobre la situación de salud de la población. Este es un proceso complejo, cuyo desarrollo involucra no sólo componentes técnicos gerenciales sino también políticos, económicos, sociales, académicos y culturales que no puede admitir fórmulas únicas para su desarrollo (OPS-OMS, 1995 Ref. 27), en este sentido se hace imperativo el establecimiento de nuevos paradigmas que tomen en cuenta los diferentes componentes y concepciones de los procesos de salud, enfermedad y bienestar integral.

Las acciones puramente médicas en la prestación de servicios de salud, además de insuficientes, han resultado inadecuadas para enfrentar un perfil epidemiológico tan complejo y de tan difícil resolución (OPS-OM, 1993 ref. : 34.

La búsqueda de la complementación, desarrollo, fortalecimiento de sistemas nacionales de salud acorde con las características de la población beneficiada, se muestra como una alternativa válida para el mejoramiento de la salud de la población.

La Organización Mundial de la salud, define la salud como el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo, (OMS, 1990) lo que equivaldría a bienestar, para los pueblo indígenas sería la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir, el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida y el derecho a la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social. (2.

La participación de la comunidad es el elemento clave de la atención primaria en salud, este aspecto ha llegado a ocupar un lugar prominente en las estrategias de asistencia de salud de muchos países.

6.2. Multiculturalidad e interculturalidad.

La multiculturalidad se define por hechos sociales(Javier de Lucas mencionado por Uribe, Universidad de Antioquia) y, consiste en la presencia dentro de una sociedad de diversas culturas, pueblo indígenas y comunidades étnicas como grupos con diferentes códigos culturales partiendo del punto que practican costumbres o hábitos diferentes. La interculturalidad, agrega el mismo autor, supone ir mas allá de reconocer la existencia de diferentes culturas y, debe buscar un intercambio y reciprocidad en la relación mutua así como, solidaridad entre los diferentes modos de entender la vida entre dichos grupos.

Interculturalidad.

El concepto de interculturalidad hace referencia a la acción y la comunicación entre las personas de diferentes culturas. Ha sido definido por diversos autores y grupos a partir de distintas perspectivas.

La interculturalidad, no se refiere a un pueblo o grupo en particular sino que involucra a toda la sociedad a fin de fomentar un autentico conocimiento y comprensión recíprocos (Barnach-Calbo E.). Se trata de aplicar el concepto inter, interacción... voluntad de suprimir las barreras entre los pueblos, se trata de un dialogo enfocado a la búsqueda de aceptación mutua y a la reciprocidad (Moya, R.).

La interculturalidad significa relaciones entre culturas dinámicas. Significa aprovechar lo mejor de cada cultura. Se trata de que exista reciprocidad, voluntad, conocimiento, valoración, entendimiento, interacción, participación, horizontalidad, respeto y solidaridad entre las culturas. (Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas, Saavedra, Región de la Araucanía, Chile, Noviembre 1996.).

En términos de relación interétnica democrática la interculturalidad es el fundamento que reemplaza al etnocentrismo de las relaciones interétnicas de dominación, y se constituye el mecanismo de convivencia entre las distintas culturas en contacto, y que le garantiza a cada una de ellas espacios para desarrollarse en forma autónoma. (3)

6.3. LAS ORGANIZACIONES SOCIALES Y LA COMUNIDAD

Las organizaciones sociales y el estado brotan constantemente del proceso de vida de determinados individuos, tal y como actúan y como proceden materialmente, tal como desarrollan su actividad bajo determinados límites, premisas y condiciones materiales, independientes de su voluntad.

Siendo las condiciones de vida determinantes en última instancia de los demás componentes de la organización social, éstos no son entes autónomos en sí mismos (el estado, las instituciones, grupos sociales, la familia, etc.).

Cuando hablamos de las condiciones de vida, nos referimos a las formas de producir y reproducir las relaciones sociales, al trabajo y la distribución de las riquezas de la sociedad.

Las organizaciones sociales, o sea, lo social como proceso es el resultado de numerosas articulaciones de las relaciones sociales y de poder.

Hernán San Martín, en salud comunitaria, plantea que la organización y desarrollo de la comunidad es el proceso permanente de acción social planificado, con objetivos precisos, por lo cual la población de una comunidad se organiza para realizar el desarrollo local social; con el fin de mejorar las condiciones de vida en la localidad. Este es un enfoque limitado pero que plantea la identificación de las necesidades y aspiraciones, así como de los problemas y recursos existentes en la comunidad.

La organización social de la comunidad incluye a la familia, los grupos sociales, las clases, las relaciones sociales, los líderes y su influencia en la comunidad y las instituciones existentes. Es decir, la organización social mediante la cual funciona, se reproduce y se desarrolla la comunidad, tanto social, económica como culturalmente. (Gutiérrez Gerardo. Postulados generales de la Antropología de la salud, Managua, Acción Médica Cristiana.)

6.4. ACTITUD ANTE EL PROBLEMA DE SALUD

Las enfermedades típicamente contemporáneas, las crónicas mantienen dos características básicas; son enfermedades de origen multicausal y de muchas de ellas se ignora su etiología exacta. Esto supone una mayor influencia de factores sociales, culturales, pero a la vez una dificultad para medir la importancia real de esos factores.

Pero no sólo las enfermedades dependen de factores socioculturales, sino también de las organizaciones sanitarias de una región. Cuanto más desarrollado es un país, más importante es esta relación. La explicación de la etiología de la enfermedad no sólo se encuadra en -sino que explica- la cultura determinada de un grupo. La medicina (como la enfermedad) es un ejemplo excelente para analizar las características de la cultura dominante en un grupo social determinado.

La moderna antropología médica estudia pues, también las formas y los problemas de la estructura del sector sanitario en las sociedades contemporáneas. Históricamente el control de las enfermedades dependía de variables culturales (actitud y conductas sociales, no necesariamente médicas).

En los siglos XIX y XX este control empieza a depender en mayor medida de teorías científicas y terapias médicas, sin embargo, hasta principio del siglo XX las posibilidades de sanar por medio de intervención de los médicos no eran mayores que los del azar. Por ello, las reacciones de la población reflejaban sus valores culturales dominantes: resignación (“de algo hay que morir”), sufrimiento (“lo que pica cura”), fatalismo, pero en ocasiones también racionalidad y pragmatismo.

El análisis cultural explica también la forma en que la gente interpreta y reacciona ante la medicina contemporánea. La elección de un médico en las culturas latinas es tan irracional como la elección de un curandero; las personas se basan en un sistema referencial de amigos, y no en indicadores, objetivos (racionales y empíricos) de éxito. En cierto sentido la medicina popular es más integral y comunitaria que la propia medicina científica.

A ésta última se le achaca tratar las enfermedades; pero no los enfermos, mientras que la medicina primitiva se halla integrada con otras instituciones sociales, magia, religión, moral, control social, etc. La farmacopea actual se basa en parte en las plantas medicinales utilizadas por la medicina popular, que a su vez había llegado a ellas tras extensos períodos de experimentación, la acupuntura es otro ejemplo del modelo científico dentro de la medicina primitiva.

La creencia de que la enfermedad es un castigo sobrenatural o divino está extendido en muchas culturas. En la judío-cristiana, que es la actualmente dominante, la enfermedad es consecuencia del pecado, como queda claro en la parábola de Job. La enfermedad es también una antigua forma de control social, atribuyéndose la responsabilidad no sólo a los pecados y castigos individuales, sino también a toda la familia y miembros del clan, visión que tiende a reforzar la estructura del grupo. Estas ideologías vienen acompañadas de la creencia en que normalidad y moralidad están asociadas a la salud. Este sesgo está presente todavía en la medicina “cosmopolita” contemporánea. (5).

6.5. CULTURA Y DESARROLLO CON PUEBLOS INDÍGENAS.

Los conceptos Cultura y Desarrollo están estrechamente asociados con la perspectiva y la dinámica del cambio social, a pesar del freno que la cultura pueda representar en determinadas sociedades y circunstancias históricas. Considerados en el ámbito de las sociedades indígenas actuales, la evolución de ambos conceptos esta marcada, en medida nada despreciable, por la presencia y la acción que ejercen el Estado Nacional y agentes externos como las organizaciones no gubernamentales, los movimientos populares, los partidos políticos y otros mas que muchas veces persiguen objetivos de desarrollo.

La mediación que se produce entre los agentes externos y los procesos de desarrollo y cambio cultural en los pueblos indígenas expresa, en la mayoría de los casos, una relación ambigua y contradictoria. Por una parte, el cambio social es percibido por los agentes externos como una condición indispensable para la superación de las condiciones en que vive la población indígena; y, por otra, se expresa por diversos medios, aunque no siempre con la fuerza y la convicción suficientes, que el desarrollo y cambio social inducidos encierran peligros inminentes para la existencia de las comunidades indígenas y su identidad social y cultural. Mas allá de los agentes externos, las sociedades indígenas se debaten permanentemente entre la necesidad de actuar en consonancia con las nuevas realidades sociales y sus imperativos de sobre vivencia como pueblos con una identidad y una personalidad propias.

Los técnicos del desarrollo, los promotores sociales, los médicos y las enfermeras, los antropólogos y los administradores de todas las experiencias y orientaciones de todas las experiencias y orientaciones siguen llegando a las comunidades indígenas como portadores de mensajes esperanzadores, llenos de buena voluntad y, aunque no se llegue a reconocerlo explícitamente, tan bien llenos de una alta dosis de etnocentrismo cultural, de ideas preconcebidas, la mayoría de las veces inaplicables en el contexto indígena y, por lo mismo, peligrosas para la existencia de tales comunidades. El Antropólogo George M. Foster hizo señalamientos y apreciaciones similares en la década de 1960.

A pesar de las varias décadas que han transcurrido entre la publicación de su obra y nuestros días, en muchos aspectos sus observaciones siguen siendo validas.

El reto asumido tiende a convertirse en un dilema insalvable: ¿Hasta donde debe llevarse el proceso de cambio inducido? ¿ Es posible programar el desarrollo desde la perspectiva de nuestra cultura, experiencia y visión del mundo, sin menoscabar la identidad de las culturas indígenas? ¿Qué justifica que, en nombre del combate contra la pobreza, también se aniquilen los valores ancestrales de culturas a las que no comprendemos porque no somos capaces de vivirlas a plenitud? Finalmente, como sostiene Foster: ¿Existen elementos éticos o morales que justifiquen la continuación de proyectos de desarrollo entre los indígenas, a pesar de los peligros que aquellos encierra? ¿Pueden los modernos agentes del desarrollo salvar el paralelo que su actividad evoca con respecto a los antiguos “civilizadores” y evangelizadores del siglo de la conquista y sus continuadores contemporáneos?

Las sociedades indígenas, por su parte, encuentran al mismo tiempo ventajas y desventajas ante la presencia de los agentes externos del desarrollo, manifestando muchas veces sentimientos contradictorios ante la necesidad de resolver sus problemas urgentes, a través de la ayuda que se les ofrece desde afuera, y la potencial amenaza implícita en los desconocidos agentes del desarrollo y sus propuestas de cambio inducido.

El impacto producido sobre las sociedades indígenas por la aplicación de los conceptos del cambio inducido a través de planes y proyectos de desarrollo en el caso de Honduras, puede ser comparado, con las limitaciones del caso, con la irrupción del capitalismo en las sociedades tradicionales, lo que muchas veces implica transformaciones radicales en el tejido sociocultural y el sacrificio de mas de una generación para alcanzar niveles más elevados de bienestar social y económico.

En ambos casos nos enfrentamos a procesos irreversibles de cambio y una reconstrucción de las identidades propias a partir de elementos exógenos.

El factor “desarrollo” representa el cambio posible o inducido desde el exterior, a un ritmo muchas veces más rápido que el de las sociedades indígenas; mientras que la cultura se asocia a la dinámica del cambio desde la esencia de sus valores y a un ritmo propio. Este ritmo es generalmente lento y probablemente, por la misma razón, actúa como elementos equilibrante: al tiempo que desacelera la marcha del “desarrollo” también preserva valores y tradiciones que, de otra manera, desaparecerían o se verían sustancialmente transformados por el ímpetu de los cambios inducidos por el “desarrollo” y sus programas. (6)

6.6. IDENTIDAD Y AUTOCONOCIMIENTO

El objetivo es el de conocer hasta qué grado los habitantes de las comunidades se conciben a sí mismos como tales, es decir, queremos saber cuál es el grado de su conciencia de identidad étnica.

Lo importante es saber cómo se definen ellos mismos; puede ser que nos encontramos con la sorpresa de que en los comunitarios se consideran a sí mismos ladinos, mestizos, campesinos de la montaña o cualquier otra categoría al margen de la definición étnica que los investigadores buscan con tanto afán.

(En la Mosquitia Hondureña, por ejemplo, muchos misquitos creen que los indios son los hondureños mestizos que residen fuera de la Mosquitia), debemos buscar e identificar aquellos rasgos particulares que hacen de la comunidad, definiendo las características adoptadas por la producción y la auto subsistencia, los cuidados de salud, las formas de educación y aprendizaje, la transmisión de conocimientos y tradiciones orales, las aspiraciones de los miembros de la comunidad, el trato personal y otras que indiquen e impliquen diferencia cultural.

6.7. LA CULTURA Y LA VIDA SOCIAL

La vida social de las poblaciones indígenas contiene muchos elementos que es preciso evaluar con cuidado. Entre otros temas, debemos considerar los siguientes:

- a) **La religión:** Lo más importante es determinar el contenido de la misma. La mayoría de los especialistas en la materia coinciden en que la religiosidad indígena es “sincrética”. Es decir, que combina elementos del cristianismo con las antiguas creencias religiosas de las culturas indígenas.
- b) **Costumbres:** Cuáles son las costumbres que aún sobreviven en las comunidades indígenas y el origen de las mismas. De qué manera se manifiestan estas tradiciones en la vida cotidiana de los pueblos indígenas y cuál es la incidencia directa sobre su conducta y mentalidad en el tiempo presente.
- c) **Las festividades tradicionales:** Debemos conocer las fechas y los motivos por los cuales los indígenas se reúnen para festejar (puede ser la fiesta tradicional del santo patrono, una compostura, el nacimiento de un niño, la navidad y el año nuevo, etc.). La descripción de cómo se celebra cada una de estas fiestas es importante para comprenderlas.
- d) **El nacimiento, la muerte y el entierro de los parientes.** Esto es algo muy importante en las comunidades indígenas, pero deberíamos indagar más elementos al respecto. Por ejemplo, debemos preguntar qué piensan sobre el nacimiento y la muerte, por qué tienen la costumbre de enterrar el cordón umbilical de los recién nacidos; hacia dónde creen que van sus almas una vez que fallecen. Una vez fallecidos sus parientes o amigos, qué rituales realizan, qué papel juegan la embriaguez en esta ceremonia, etc.

- e) **El consumo de bebidas embriagantes.** La chicha es la más común de todas, debemos saber de qué están hechas y cuáles son los métodos que utilizan para fabricarla. Lo más importante es comprender por qué la consumen y cuál es el papel que juega en su psicología, porqué sienten la necesidad de embriagarse y, al mismo tiempo, porqué sienten vergüenza de hacerlo.

6.8. Relaciones interétnicas

Este es un tema de primordial importancia para comprender la situación de los indígenas en el contexto de la sociedad nacional. El carácter y el contenido de las relaciones que los indígenas sostienen con la población no indígena son fundamentales para evaluar su ubicación en la estructura socioeconómica de un país y para medir su grado de integración a la misma. Por otra parte, también nos permite evaluar, por comparación, los sentimientos que los indígenas manifiestan hacia otros grupos poblacionales y la incidencia que tales sentimientos tienen sobre elementos vitales para su propia identidad social, como la autoestima, la reafirmación de su cultura y una potenciación positiva de su auto imagen. Pero no siempre ocurre que el reconocimiento de las diferencias étnicas conduzca a un fortalecimiento de la identidad de las poblaciones indígenas; en la mayoría de los casos sucede exactamente lo contrario.

Cuando las sociedades indígenas no están preparadas para asumir sus valores propios como fuerza motriz de su existencia y desarrollo ulterior, se genera un proceso de desvalorización de la personalidad étnica que facilita un rápido proceso de aculturación o ladinización. Este se caracteriza por la adopción de los valores de otras sociedades como sustitutos de los propios; por eso hablamos de comunidades indígenas ladinizadas o de campesinos con tradición indígena.

La mayoría de las investigaciones recientes sobre comunidades indígenas se interesan por elaborar estudios comparativos entre comunidades de una misma etnia que manifiestan diversos grados de purezas o de ladinización.

Entre otras cosas deberíamos preguntarnos las siguientes:

- ¿Cuál es el carácter de las relaciones entre las comunidades indígenas que estudiamos y las comunidades no indígenas?
- ¿Existen relaciones armoniosas o conflictivas entre los indígenas y los ladinos?
- ¿Cuál ha sido el origen de tales relaciones?
- La armonía o los conflictos en esas relaciones ¿tienen como base vínculo de carácter económico, racial, religioso, etc.?
- ¿Cómo definen los indígenas a las relaciones no indígenas?
- ¿De qué manera integran o rechazan los valores culturales de las poblaciones no indígenas?
- En caso que la comunidad indígena que estudiamos conserve su lengua propia ¿existen en ésta vocablo que sirvan para designar a las personas que no pertenecen a su propia etnia?
- ¿Qué características tienen tales vocablos: despectivas, respetuosas, de integración o de rechazo?
- ¿En qué medida las relaciones establecidas por las comunidades indígenas con aquellas que no lo son, sirven para potenciar o disminuir la identidad y la auto imagen indígena?

6.9. Relaciones intra étnicas

En algunos pueblos indígenas existen diferencias sociales entre los miembros de las comunidades, lo que puede en precario la idea comúnmente aceptada sobre el igualitarismo existente en las comunidades indígenas. Ese hecho es palpable en la mayor extensión de tierra, disponibilidad de dinero efectivo, calidad de la vivienda y un mayor acceso a servicios como los de educación y salud por parte de las personas que disponen de más recursos.

La diferenciación social al interior de las comunidades indígenas pueden tener diversas fuentes. En algunos casos, se trata del ventajismo adquirido por los caciques y sus familias debido a su poder, prestigio e influencia. En otros casos, se trata de los privilegios adquiridos por los líderes de las organizaciones no tradicionales que han surgido en los últimos años (federaciones, asociaciones, etc.), que tienen más oportunidades debido a su contacto permanente con las organizaciones de apoyo externo, las instituciones estatales, etc. Algunos de ellos llegan incluso a percibir salarios de estas organizaciones o disfrutan de viajes pagados, viáticos y otros privilegios reservados a los líderes de estas organizaciones.

Otra fuente puede ser la relación que algunos miembros de la comunidad mantienen con el exterior, especialmente las relaciones comerciales o las migraciones estacionales que realizan hacia los poblados ladinos más importantes de la región o, incluso, hacia otros países, como ocurre en el caso de los Garífunas de Honduras. Entre otras cosas es preciso encontrar respuesta a:

- El número de miembros de la comunidad que dispone de más recursos económicos al interior de la misma (tierra, dinero efectivo, número de animales domésticos, acceso a servicios pagados, etc.).
- El origen de los recursos de los miembros mejor situados de la comunidad.

- Los efectos que la diferenciación social produce en el seno de las comunidades.
- La relación existente entre poder político y poder económico en la estructura social comunitaria.
- La influencia que ejercen sobre la comunidad los organismos de apoyo externo y las relaciones económicas extra-comunitarias por medio de los beneficiarios de las mismas en las comunidades.

6.10. Relaciones con el Estado Nacional

En el pasado lejano, e incluso en el reciente, las relaciones entre las comunidades indígenas y el estado en países como Honduras, eran mínimas o de desconocimiento mutuo. La apertura del estado hacia nuevas corrientes de pensamientos, que han elaborado concepciones positivas sobre el valor de la multiracialidad y la pluriculturalidad, así como el surgimiento de movimientos indígenas que reivindican su identidad étnica y cultural, han creado mejores condiciones para el diálogo entre las poblaciones indígenas y el estado, como ha ocurrido en los últimos años en Honduras.

Sobre este tema es importante saber:

- ¿Cómo perciben los indígenas al estado, sus instituciones y representantes (municipalidades, recaudación de impuestos, gobernación política, fuerzas armadas, etc.)?
- ¿Qué tipo de relaciones existen entre las comunidades indígenas y el estado?
- ¿Cuál es la política que observa el estado ante las poblaciones indígenas: de asimilación, de respeto, de sometimiento, etc.?

- ¿Cuál es el grado de inserción de las instituciones del estado en las comunidades indígenas en áreas específicas como la salud, la educación, la protección de los recursos naturales, el crédito agrícola, etc.?
- ¿Cuál es la opinión de los indígenas respecto al futuro de sus relaciones con el estado?

6.11. Relaciones con Organizaciones No Gubernamentales

Los indígenas no se relacionan solamente con otras comunidades étnicas y con el estado. En los últimos años han surgido un gran número de organizaciones que, en algunos casos, se denominan No Gubernamentales u Organizaciones Privadas de Desarrollo, en su mayoría dedicadas a efectuar trabajo de organización y promoción social entre los indígenas. El proceso de inserción de estas organizaciones en las comunidades indígenas ha sido lento y muchas veces difícil; en algunos casos surgen discrepancias y conflictos directos entre las comunidades y el personal de campo de estas organizaciones. En la mayoría de los casos, estos problemas se originan en la falta de diálogo entre ambas partes y en la falta de capacitación del personal de dichas organizaciones para el trabajo entre poblaciones culturalmente diferenciadas. La falta de adaptación de los proyectos de apoyo externo a la realidad de las comunidades indígenas y a su ritmo de asimilación y trabajo, contribuye a la agudización de los conflictos y a la creación de un ambiente de desconfianza para ambos lados. Las investigaciones sobre este tema deberían considerar los temas siguientes:

- Los objetivos que persiguen las ONG en las comunidades indígenas y su grado de inserción en las mismas.
- La aceptación o el rechazo de sus proyectos por parte de la comunidad.

- El grado de participación de la comunidad en la elaboración y ejecución de los proyectos de las ONG.
- El impacto de los proyectos ejecutados por las organizaciones de apoyo externo tienen sobre la vida cotidiana, la cultura y la estructura socioeconómica de la comunidad.
- La calificación profesional y el grado de conciencia que los técnicos y el personal ejecutor de tales proyectos tienen respecto a la problemática indígena en general y a los de la comunidad respectiva en particular.
- La preparación de la comunidad para asumir la continuidad de los proyectos, una vez que la organización de apoyo externo se haya retirado de la comunidad.

6.12. ENFOQUE HISTÓRICO DE LA MEDICINA POPULAR TRADICIONAL EN NICARAGUA

La historia de la medicina es tan vieja como la presencia y el desarrollo del hombre sobre la tierra. Si bien es cierto que la historia de la medicina popular tradicional no se puede desprender de la historia del hombre, también es acertado que por lo complejo y vasto del campo, nos hemos visto obligados a fraccionarla en los elementos que puedan ayudarnos a entender nuestra realidad actual.

A la llegada de los conquistadores españoles en el siglo XVI, Florecía en Meso América, un conocimiento profundo en el uso de plantas medicinales. El conocimiento y dominio que tenían nuestros antepasados sobre el uso de especies vegetales en el tratamiento de sus enfermedades, queda reflejado en variados testimonios de la época. Hernán Cortés en su segunda carta al Emperador Carlos V, fechada a 30 de Octubre de 1520, describe la ciudad de Tenochtitlán y su mercado diario apuntando lo siguiente: “Hay calle de

herbolarios, donde hay todas las raíces de hierbas medicinales que en la tierra se hayan. Hay casas como de boticarios donde se venden las medicinas hechas, así potables como ungüentos y emplastos”.

El Frayle de la Orden de San Francisco –Bernardino de Sahagun- en su “historia de las cosas de Nueva España”, iniciada en Tlatelolco en 1560 afirma: “La América es buena conocedora propiedades de hierbas, raíces, árboles y piedras, y en conocerlas tienen buena experiencia... y por los beneficios que les hace (a los enfermos) casi vuévelos de muerto a vida. Sabe sangrar, dar la purga, echar medicina y untar el cuerpo, ablandar palpando lo que parece duro en alguna parte del cuerpo concertar los huesos, sajar y curar bien las llagas y las gotas, y el mal de los ojos, y cortar la canaza de ellos”.

Las concepciones médicas mesoamericanas y en particular las de la medicina náhuatl que predomina en nuestro contexto histórico cultural diferenciaba entre diversas causas de enfermedades: los dioses, los signos calendáricos, los brujos y la naturaleza, por lo tanto el sistema médico náhuatl estaba constituido por creencias, suposiciones, conocimientos empíricos y científicos a través de los cuales se percibía, se filtraba e interpretaba la salud y la enfermedad.

Las medicina prehispánicas observan y transmiten una visión del mundo diferente, una cosmovisión que era común entre todos nuestros pueblos mesoamericanos. El Dr. Carlos Viesca Trevinio, durante la celebración del primer encuentro de Centroamérica, Panamá y Belice para el rescate de la medicina popular tradicional y su integración a los sistemas locales de salud, en Estelí, Nicaragua, nos reafirma: “Las enfermedades venían de lo alto y de la parte de debajo de la tierra; venían de los cuatro puntos cardinales. El hombre estaba en medio, hecho de elementos del cielo y de elementos de la tierra. Salud, por ende se expresa en un equilibrio entre estos influjos, en una composición física que distribuya en forma equilibrada el calor y la frialdad. Según esta concepción la enfermedad era

originada por elementos causantes del desequilibrio del cuerpo humano, elevando o disminuyendo su calor”.

El día de hoy en Nicaragua y otros pueblos centroamericanos persiste la concepción de que enfermedades tales como el aire o el mal aire son causadas por la entrada súbita del elemento (aire) en cualquier parte del cuerpo. El cipe del náhuatl Tzipt, entidad nosológica que afecta al paciente. Se concibe como una enfermedad causada por el calor excesivo que desprende la madre que amamante en un nuevo estado de embarazo.

Como resultante de las corrientes médicas introducidas y autóctonas, empezó a desarrollarse en el transcurso del tiempo un sincretismo cultural muy característico para nuestros pueblos y que refleja el surgimiento de una medicina mestiza. Anzures y Bolaños, al referirse a este mestizaje afirma... “se fue dando el mestizaje biológico, el intercambio complementario del comercio, el flujo y reflujo ideológico de la medicina, la transmisión de tradiciones de ambos mundos en choques y en contacto”.

Más de 250 años después de haberse iniciado este sincretismo cultural, se estructura en Europa a finales del siglo XVIII y todo el siglo XIX el sistema médico científico, el cual será complementado hasta en el siglo XX por la llamada “Revolución Tecnológica” de la medicina occidental. (7).

6.13. EL MARCO DE INTERACCION.

Agentes de Cambio y Pueblos Receptores.

El contacto puede ser impersonal e indirecto, mediante la radio, la televisión y las publicaciones. Con pláticas, demostraciones y apelaciones a la lógica, procura atraer su atención y hacerles ver que sus objetivos pueden resultarles provechosos. Trata de motivarlos para que deseen un cambio en la dirección especificada por el proyecto particular con el que esta asociado, y de estimularlos a trabajar activamente para lograr ese cambio.

Para algunos agentes de cambios el contacto detecto con las personas a las que dirigen sus esfuerzos resulta una experiencia amenazadora y penosa. Estas personas por bien calificadas que puedan estar, suelen tener mucho menos éxito en el trabajo de desarrollo que aquellos que pueden establecer amistades sólidas caracterizadas por el respeto mutuo con la gente que esta recibiendo ayuda. Obviamente, la personalidad del especialista técnico, y la forma en que desempeña su rol mientras está en el campo con la gente sobre la cual trata de ejercer influencia, son de enorme importancia en el éxito o fracaso de un programa de cambio.

Aprende también cosas nuevas acerca de la estructura social, los valores y las premisas del grupo objeto, aspectos importantes que no advirtió en sus análisis preliminares.

Los Procesos de Cambio Cultural.

El cambio cultural planificado puede ser considerado como una aculturación a ritmo forzado, ya que debido a los objetivos y fechas límite del proyecto ya a que el propósito mismo de ese trabajo consiste en acelerar la consecución del cambio, los procesos engendrados por el contacto se ven notablemente acelerados.

En los países no totalitarios los programas de cambio cultural dirigido responden idealmente a proceso democrático que ofrecen formas nuevas a la gente, otorgando a esta, tal vez, un papel en la planificación del cambio, y permitiéndole después tomar sus propias decisiones sobre la posibilidad de efectuar o no el cambio, con un mínimo de coerción o persuasión. El cambio a través de procesos democráticos suele producirse mas lentamente que el cambio por mandato, en situaciones de cambio cultural planificado no siempre es enteramente equitativo.

Los análisis interculturales de las situaciones de cambio cultural han revelado una serie de regularidades que parecen darse una y otra vez, en diferentes períodos históricos y en contextos alejados entre si; es razonable suponer, entonces que estas regularidades representan procesos genéricos, mas que el resultado de la difusión, y que en situaciones en que las condiciones sean similares, se darán procesos similares. Los siguientes ejemplos ilustran estos procesos:

1. Las ciudades, en las que normalmente residen las clases superiores, son los principales puntos focales del cambio y, mediante la motivación de la imitación y del deseo de prestigio, las costumbres urbanas y d elite se filtran a las clases inferiores y a las zonas rurales.
2. Los cambios importantes en la base económica de la vida, y especialmente en el paso del trabajo de subsistencia al trabajo asalariado(acompañado frecuentemente por migración a las ciudades), acarrear cambio importante en la organización familiar. Normalmente la familia integrada gana importancia y la familia dispersa la pierde. Las responsabilidades y expectativas de ayuda tradicionales, ampliamente difundidas a través de redes de amistad y parentesco, se reducen aun grupo mucho menor.
3. La introducción de cultivos comerciales, con mayor interés en la venta de la producción en mercados, tiende a destruir las pautas tradicionales de trabajo cooperativo basadas en intercambios de mano de obra.

4. Por lo general, después del paso de una economía de subsistencia a una economía monetaria, tiene lugar un deterioro dietético. De hecho la sabiduría alimentaria convencional del pueblo, desarrollada a lo largo de generaciones sobre una base de ensayo y error, no funciona en situaciones en que la gente compra, y no produce, la mayor parte de sus alimentos. Debe aprenderá comprar sabiamente para tener una dieta equilibrada.
5. El cambio rápido suele promover tendencias divisorias en grupos tradicionales, haciendo así los esfuerzos cooperativos más difíciles que en las condiciones preexistentes. Los pueblos expuestos a pocas influencias externas e ideas nuevas se enfrentan con pocas posibilidades de elección acerca de que hacer como grupo y, por lo tanto, son limitado las oportunidades de desacuerdo. La tradición de termina las sendas a seguir. Al enfrentarse con muchas alternativas nuevas, como ocurre actualmente con los aldeanos, aumentan notablemente las oportunidades de diferir en los juicios, lo que acarrea conflictos de opiniones.

Barreras y estímulos al Cambio.

Todas las sociedades, todas las comunidades, están constantemente en tensión debido a dos tipos de fuerzas. Por un lado está la fuerza que buscan mantener el statu quo, preservar el equilibrio del sistema, mantenerlo en funcionamiento con un mínimo de cambios. Por el otro, están las fuerzas de cambio que impulsan al sistema a modificar y reordenar su estructura interna, produciendo una inquietud perpetua que acarrea el avance de un estado de equilibrio a otro. A la larga, siempre resultan más poderosas las fuerzas de cambio, ya que ninguna sociedad permanece enteramente estática. Pero por lo general el cambio no se produce rápida a fácilmente, ni sin costos.

Para analizar las barreras al cambio, me resulto útil agruparlas en categorías culturales, sociales y sicológicas. Algunas importantes barreras culturales son el peso de la tradición misma y el concomitante fatalismo tan frecuentemente notado,

que es una creencia etnocéntrica (prevaliente tanto entre los pueblos primitivos y los campesinos como entre los norteamericanos) en la superioridad de las formas tradicionales propias; ideas sobre normas de modestia, y actitudes sobre orgullo, dignidad y prestigio.

Las barreras sociales al cambio radican en las obligaciones y expectativas tradicionales, basadas en pautas de reciprocidad dentro de la familia, los parientes ficticios y los grupos de amistad de la mayor parte de las sociedades preindustriales. De acuerdo con esta visión de la reciprocidad, quienes (en este momento) tienen. En las sociedades en que el acceso a los recursos es esencialmente equitativo, se supone que, con el tiempo todos aportarán y recibirán aproximadamente la misma cantidad.

Pero en un mundo rápidamente cambiante las personas más capaces, más agresivas o más progresistas comienzan a adquirir ventajas permanentes sobre los demás. Si se sienten obligados a seguir honrando sus obligaciones tradicionales, las ventajas que han alcanzado se diluyen, ya que su bienestar es una abierta invitación para sus parientes y amigos menos afortunados o menos capaces a depender de ellos de manera más o menos permanente.

Para las personas innovadoras el verdadero progreso se da solo cuando cruzan un crítico umbral psicológico lo que les permite ignorar la opinión pública abandonar sus obligaciones tradicionales y gozar los frutos de su energía y habilidad.

Las barreras psicológicas están arraigadas especialmente en las diferencias entre los procesos perceptivos de los miembros de las organizaciones innovadoras y los de los grupos socioeconómicos bajos en sociedades complejas y los pueblos primitivos y campesinos suelen interpretar las consecuencias probables de la innovación de maneras muy diferentes de las deseadas por los expertos técnicos encargados de modificar prácticas prevalentes. El gobierno y sus representantes pueden ser vistos como amenazas a una vida mejor, más que como quienes pueden proporcionarla, y un regalo puede ser interpretado como un cebo, como un recurso para desarmar al desapercibido y convertirlo más fácilmente en víctima.

También en estos casos un agente de cambio puede llevar a cabo incorrectamente una demostración produciendo el efecto opuesto al deseado, ya que los espectadores perciben el resultado real y no el propuesto.

Los estímulos que promueven el cambio incluyen tanto las motivaciones individuales que llevan a la gente a experimentar las novedades, como la creación de las condiciones básicas que permiten que el cambio se produzca de manera ordenada. Dos fuerzas relacionadas, el deseo de beneficios económicos y el deseo de mayor prestigio parecen ser motivaciones especialmente poderosas de los cambio de conducta. Una tercera motivación importante surge de las demandas de amistad. Muchas personas ensayan formas nuevas simplemente por que se han hecho amigas del agente de cambio y desean complacerlo haciendo lo que les pide. El agente los ha ayudado, o sospechan que tienen poder para ayudarlos; por lo tanto consideran prudente y justo hacer algo a cambio. Buena parte del cambio inducido no tiene nada que ver con la convicción real, de parte de los miembros de los grupos cliente, acerca de su deseabilidad; es, simplemente, un tributo a las cualidades personales del experto técnico, o reconocimiento de los beneficios tangibles que ha brindado a las personas interesadas. (8)

En estudio de percepción realizado en julio del 2000 con un enfoque socio cultural sobre la ineficacia de las actividades de salud en los barrios Cocal, Revolución y Arlen Siu que corresponden a las etnias misquitas, mestiza y creolle respectivamente, para la realización de un perfil de intervención para la eficacia de las actividades de salud para los años 2001-2002 se encontraron los siguientes resultados entre otros:

- En las etnias creolle y mestiza únicamente se organizan a nivel familiar para las actividades de salud en cambio en la etnia misquita existe un nivel de organización comunal: Jueces comunales, pastores, agentes comunitarios.

- Para las etnias mestiza y creolle no existe orientación para la organización extrafamiliar y en la etnia misquita si existe, ejemplo: Numero de familiar por pozos construidos.
- El mestizo y creolle consideran que la organización a cambiado hacia lo negativo, la organización es prácticamente nula, persiste sin cambio la organización familia. Mientras que en la etnia misquita el cambio se ha dado hacia lo positivo al buscar formas de organizarse para las actividades de salud, ya que antes en el barrio no se daba por la presencia y cercanía del antiguo Hospital Grey Memorial.
- Los mestizos y creolle opinan que se han modificado las actividades de salud pero empeorando, antes eran más activos, responsables y había coordinación, opinando que los misquitos hacen menos actividades de salud, mencionando deficiencias en la higiene personal de los mismos. Para los misquitos los problemas de actitud ante los principales problemas de salud son porque acuden primero a sus agentes tradicionales y de ultimo al medico.
- El mestizo opina que la percepción sobre las causas y persistencia de los problemas de salud no han cambiado, pues no hay estrategias definidas y sostenibles por parte del MINSA, al igual el creolle considera que no ha cambiado la percepción de las causas reforzando que el personal del ministerio de salud no se preocupa por el barrio, no hacen el trabajo de terreno a como debe ser. Los pobladores misquitos consideran que ha habido cambio en sus creencias o criterios sobre la causa de los problemas de salud, caso concreto por la disminución de morbilidad de la diarrea con la introducción de tubería de aguas potable.(9).

6.14. Intervenciones de Salud Institucional en la RAAN.

Políticas de Salud en la RAAN:

Años 50: - Coexistencia de la consulta privada y hospital público.

- Existía el Seguro social, atención primaria.
- Junta locales de Atención primaria en salud.
- El ministerio realizaba vacunaciones y acciones antiepidémicas.
- Los servicios médicos eran de la Guardia Nacional.

Años 60-70:

- Ampliación de Cobertura.
- Salud comunitaria.
- Saneamiento ambiental.
- Nutrición.
- Educación en salud a la población.

Años 79-80:

- Se da la estrategia de atención primaria: Alma Ata.
- Mayor calidad y efectividad.
- Ampliación de cobertura.
- Creación del SNUS.
- MINSA: Administración de recursos, normación, determinación de políticas, prestación de servicios, regionalización, centralización de abastecimientos, concentración de recursos y gratuidad, formación del personal humano, sistema de atención médica familia.

1983: - Atención primaria en salud.

- Crisis de deuda externa.
- Guerra.
- Reducción del gasto social.

- Deterioro de infraestructura y capacidad operativa.
- Descentralización y concentración.
- Se forma los SILAIS.

1990-96: - Reformas de salud.

- Aceptación de programas de ajuste económicos.
- Intervenciones en salud integrales.
- En 1992 el presidente retoma la meta de alcanzar en 2004: condiciones, acceso de agua potable, infraestructura sanitaria.
- En 1992 Banco Mundial realiza informe de pobreza.
- BID y BM readecuación de la cartera de servicio, aumentando la participación social.
- Banco Mundial en 1993 invierte en salud.
- En 1994 Cumbre de Miami, disminución de la mortalidad materna.
- En los SILAIS se da la descentralización administrativa.

1997-2000:

- Proceso de modernización del sector salud.
- Completamiento y reforma del Marco Judicial, Ley de medicamentos y farmacia, ley general de salud.
- Reforzamiento del rol normativo.
- Reposición de equipos.
- Fortalecimiento en APS con el Modelo de Gestión.
- Fondo para la Maternidad e infancia segura FONMAT.
- En 1997 presentación del Modelo de salud de la región. (10)

6.15. Modelo de Salud de la RAAN.

Si a esto agregamos el hecho, ya señalado por muchos autores, de que en las comunidades de las Regiones Autónomas existe una práctica médica que combina de hecho, elementos de la medicina indígena con la medicina occidental y la medicina casera y que tradicionalmente, la medicina indígena ha constituido el principal recurso para la atención de salud en esas comunidades, resulta evidente que para abordar temas como equidad, desarrollo sostenible, autonomía, participación comunitaria se requiere de un abordaje adecuado culturalmente a la región y sus habitantes.(11).

La Autonomía Regional Multiétnica en la Costa Caribe:

Para las personas en la Costa Atlántica de Nicaragua, la Autonomía Regional tiene diversas explicaciones. Para algunos es vista como un instrumento de poder, como la capacidad que tienen los pueblos indígenas y comunidades étnicas de autogobernarse y decidir por sí mismo independientes económica y culturalmente del Gobierno Central.

Para otros, es considerada como el **poder del pueblo** expresado en la capacidad de participar en espacios de toma de decisiones y administración de sus recursos. Es el derecho de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de elegir a sus autoridades e implementar efectivamente su propio modelo de desarrollo de acuerdo a su cosmovisión, cultura, tradiciones y necesidades.

En otros casos, la Autonomía es concebida como el espacio que cuentan los pueblos indígenas y comunidades étnicas para rescatar y desarrollar sus valores culturales y sociales y, para asegurar la protección de sus recursos.

También es considerada como el espacio de negociación que tienen los pueblos indígenas y comunidades étnicas para alcanzar el equilibrio en el ejercicio de auto desarrollo local integral y la oportunidad de ejercer sus derechos historiaos en su propia región.

La Autonomía no se visualiza como una situación alcanzada, sino como un espacio reconquistado con la aprobación del Estatuto de Autonomía en 1987. Se identifica como un espacio jurídico que permitió avanzar en un proceso, a través del cual los pueblos indígenas y comunidades étnicas esperan ir construyendo, creando condiciones para vivir en pleno ejercicio de sus derechos.

Medicina Tradicional.

Los pueblos indígenas de la Región han desarrollado un conjunto de practicas y conocimiento sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. A este conjunto de practicas y conocimientos presentes en los pueblos de la Región, generalmente agrupados en la denominada Medicina tradicional los llamaremos Sistemas de Salud Indígenas.

Los Sistemas de Salud Indígenas comprenden el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explican la etimología, la nosología y los procedimientos de diagnostico, pronósticos, curación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud. Estos se transmiten por tradición y verbalmente, de generación en generación, dentro de los pueblos.

La milenaria relación con la naturaleza les ha posibilitado una comprensión cabal de la clasificación, composición, usos y protección de las plantas de su hábitat respectivo. Las plantas son parte integral de la cultura y lo cotidiano, sus categorías y usos se entrelazan en lo mágico y religioso de la cosmovisión de los pueblos indígenas. (12.)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO.

Se trata de un estudio de tipo cualitativo con un enfoque socio cultural en el que se utilizaron métodos etnográficos.

Se tomó como universo a todos los y las pobladores del casco urbano de Bilwi de los barrios seleccionados para el estudio.

Se aplicaron los siguientes criterios de selección de estos barrios:

- Contar en cada uno con una población étnica particular predominante, ya sea Miskita, Creolle y Mestizos respectivamente.
- Existencia en cada uno de una forma de convivencia comunal diferenciada por factores de interculturalidad.
- Existencia de formas organizativas propias o particulares de las etnias que habitan en estos barrios.

Se seleccionó un grupo de estudio integrado por 21 informantes claves, representados por 7 pobladores por barrio. Para la selección se aplicaron los siguientes criterios de selección:

- Formar parte de la etnia predominante de ese barrio.
- Voluntariedad.
- Actor Social con liderazgo.

Además, se cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Tiempo de habitar en el barrio, un periodo no menor de cinco años.
- Experiencia practica e información en elementos socio culturales.

Se aplicaron los siguientes criterios de exclusión:

- Líder comunal sin disponibilidad aceptable al ser entrevistado.
- Tiempo de residir en el barrio menor de cinco años.

Para dar salida a los objetivos planteados abordamos en el estudio los siguientes descriptores:

Para el objetivo No.1 Describir el contexto intercultural en las actividades de salud:

- Relaciones interétnicas.
- Principales actividades de Salud.
- Tipos de coordinación.

Para el Objetivo No. 2. Identificar la percepción sobre los principales problemas de salud y la eficacia de las principales actividades en salud:

- Principales problemas de salud.
- Persistencia de los principales problemas de salud.
- Actitud en los principales problemas de salud en sus modalidades de implementación.
- Actividades de salud con integración multiétnica.

Para el Objetivo No.3. Analizar el comportamiento de los principales factores socio culturales como valores particulares y su influencia en las actividades de salud:

- Participación en las actividades de salud.
- Organización en las actividades de salud.
- Enfoque particular de los problemas de salud.
- Influencia de la medicina tradicional.

Fuente de información fue primaria con recolección mediante entrevistas a profundidad, con cuestionarios o guías específicas con preguntas abiertas.

Previo a la recolección de la información se realizó actividades introductorias de sensibilización o adaptación en el terreno, abordando informantes claves acerca del estudio realizado para su colaboración y acercamiento del equipo investigador a los barrios.

VIII. RESULTADOS.

8.1. Contexto intercultural en las actividades de salud.

8.1.1. Relaciones interétnicas

Barrio: Revolución (Etnia Mestiza)

Al Criollo lo ves como más individualizado en sus problemas de salud, mientras que el misquito lo ves un poco más colectivo, yo como mestiza pienso que colaboremos todos, va a ayudarnos a todos mutuamente, si hay por ejemplo una epidemia de ratas, y aplico tratamiento pero al vecino si le explico, si le digo al misquito hay accesibilidad, pero si hablo con el criollo hay poca receptividad, porque es un poco silencioso, no te dice nada. Yo diría que entre los mestizos hay mas comunicación, mayor participación y colaboración para con la otras etnia, vemos que la cuestión tiene que ser una actividad colectiva entre todos juntos.

- Antes las medidas de salud eran más estrictas, hoy en día el centro de salud no se preocupa por el dengue y la basura, si uno da una queja en el centro no te escuchan, como que es por diferencia de etnia, como son misquitos no escuchan al mestizo, a uno lo ven como mal, que solo a quejarse vamos.

Barrio: El Cocal (Etnia Misquita)

- Solo la etnia misquita participa en las actividades de salud del barrio, ya que el mestizo se aparta de nosotros porque se cree de mejor raza.
- No todas las etnias que existen en el barrio participan en las actividades de salud.

- Hace 20 años talvez solo los misquitos participaban, ahora los mestizos también apoyan, algunos participan en las reuniones.
- Algunas familias mestizas califican al misquito de ignorante, de sucio.
- En los casos de organizarse para las actividades de salud solo lo hacemos los misquito, ya que es una de nuestra costumbre de trabajar todos juntos en las comunidades, en el caso de los mestizos y negros, ellos se apartan se consideran mejores, educados y limpios y poco apoyan.
- Si las actividades de salud son orientadas por el personal de salud, existe la desconfianza de la gente, sobre todo cuando el personal no es de nuestra etnia, ya que no conocen y se burlan de nuestras creencias.

Barrio: Arlern Siu (Etnia Criolla)

- Considero que los criollos somos aseados y cuidadosos en la casa, los misquitos creen que están en la comunidad, siento que les falta mas conocimientos sobre el aseo de sus patios, no dan tratamiento al agua de consumo ni al pozo, muchos no tienen ni baños, ni letrina, hacen sus cochinadas al aire libre, muchos padecen de piojos esto es algo normal para ellos. Se pasan las cercas como si estuvieran en las comunidades, mientras que los mestizos son más cuidadosos con sus patios, son preocupados por el agua de consumo, el pozo, además, son comunicativos y respetuosos, son personas que ayudan a cuidar las pertenencias del vecino cuando uno no esta en la casa, del misquito uno debe de cuidarse son muy envidiosos.

- Para mi no hay mucha diferencia por que todos somos iguales es de persona loca pensar que uno es mejor que otro y que somos diferentes, talvez en el color, idioma pero todos tenemos igual capacidad unos somos más activos otros no, algunos son haraganes si esa es la diferencia.
- Existe bastante discriminación racial y cada etnia es diferente por su aspecto cultural: Los misquitos son despreocupados por su salud y forma de vivir, el mestizo trata de ser aseado, se preocupa mas por su salud, en cambio los criollos somos bien aseados. Si uno trata de mantener su patio limpio el vecino que es mestizo le da pena tener sucio y se pone a limpiar, el misquito no le importa, hace mucho cuando el barrio esta organizado los misquitos preguntaban si les iban a pagar o a dar algo por realizar las actividades de limpieza, "eso es el colmo".

8.1.2. Principales actividades de salud

Barrio: Revolución (Etnia Mestiza)

- Las principales actividades de salud en el barrio son: limpiezas, vacunación, desparasitación, las limpiezas se realizan semanalmente individualmente en cada casa, o sea, familia. Las actividades institucionales son solo dos veces al año, durante jornadas o durante acontecimientos especiales como la fumigación, que se hace cuando hay brote de enfermedades en el barrio.
- Las muchachas de la clínica Bilwi cuando vienen a vacunar, ya sabemos que hay que vacunarse, o pasan orientando actividades de salud.
- No existe ningún mecanismo de presión cuando se llama al aseo o al orden desde el punto de vista de salud, es algo que necesita llevarlo a cabo, porque manteniendo la limpieza uno mantiene la salud. Aquí prácticamente no viene nadie a orientar sobre actividades de salud, no hay imposiciones pero creo que se necesita porque muchos de mis vecinos no piensan en mantener la limpieza

Barrio: El Cocal (Etnia Misquita)

- De manera sistemática, organizada, ninguna actividad de salud, las únicas son la recolección de basura, la cual se quema y la limpieza del patio o solar.
- Las principales actividades de salud que se realizan en el barrio son jornadas de vacunación dos veces al año, fumigación del barrio y en algunas ocasiones casa a casa, cuando hay brote de dengue, limpieza del barrio tres a cuatro veces al año, abatización y cuando anda haciendo censo. Estas no son impuestas ya que actualmente la gran Mayorga de la

población tiene mayor nivel educativo y ha adquirido mayor conciencia de los problemas.

- Jornadas de vacunación, jornadas de limpieza del barrio, visitas de terreno, jornadas de vacunación de perros, abatización, dosificación de antimaláricos, desparasitación, vitaminas A y sulfato ferroso.
- Charlas educativas del personal de salud de la clínica Bilwi, actividades de casa en casa buscando si hay algún enfermo y mujeres embarazadas.
- La recolección de la basura del barrio, la población lo hace, el que no cumple es la alcaldía para botarla.

Barrio: Arlen Siu (Etnia Criolla)

- Siento que una de las actividades son las jornadas nacionales de vacunación, las fumigaciones, desparasitación y que esto lo realizan por una programación.
- Los trabajadores del CEMA (Control y erradicación de la malaria) vienen a observar como esta nuestro patio, las charcas, basuras y nos orientan para que prevengamos las enfermedades.
- Solamente se ve actuar al MINSA en las jornadas de vacunación, esa es la actividad donde más creo que se hacen sentir; Es por eso que siento que ellos imponen su voluntad, no le preguntan a la población cuando quieren que los vacunen o desparasiten, esto es un problema serio porque a veces queremos que nos ayuden para eliminar las basuras o fumiguen, pero esa no es la prioridad del momento, entonces lo que nos queda es esperar y tratar de solucionar nuestros problemas por si solo, como siempre.

- Yo creo que se hacen imposiciones en algunas actividades que ellos programan, no le consultan a la población que es lo que le interesa o cual es el problema que quieren resolver eso a ellos no le interesa solamente se preocupan por cubrir o alcanzar una meta de sus actividades ya programadas por ellos anteriormente. Antes las enfermeras eran mas integrales, aprovechaban el momento en que salían al terreno y preguntaba si estabas bien, como esta la presión arterial etc.

8.1. 3. Tipos de Coordinación

Barrio: Revolución (Etnia Mestiza)

- Desde que no existe una organización en el barrio y no hay un líder de salud, cosa que se ha perdido no es posible coordinar con alguien, la única coordinación que existe es con la Clínica Bilwi que esta cerca en el barrio y a las muchachas que nos visita, podría decirse que son como los representante del barrio, puede que sean nuestros líderes de salud, aunque no viven en el barrio, pero ellas se mantienen al tanto del barrio, es su barrio asignado. La clínica trabaja en coordinación con el Ministerio de Salud, pero en el barrio la tomamos no como una institución, sino como clínica privada.
- No existe ningún tipo de coordinación porque aquí en el barrio nunca nos hemos reunido para intercambiar criterios.

Barrio : El Cocal (Etnia Misquita)

- Las actividades generalmente son orientadas y coordinadas por los lideres del barrio (Juez local y el pastor espiritual) pero muy pocas familias lo hacen de forma conciente y voluntaria.
- Se anuncia las actividades a través del pastor de la iglesia y luego cada cual por su voluntad realiza la tarea en su casa, cuando se convocan a reunión es poca la participación de la gente, no acuden, tienen que ser orientada por el líder.
- Coordinan con la clínica Bilwi ya que las enfermeras que visitan el barrio, captan los problemas y convocan a la población a través de la iglesia y/o juez del barrio para reunirse y tomar la decisión de acuerdo al problema.

- Directamente con las instituciones no se tienen ninguna coordinación, solo con la clínica Bilwi que es quien nos atiende en el barrio.

Barrio: Arlen Siu (Etnia Criolla)

- Para mí que el Gobierno Nacional debe de financiar para que el sistema local realice las actividades según las necesidades de la población, pero estos no toman en cuenta a los líderes de los barrios y en nuestro Arlen Siu es peor por que no hay líder, por lo tanto no existe ningún tipo de coordinación.
- El nivel local debe de gestionar para que los del gobierno le abastezcan de materiales y equipos así también con maquinarias para trabajar y así dar mejores respuestas a la población. Además, los del MINSA deben de buscar a los líderes para que su trabajo se torne más fácil en los barrios y así habría mayor participación por los comunitarios y se tendrían mejores coordinaciones y una buena comunicación con la población; organizar a los recursos para que estos brinden una mejor calidad en su trabajo y así el MINSA ser más eficiente.
- Par mi que la coordinación y la organización de la familia es en primer lugar y así el MINSA puede aprovechar un trabajo en pro de los mismos objetivos; siempre y cuando se organicen con el personal del Centro de Salud. En cuanto a los del Nivel Central son los responsables de cómo esta la salud.
- Yo considero que uno de los problemas mas fuerte del MINSA es el poco interés en coordinarse con otras instituciones como que estos no se toman en cuenta, son muy deficientes y muy difícil de mantener buena coordinaciones para implementar y/o ejecutar una tarea en equipo..

8.2. Percepción sobre los principales problemas de salud y la eficacia de las principales actividades en salud.

8.2.1. Principales problemas de salud

Barrio: Revolución (Etnia Mestiza)

- Los principales problemas de salud, si hablamos de enfermedades son: la diarrea y parasitosis principalmente en los niños, la fiebre también en niños como en los adultos, esto por la situación endémica de los mosquitos y catarro.
- Otro tipo de problema es el agua, la pureza del agua de tubería es nula y no hay siempre, esta viene cada tres o cuatro días.
- Aquí no es muy urbanizado y las letrinas son un problema al contaminar los pozos de agua al construirse muy cerca de ellos y con el invierno muchos se rebasan, pero esto se mira mas en los barrios de los misquitos que son menos urbanizados, los desagües no tienen regulación adecuada lo que incrementa las charcas y por lo tanto los zancudos.
- La basura esta acumulada porque no existe un habito adecuado y no existe un sistema de recolección de basura adecuado por la alcaldía, el problema más serio es el basurero del mercado municipal, ahí se vende cerca alimentos y siempre hay basura aunque recolecten a lo largo del día.

Barrio : El Cocal (Etnia Misquita)

- Los principales problemas de salud que existe en este barrio son: Gripe en niños y adultos probablemente por problemas de cambio de clima, se observan también mucho casos de Dengue, malaria transmitidos por los

zancudos, presión alta en adultos. La basura amontonada por mucho tiempo, la población no quema la basura.

- Abundan los problemas de consumo de drogas principalmente marihuana, cocaína y piedra, existen muchos expendios de marihuana, principalmente lo consume la juventud entre los 12 a 28 años.
- Existen casos de niños huele pega, que no estudian, entre las edades de 8 a 10 años.
- Pocos casos de malaria y diarrea ya que la mayoría de las personas tienen ahora letrinas y pozos construidos por ayuda de proyectos de la clínica Bilwi.
- Casos de parasitosis, algunos casos de tuberculosis, problemas de infecciones vaginales, reumatismo, vómitos, falta de letrinas en buen estado, falta de agua potable, falta de sistema de recolección de basura en el barrio que dan origen a criaderos de zancudos y moscas.

Barrio: Arlen Siu (Etnia Criolla)

- Son las enfermedades como: Diabetes, Artritis, Asma, Hipertensión Arterial, las depresiones por preocupaciones que se deben al desempleo lo que viene a repercutir en problemas graves como la delincuencia y la drogadicción juvenil.
- Diarrea, resfriados por los cambios bruscos del clima, tos, problemas de malaria y/o dengue.

- El abastecimiento de agua es muy deficiente y de mala calidad nos llega el agua de consumo, otro problema es la deficiente en el servicio de recolección de la basura esto se debe a que hay una mala coordinación para controlar los focos de infección que producen los basureros, por otro lado tenemos la despreocupación del MINSA o Centro de Salud por la disposición de letrinas y la mala ubicación de las mismas; Ya que en muchos lugares de Puerto nos encontramos con letrinas en las meras calles, no se siente es por falta de orientación, de conocimiento, capacidad o negligencia de parte del personal del Centro de salud, estos son los principales responsables en el desorden y falta de control de las letrinas por que a veces estos están en muy mal estado y nadie hace nada para clausurarlos, los de higiene del medio han faltado mucho porque no son como antes que brindaban charlas y orientaban donde era mejor realizar una letrina y pasaban mensual haciendo un control, hoy ni se conocen estos trabajadores.

- Además de estos problemas podemos asociar la mala ubicación de muchos pozos y estos en su mayoría son de 12 pies son superficiales lo que necesitamos son pozos artesanos de 200 pies.

- Hablando del agua de consumo ENACAL nos esta dando un liquido que viene del crique en donde muchos vagos llegan a bañarse en la pila hacen sus cochinas y nadie esta supervisando y esa es el agua que tomamos, por eso es que enfermamos, no hay preocupación por los del MINSA ni ENACAL.

8.2.2. Persistencia de los principales problemas de salud

Barrio: Revolución (Etnia Mestiza)

- Los problemas persisten por la falta de orientación, educación social para que una persona trabaje en conjunto con la población. Los Factores culturales inciden, así como el factor educativo sistemático por medios de difusión que no existe.
- La Basura persiste porque no existe un sistema de recolección de basura y el agua desde su origen no es adecuada y esto va a seguir así porque las instituciones encargadas de velar por esto y dar seguimiento y control son deficientes.
- No hay aquí autoridades que busquen como arreglarnos el problema de la salud, la falta de una urbanización trae consigo el problema persistente de letrificación inadecuada con contaminación del agua de pozo y la proliferación de charcos de aguas servidas por falta de desagües adecuados o alcantarillas.
- A nivel global como país no existe una política de gobierno adecuada y beligerante hacia el sector salud y, por consiguiente, existe un abandono total presupuestario a las instituciones de servicio del estado las encargadas de darle seguimiento y apoyo a este tipo de problemas sanitarios. Por otro lado la alcaldía con lo que recauda con lo impuesto no sastiface las necesidades en este aspecto y tampoco es apoyada por el gobierno.

Barrio: El Cocal (Etnia Misquita)

- Muchas veces los problemas de salud se originan y persisten por algunos hábitos nocivos o inadecuados de la población.
- Se originan porque la gente no toman algunas medicinas y así persisten, pero la gente pobre aunque quieran cumplir con las medidas orientadas no lo hacen por problemas de dinero, de cultura etc. Ejemplo con la escasez de agua es al gobierno quien le corresponde suministrarla y como no lo hace, la gente hace uso de sus pozos sucios y se enferman de diarrea.
- Falta de limpieza de los patios, no cloran el agua de consumo, no queman la basura, el que mucha gente no acepte que fumiguen sus casas, no acepten que vacunen a sus hijos, todo esto hace que las enfermedades se den en el barrio.
- Por no saber, desconocimiento, desaseo de la gente, falta de interés de la gente que debe orientar a la población, ejemplo las enfermeras que no realizan su papel de educar a la gente, ósea pobres orientaciones de los trabajadores de salud, algunos porque en ellos persisten sus creencias.
- Se originan por la falta de trabajo como es el caso de los vendedores de drogas, falta de un tren de aseo, falta de interés de apoyar de la alcaldía.
- Irresponsabilidad de los organismos responsables, la salud es una actividad en conjunto.
- Por no acudir al medico y cuando lo hacen no hay medicamentos.
- Falta de un camión para botar basura.

Barrio: Arlen Siu (Etnia Criolla)

- Estos persisten por que no hay un interés propio de las familias, no se preocupan por eliminar las charcas, basuras, no hay una actitud positiva que nos haga cambiar el mal habito de estar en lo sucio, no hay conciencia para tratar de buscar la solución de los problemas del barrio. Por otro lado considero que persisten por los cambios del clima, por la conducta que adoptan cada etnia o persona (lo que para mí es bueno, para otro es malo.
- Creo que esto se debe a que no hay un apoyo institucional; las actividades no son sistemáticas, una cosa tan sencilla no se puede resolver por ejemplo la fumigación, la basura, esto es por falta de un plan de trabajo organizado, creo que los del MINSA no saben que es lo que hacen, no un conocimiento ni conciencia de la realidad que tiene la población, por que estos nos tienen abandonados, no han cumplido con la población por que no hay un acercamiento directo a los barrios por el personal del MINSA, a su vez estos no motivan al grupo o al barrio a organizarse para trabajar en nuestro barrio para evitar las enfermedades.
- Se han perdido las formas de comunicación directa hacia la población.
- Creo el MINSA ha perdido mucho por que si se preocuparan por organizar a la población y planificaran sus tareas de acuerdo a las necesidades reales de la población, sentiríamos que si están dándonos soluciones o que por lo menos hacen el intento de tomarnos en cuenta; por que ya sabemos que una actividad que el MINSA la realiza dos veces al año es la jornada de vacunación esto esta bien por que es por el bien de nuestros hijos ya tenemos ese conocimiento y por eso la población participa.
- El MINSA tiene una actitud muy pasiva; porque no pone en practica sus normas, creo que fuera bueno que hubiese imposición de las normas sanitarias por que muy poco sé siente la presencia del ministerio de salud en el barrio.

8.2.3. Actitud en las actividades de salud en las modalidades de implementación.

Barrio : Revolución (Etnia Mestiza)

- Tenemos algunas actividades como la limpieza y recolección de la basura en las casas y patios, pero aunque la familia lo haga voluntariamente esta actividad es parcial porque la alcaldía no garantiza recolectarla y votarla, la mayoría de las veces tenemos que pagar para votarla y mientras tanto creamos un gran foco de basura o contaminación, aunque es una actitud frecuente o rutinaria familiar para el barrio es incompleta. Respecto al agua nos limitamos a hacerle una cloración adecuada para tratar de mejorar su calidad.
- La vacunación, desparasitación, abatización y fumigación son actividades solo en jornadas por el MINSA no son permanentes, solo cuando hay problemas o brotes. Son actividades donde participa más el personal del MINSA, deberían ser permanentes por el tipo de clima nuestro.
- El MINSA no tiene convivencia con la comunidad para fomentar la salud y no tiene una política de continuidad y todo esto no nos motiva. Las únicas orientaciones que recibimos y cumplimos son de la Clínica Bilwi que está en el barrio, aunque coordina con el MINSA no la vemos como institución, si no como clínica, son diferentes están más atentos a la problemática del barrio.
- Hay disposición a las actividades de salud, la gente se mueve más con orientaciones, pero estas son muy pocas y también los que cooperamos aun somos muy pocos.
- Usualmente no hago nada por el barrio, hago por mi casa por lo mío nada más.

- Prácticamente aquí no viene nadie, nadie nos dice lo que tenemos que hacer, jamás he recibido una orientación, cada cual hace lo que cree conveniente a nivel de su casa por que sino nos llenaríamos de basura, la basura la tengo que mandar a votar al basurero del mercado, no hay otra forma.
- Hay actitudes diferentes que influyen en él cumpliendo de las actividades, nosotros los mestizos somos mas aseados, limpiamos mas, evitamos los charcos, no tiramos la basura en cualquier parte mientras que las otras etnias en otros barrios es diferentes, el misquito lo toma como común, su cultura es mas de comunidad, en el caso de los mercados en el mercado municipal que es mas de misquitos, todo esta sucio por todos lados hay basura, lo que vende esta en el suelo, en cambio en el otro mercado que es de otra etnia o mestizos todo esta ordenado y mas aseado.
- Hay personas que no quieren aceptar que hay que trabajar con medicamento, no le gusta aceptar orientaciones y esto es mas en la etnia misquita porque creen en sus medicinas caseras y no quieren llevar a sus enfermos al hospital, buscan curanderos y buscan atención medicas hasta que hay gravedad del caso. Algunos viven muy sucio y conviven con animales.
- En los mestizos hay mas colaboración esto es porque la etnia mestiza es mas civilizada, tiene mas alcance, mas conocimientos traídos por la gente que ha venido del pacifico, porque allá si dan instrucciones sobre lo que es salud. Todo esto es debido a una situación cultural pues el misquito convive bastante con su cultura o creencias, mientras que el mestizo no.
- La Actitud es diferente porque depende de las necesidades de cada etnia o barrio por lo cual los criterios culturales no son aceptados totalmente, porque yo puedo creer en los empachos y él medica puede reclamarme por

algún tratamiento hecho y dice que no sirve. A la parte misquita se irrespeta mas respeto a los mestizos y criollos en sus alternativas de salud pero no sé si la mía es aceptada por ellos.

- Aquí no le ponen mucha atención al criterio de cada persona se hace lo que dice la institución o quien esta arriba mandando, los hábitos de salud de nosotros los mestizos no van en contra de las instituciones, por consiguiente, no tiene ningún problema cuando vienen las muchachas de la clínica Bilwi, nosotros ya sabemos que hay que vacunarse, a veces viene el MINSA a entregar pastillas para la malaria y eso no es imposición al contrario no existe ningún mecanismo de presión cuando se llama al aseo o al orden en términos de salud, si orienta quitar un charco no importa nosotros ya lo teníamos pensado. Pero si creo que se necesita mas exigencia o imposición por que muchos de mis vecinos no piensan en mantener la limpieza, por ejemplo el vecino enfrente compra conchas y eso corrompe el medio ambiente, hay que ser más exigentes porque uno no se preocupa por el desagüe, la basura, el monte, antes era más estricto.
- Es difícil hablar de una actitud particular porque el medio en que uno se relaciona tiene su influencia en uno, yo soy mestiza y ya tengo cocimiento de cómo usa la medicina tradicional el criollo y el misquito, es algo arraigado históricamente de que el uso de la medicina tradicional es primero antes de acudir al medico por no resolver el problema, en los mestizos algunos creen que esto es obligación únicamente del MINSA y de la Alcaldía velar por la salud, no hay iniciativa. La mayor parte de los organizadores en general somos mestizos y criollos.

Barrio : El Cocal (Etnia Misquita)

- Debido a que la mayoría de la población actualmente tienen un mayor nivel educativo y han adquirido mayor conciencia de los problemas de salud, hay voluntad de que se vacunen, permitan que fumiguen para que no se enfermen.
- Son los líderes de salud del barrio los que convocan a reunión de la gente para limpiar los patios, lo cual se realiza cada sábado en sus casas, lavan sus casas, limpian y queman la basura.
- Existe imposición del ministerio de salud, en los casos cuando fumigan las casas sin antes haber reunidos a los líderes del barrio para explicarle y ver en que podemos ayudarles.
- Si existe diferencia en la actitud, ya que algunos asumen los problemas de salud a sus creencias, pobreza y su falta de limpieza de sus casas, se atribuye al bajo nivel de escolaridad.

Barrio : Arlen Siu (Etnia Criolla)

- Los criollos nos preocupamos utilizamos primero remedios caseros eso es por que nuestros padres nos han venido enseñando, es una tradición, además, creemos mucho en las plantas medicinales, después visitamos al médico.
- Nosotros somos aseados, cuidadosos, nos preocupamos más por mantener nuestras casas y patios limpios.

- Creo que el aspecto de salud no es una prioridad hasta que la persona se enferma, no nos hacemos chequeos médicos, solo si nos sentimos muy mal acudimos al doctor; en lo personal no me he realizado ninguno no es mi prioridad. Los misquitos hasta que están muy grave buscan al medico antes andan buscando cura con curanderos o sukias, creen que si se enferman es porque alguien que no los quiere les hace mal o hechizos. Los mestizos buscan mas la atención del medico estos porque están mas familiarizados con los medicamentos, utilizan poco la medicina tradicional.
- Considero que muchas personas se comportan como ignorantes creen que las actividades de salud solo los deben de realizar los del MINSA y por eso no ayudan a mejorar las condiciones de sus patios ni el aspecto de su barrio, no ponen interés en las jornadas de vacunación, esconden a los niños y ni los adultos quieren vacunarse esto ocurre muchos con los misquitos, nosotros los criollos aceptamos por que sabemos que es por el bien de nuestros hijos.
- En este barrio no estamos organizados, cada quien busca como solucionar sus problemas según sus necesidades, creo que las modalidades han cambiado por que antes era una población activa en su mayoría ahora nadie hace nada por el barrio, la atención a la parte comunitaria esta pésima.
- Ahora los jóvenes no quieren apoyar en las actividades de la casa, son rebeldes y eso que esta el pretexto la ley del niño y adolescente que si se le da mucho trabajo "es violencia, uno no puede hacer igual como antes que eran exigente nuestros padres con nosotros.
- Las actividades de salud son familiares de forma espontáneas, no hay quien coordine una organización en el barrio, las modalidades cambian por el mismo desarrollo esto obliga a cambiar y continuar con lo nuevo.

- Hay diferencia en la actitud ante los problemas de salud en las diferentes etnias por que en los criollos el concepto de salud no es una prioridad, hasta que uno enferma, no nos hacemos chequeo médicos solo si nos sentimos muy mal visitamos al Doctor. En cambio los misquitos visitan mas al sukia o curandero.
- Considero que los criollos nos preocupamos por nuestra salud utilizamos remedios caseros primero y luego visitamos a los médicos, los misquitos hasta que están muy enfermos buscan al doctor, antes anda buscando cura con curanderos o sukias, creen que sus enfermedades son porque alguien que no los quiere les hace mal (hechizos. Los mestizos buscan mas la atención del medico, estos por que están mas familiarizados con los medicamentos, estas personas utilizan poco la medicina tradicional.
- Creo que es necesario la coordinación y organización familiar primero y luego a nivel local, por que son ellos los que deben encargarse por el aspecto de la ciudad también en coordinación con la alcaldía, pero si estas instituciones no apoyan a la población el barrio no va a superar, creo que seria bueno que el MINSA realice una competencia y premie o estimule al barrio mas limpio y así talvez uno logra mejorar, pero que sea cada mes esa actividad, talvez eso motiva a ser mejores y mas aseados a todos sin tomar en cuenta de que etnia eres.

8.2.4. Actividades de salud con integración multiétnica.

Barrio : Revolución (Etnia Mestiza)

- Debería ser así todos unidos, pero el desarrollo de las actividades a veces son desfavorecidas por las diferencias entre las etnias en su cultura, es bueno que nos organicemos y nos entendamos por que cada etnia hace lo que cree, por ejemplo los desagües es un trabajo de la alcaldía y ahí trabajan diferentes etnias, yo lo entiendo pero otra etnia talvez no.
- Estaría favorecida si todos nos ponemos como costeños, todas las etnias juntas nos ponemos de acuerdo para cooperar, por ejemplo con la basura y ayudar a la alcaldía, varios cerebros piensan mejor que el de una solo etnia.
- Es conveniente porque cada etnia tiene diferentes criterios y formas de actividades de salud y si se busca lo positivo de cada una de ellos, mejoraríamos los hábitos de la limpieza y salud, además, ayuda a conformar un criterio o visión de cómo llevar un mensaje directo y mejor a esas personas colectivamente, brindándoles confianza, tomándolos adecuadamente en cuenta. Actualmente esto no sé esta dando, hay imposición de criterios, es una cuestión difícil pero vales la pena, hay que hacer trabajos colectivo.

Barrio : El Cocal (Etnia Misquita)

- Cuando las actividades son orientadas por el personal de salud, existe la desconfianza de la gente sobre todo cuando el personal no es la misma etnia.

- No hay aceptabilidad quizás porque la mayoría de las enfermeras que llegan a organizar estas actividades, desconocen de nuestra cultura y solo llegan a cumplir con su tarea.
- Es necesario que los moradores del barrio sean el actor social activo en cuanto a llevar la salud y en todas las actividades concernientes al barrio.
- No lo considero ventajoso ya que para las otras etnias, consideran al misquito apartado, se burlan y se creen superiores, siendo la etnia mestiza la de mayor problema, con el negro no existe problema ya que toda una vida han vivido junto a nosotros.
- Creo que son favorecidas, son fortalecidas las actividades en salud ya que son para el bien de todos los que viven en el barrio, en el caso de algunos mestizos apoyan ya que sus esposas son misquitas.
- Son facilitadas ya que se obtienen mayores resultados, mayor participación de todos, se dan mayores aportes de ideas. La etnia misquita acepta que los dirijan otras personas de otras etnias siempre y cuando sea para apoyo de su barrio, lo único que no aceptan es que le cambien sus creencias.
- No hay integración de las diferentes etnias ya que existen diferencias políticas, raciales, los mestizos se creen superiores y consideran al misquito inferior y sucio.
- No existe diferencia étnica si se facilitan las actividades de salud, existe aceptación del barrio que acoge a todas las personas que acuden de otras comunidades.

Barrio: Arlen Siu (Etnia Criolla)

- Creo que en las etnias mestiza y criolla se facilitarían las actividades de salud ya que estas dos etnias se caracterizan por que la gente le gusta trabajar, son mas abiertos para organizarse y buscar una solución a los problemas de salud, en cambio los misquitos son un poco mas cerrados, miedosos no le gusta trabajar para los demás, así dicen, creen que todas las tierras son de ellos y uno para involucrarlos en una actividad debe darles algo a cambio y/o pagarles.
- Siento que deberían ser facilitadas las actividades pero en la realidad existen impedimentos en la realización de actividades por que en cada etnia existe un cierto recelo de quien esta al mando, muchas personas entorpecen el trabajo cuando no le gusta la persona que esta llevando a cabo las riendas o los asuntos y que da ordene para que los demás las cumplan, esto se ve mucho aquí por el asunto étnico, racial que muchos lo toman muy en serio.
- No existe una integración étnica en nuestro barrio por que no esta organizada, además, las actividades se realizan espontáneamente, esto se debe a que hay despreocupación por el MINSA y esto es notable cuando ves unos patios limpios otros sucios. Hay poca educación en la población y si estos tienen conocimientos es por la falta de control por el centro de salud. Siento que existe cambios en las actividades, porque existe discriminación y cada etnia quiere trabajar solo con los suyos, siente que uno es mejor que otro, antes no se miraba eso ahora para todo esta la diferencia, por eso uno no participa, es mejor trabajar solos y en su propio terreno.

8. 3. Comportamiento de los principales factores socio culturales como valores particulares y su influencia en las actividades de salud.

8.3.1. Participación en las Actividades de salud

Barrio: Revolución (Etnia mestiza)

- La participación es por familia es un interés propio de cada una, trabajamos en nuestra área de cada familia, el patio tiene dueño y si no lo limpia del dueño queda sin limpiar, no existe colectivismo, aunque somos mestizo. Cada familia limpia voluntariamente su área no existe ninguna institución que haga un llamado, no se preocupan.
- La participación se ha dormido, no existe una participación como años anteriores, ahora cada quien camina muy aparte, no hay espontaneidad para la participación fuera de la familia y si se dan estas son lentas y orientadas o dirigidas porque solo se movilizan cuando hay jornadas o actividades de la alcaldía. Cuando son dirigida la gente participa mas y mejor, uno se coordina pero aun son pocos los que cooperan. En las jornadas institucionales participa mas el MINSA.
- Desde que se mejoro la infraestructura de la calle con planchas de concreto ha mejorado en mi sector la participación en la limpieza, pero solo en el frente de cada casa, antes era montoso y se encharcaba, hoy es diferente y motiva a la gente a mantener limpio.
- En forma general la participación no ha cambiado siempre ha sido a nivel de la familiar la participación ha cambiado antes era mejor, habían visitas frecuentes en el barrio estuvieras enfermo o no, la comunicación es muy importante y mas ahora por la situación que pasamos, ahora cuando aparecen andan únicamente con cumplimiento de metas especifica, solo así se mueven es una rutina de un programa o lo hacen cuando va a venir

el presidente o hay una actividad de suma importancia, antes había mas exigencia y uno cooperaba mas, lo mejor es que a uno le exijan. Ahora ni las jornadas de vacunación son como antes..

Barrio: El Cocal (Etnia Misquita)

- Generalmente la participación lo hace un representante de la familia se da de esta forma para que todas las familias del barrio apoyen, participan por edades y sexo, hombre y jóvenes realizan el trabajo mayor, las mujeres apoyan llevando agua y haciendo comida al grupo.
- Es poca la participación de la gente en las reuniones, no acuden tienen que ser orientados por los lideres para que la gente apoye, de lo contrario espontáneamente no lo hacen , algunos tiene que exigirle el líder para que participen en las actividades.
- En algunos casos la participación es poca por la desconfianza de la gente sobre todo si el personal de salud no es de la misma etnia.
- En los casos de limpieza la población participa voluntariamente para limpiar sus patio.

Barrio: Arlen Siu (Etnia Criolla)

- Son actividades espontáneas y familiares aquí hace falta la colectividad, creo que se ha mantenido en la etnia criolla por que es un conocimiento de nuestros antepasados de ser aseados mantener limpio. En lo que es la parte institucional ha sido siempre algo establecido ; aun que aquí en este barrio antes existía la colectividad hoy no podemos decir los mismo. Ejemplo para ayudar a los ancianitos si yo limpiaba mi patio también lo hacia al de mis vecinos los viejitos eso era una tradición una caridad, pero

eso se ha olvidado por el rápido ajeteo de la vida y la sobre vivencia del mas fuerte, uno debe trabajar mas afuera para sacar adelante a su familia y no hay tiempo para estar en casa talvez el tipo de trabajo de uno eso impide en que nos organicemos y participemos en las actividades.

- La población participa muy poco en las actividades de salud eso por la falta de interés y poco conocimiento que tiene en relación a los factores de riesgo; también por el poco interés que tiene el MINSA, estos no brinda una educación adecuada a la población solo se limitan a imponer y no buscar como actuar en conjunto con los pobladores para saber que es lo que uno quiere, en que se puede intervenir primero , por eso la gente hace como si se interesa pero no apoyan verdaderamente ese problema.
- Considero que cada quien tiene que buscar como evitar las enfermedades limpiando sus patios y organizándose en familia por que eso es una forma tradicional de nosotros los criollos. Nosotros no participamos en actividades de salud por que impulsan las jornadas de vacunación y como no tenemos niños pequeños ya que las enfermeras del centro de salud no nos toman en cuenta, entonces para mi es un rechazo por que no preguntan si hay niños. Antes las enfermeras eran mas integrales, si uno no tenia niños por lo menos te educaban ellas aprovechaban el momento en que salían al terreno te preguntaban como se siente, su presión arterial esta bien etc..
- Las actividades son las mismas de siempre jornadas de vacunación, desparasitación, fumigación, siento que han cambiado por que antes era una población activa en su mayoría, ahora nadie hace nada por el barrio, la atención a la parte comunitaria es pésima. Ahora los jóvenes no quieren apoyar en las actividades de la casa son rebeldes y eso que ponen de pretexto me dan mucho trabajo es violencia, uno no puede ser como antes exigente.

- La modalidad es familiar, espontánea eso refleja como tiene su basura, otros aspecto que afecta es la falta de organización en el barrio, el problema es quien lo coordina. La participación en las actividades de salud han cambiado mucho eso se debe al avance de la medicina, el desarrollo, eso implica mucho en que hoy en día la gente antes acudía mas al uso de la medicina tradicional ósea las plantas, pero como con el desarrollo cambian también las actitudes y costumbres uno se acomoda a los nuevo. Antes uno andaba buscando las plantas para sembrarlas hoy buscamos las farmacias para tomar los medicamentos.
- Siento que existe cambio por que existe discriminación y cada etnia quiere trabajar solo con los suyos, sienten que uno es mejor que otro, antes no se miraba eso ahora para todo esta la diferencia por eso uno no participa, es mejor trabajar solos y en su propio terreno.

8.3.2. Organización en las Actividades de salud

Barrio: Revolución (Etnia Mestiza)

- No hay algo organizado en el barrio cada quien se organiza en su familia para la limpieza de su casa, el frente y el patio, no existe al menos la organización de 2 o 3 vecinos que se junten para limpiar un patio, aunque somos mestizos.
- Nunca nos reunimos para intercambiar criterios , no hay un líder de salud en el barrio, esto se ha perdido, antes había mas accesibilidad a la organización y participación.
- La forma organizativa no ha cambiado porque es la familia la que rutinariamente siempre realiza las actividades de salud o limpieza, no hay mas organización que la familia, prácticamente la organización ha desaparecido, no hay un líder de salud en el barrio antes nos mirábamos una a la vez al tiempo conversábamos, pero ahora como que cada uno anda buscando como resolver su situación económica y no se esta viendo esto como un factor importante en el barrio.
- Cuando van cambiando los gobiernos cada uno va imponiendo sus criterios y las instituciones, luego lo ven solo de su punto de vista y no lo ven colectivamente. Antes había accesibilidad a las organizaciones había representante del barrio que coordinaban con la alcaldía, hoy no hay organización.

Barrio: El Cocal (Etnia Misquita)

- Generalmente se organizan a través de sus líderes del barrio, se organizan de tal manera que cada familia apoye la actividad, se organiza el trabajo de acuerdo a la edad y sexo, se hacen comisiones de supervisión del trabajo y comisiones de apoyo como lo es en el caso de las mujeres que ayudando agua y haciendo la comida al grupo.
- Son los líderes de salud, el que convoca a reunión para limpiar los patios, esto se observaba mucho mejor antes, existe mejor organización y se realizaban sábados de limpieza del barrio y existía mayor apoyo de la alcaldía con camiones y hombres para la limpieza.
- En los casos de organizarse para las actividades de limpieza solo existe en los misquitos ya que es una costumbre que se hace en las comunidades el de trabajar en conjunto, se apoyan para mantener limpia su comunidad.

Barrio: Arlen Siu (Etnia Criolla)

- La organización de las actividades es nula, en este barrio no hay organización, pero si es espontánea ante e individual o familiar que se ejecutan las tareas en pro de la salud. Algunas veces las orientaciones son masivas (radio, TV) pero casa a casa no llegan esas orientaciones, el MINSA no se preocupa por trabajar en coordinación con el pueblo, nunca lo ha hecho no es de importancia para ellos,
- No hay organización ni participación porque existen diferencias entre los mismos pobladores en cada barrio hay su poquito de cada etnia; los criollos y los mestizos si se organizan para una jornada de limpieza, pero el

misquito siempre quieren que le den algo en pago para participar, eso desmotiva porque no hay un sentido de unidad en pro de la salud de los demás.

- La organización del barrio se perdió desde hace mucho tiempo, pero creo que si hubiera disposición del centro de salud si las políticas mejoran eso talvez hiciera que nos organicemos, pero el MINSA y el centro de salud nunca han hecho el esfuerzo por trabajar organizados con la población creo que para ellos es como perder el tiempo. Un ejemplo de disposición lo realice hace una semana como sacar la basura de varios barrios que ese era un problema, me coordine con algunos señores por medio de la radio caribe haciendo un llamado a las personas que querían contribuir para eliminar las basuras clandestinas en varios barrios, se presentaron seis personas con camionetas de acarreo se ofrecieron para sacar la basura en forma gratuita.
- Yo creo que si el MINSA hace un esfuerzo y se organiza con la Alcaldía y los comunitarios se puede hacer mucho, pero el MINSA o los pobladores solos nunca se haría nada.
- Las actividades de salud no son organizadas por los comunitarios, nosotros solamente nos limitamos a cumplir por que así ha sido siempre solamente los trabajadores de la salud se organizan pero aun en ellos se ve que hay muy mala participación, unos trabajan bien, otros mal; Por eso lo mejor que uno debe hacer es trabajar en familia por su propia casa y patios.
- Seria bueno que el MINSA se preocupe por brindar una atención integral en cada barrio, ellos se organizan bien lo pueden realizar y así pueden lograr organizar también a la población de cada uno de los barrios.

8.3.3. Enfoque particular de los problemas de salud.

Barrio: Revolución (Etnia Mestiza)

- Los principales problemas de salud se originan por la basura, las letrinas cerca de los pozos, pozos sin protección adecuada, las charcas, el agua de tubería contaminada y la falta de aseo. Mis problemas de salud los enfoco desde el punto de vista de mi salud, de mi cuerpo y que voy a verme donde él medico.
- Diría que no existe un enfoque colectivo de los problemas de salud, de acuerdo a las etnias, hay diferentes enfoques. El frío por ejemplo es que la epidemia se da por el zancudo, el ratón pero los misquitos dicen que la fiebre es por el mal del aire o el mal espíritu se le metió y ellos dicen hechizo, tienen que tratarlo como tal. Ellos tienen un enfoque mitológico creen mucho en la naturaleza, un enfoque tradicional.

Barrio: El Cocal (Etnia Misquita)

- Algunos asumen los problemas de salud a problemas de creencias, pobreza y no por la falta de limpieza de sus casas.
- Al bajo nivel de escolaridad de la gente y que la gente acude al medico cuando están muy enfermo siendo primeros atendidos por el curandero.

- En la etnia misquita el solo hecho de ver el agua transparente es considerada agua buena, limpia, pocos cloran el agua porque le cambia el color y el sabor y ya no la consideran buena.
- En la etnia misquita la mayoría consideramos que los problemas de salud se dan por posesiones de espíritus malignos, males o hechizos realizados por otras personas, a los duendes o dueños y señores del bosque, del agua.

Barrio: Arlen Siu (Etnia Criolla)

- Existe diferencia en el aspecto de cómo uno ve el concepto de la enfermedad o problemas de salud, ahí entra el aspecto de cosmovisión de cada cultura étnica. Ejemplo me enfermo por que hice algo malo entonces por eso Dios me castiga, otro aspecto es que si soy pobre por eso no puede limpiar la casa, para muchas personas la basura no implica nada sobre sus enfermedades creen que solamente al MINSA y la Alcaldía deben de preocuparse por este problema.
- Creo que el MINSA no se preocupa por el barrio solamente le interesa si hay alguna muerte o muchos casos de determinada enfermedad ahí si corren de lo contrario ni que uno llegue a solicitar ayuda. Ejemplo hace poco fui al centro de salud a quejarme de una letrina que no puedo ni comer ni dormir por que siempre esta el mal olor, puse la queja y ni se asomaron eso quiere decir mucho.

- Los problemas de salud creo que se pueden prevenir pero uno no se preocupa, además, la pobreza del país trae desempleo y esto viene a empeorar la situación, muchos para olvidarse del problema se meten en las drogas no sabiendo que este es un mal peor y que de una y otra forma se deterioran su organismo y de igual forman destruyen a la población.
- Muchas personas no cumplen con las indicaciones de los médicos por que creen que sus problemas son superpuestos y por eso buscan sukias o curanderos, otros consideran que es en castigo de Dios, pocas son las personas que saben y están concientes que sus enfermedades pueden ser producto del desaseo y falta de interés por su vida.
- Creo que los problemas de salud son por despreocupación, desaseo y falta de organización y orientación por el centro de salud o MINSA en todos los barrios vemos basuras, mal abastecimiento de agua, las letrinas están en mala ubicación, pues estas contaminan los pozos y creo que toda la población tiene igual punto de vista.

8.3.4 : Influencia de la Medicina Tradicional

Barrio: Revolución (Etnia Mestiza)

- Uso medicina de médicos y no tengo fe en la medicina tradicional, una vez compre la mentada uña de gato y era zacate picado, en la medicina tradicional hacen bastantes engaño, es para sacar dinero.
- La etnia de nosotros no esta acostumbrada a la medicina tradicional porque desconocemos y al no curarnos se tiene que ir al medico.
- Prefiero la medicina del medico, casi no uso la medicina tradicional, a veces la uso cuando los niños están enfermos por ejemplo la manzanilla para refrescarlos, son cosas para dormir a lo mejor es la fe me da resultado. A veces la uso para relajarme cuando estoy presionado, pero no necesariamente por enfermedad.
- La uso bastante para cocimiento, para parásitos, fiebre, para dormir tomo y doy en vaporizaciones, la uso por que es una alternativa, otros la usan por problemas económicos no tienen para visitar al medico y comprar el medicamento, la uso pero no dejo de visitar al medico.

Barrio: El Cocal (Etnia Misquita)

- En caso de calentura y de diarrea utilizo hiervas que cultivo en el patio.
- Utilizo hiervas para desparatizar a los niños porque da mejores resultados, los niños se curan, es más barata, no se compra, es usada desde tiempos de mis abuelos los cuales la han trasmitido a mi familia.
- La población hace uso de la medicina tradicional de primera opción, primero se consulta al curandero, el cual en dependencia de la enfermedad nos da

remedios caseros o no envía al médico. Se hace uso de la medicina tradicional porque es poco costosa, es conocida por toda la familia principalmente por los abuelos y por otro lado en el centro de salud no dan medicamentos.

- Algunos buscan al médico y hacen uso de la medicina tradicional cuando la otra medicina tarda mucho para curar, también la medicina tradicional cuando no cura no hace tanto daño como lo hace la otra medicina.

Barrio: Arlen Siu (Etnia Criolla)

- Los criollos usamos la medicina tradicional por que es algo que nos han enseñados nuestros antepasados, ejemplo usamos té de albahaca, zacate de limón por que así me ayudo a controlar los nervios, uso hoja de carao cada vez que tengo sed por cinco semanas cuando tengo alta el azúcar (por que soy diabética) uso hombre grande para limpiarme y por dolores, esto me lo enseñó mi mamá y a ella mi abuela y así de generación en generación.
- En casa hacemos uso de la medicina tradicional como mi señora trabaja en el Instituto de Medicina Tradicional se hace uso para ver el efecto, usamos mucho el zorrosi, canela, manzanilla, jabones de plantas etc.
- Nosotros hacemos uso de la medicina tradicional de vez en cuando para prevenir problemas menores de salud, lo usamos por que es algo tradicional y para evitar gastos innecesarios, porque no podemos depender solamente de la medicina occidental. Ya sabemos como tratarnos una tos, catarro, calentura, visitamos al médico por problemas mayores que no podemos resolver.

- Algo muy bueno que sé esta implementando es el rescate de la medicina tradicional se ha notado que la influencia de las plantas medicinales en los patios familiares no existe, ejemplo antes se encontraba una planta para la tos que hoy quien lo tiene es puerto puede llamarse dichoso esa planta es "Chamchure" yo en lo particular lo he buscado pero no he encontrado, antes eso ocupaba mi abuela, mi mama pero hoy en día no se encuentra.
- Yo uso medicina cuando me dicen mis amigos que eso no es amargo o no tiene mal sabor.
- Creo que en eso de medicina tradicional mucho lo usan los misquitos, nosotros son ciertas plantas la que usamos eso por que hoy solo vas a la farmacia y compra el jarabe para la tos es solo de tomar, mientras que la medicina tradicional tienes que buscar la planta, coser y tomar es mas trabajo.
- En lo particular creo que es importante reconocer que la medicina tradicional es un complemento de la medicina científica.

IX. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.

Contexto Intercultural.

Relaciones interétnicas:

En el ámbito urbanizado los contactos interétnicos lógicamente se incrementan y en esta interacción las relaciones culturales en general juegan un rol preponderante puesto que se ponen en práctica un conjunto de valores, conceptos, condiciones psicológicas etc. Basados en experiencias acumuladas diferentes. En el caso particular que en este momento nos compete, claramente se constata que cada etnia se adjudica cualidades positiva de colaboración y de participación y expresa deficiencias en el resto de las etnias; es llamativo que aunque las instituciones según datos de referencia y en la práctica juegan un rol “regulador”, según el mestizo considera que estas relaciones inadecuadas han trascendido este ámbito y no únicamente en el “terreno”, planteando parcialidad institucional en favor a los misquitos en dependencia de la etnia que solicite la aplicación de medidas técnicas normatizadas en el sector salud.

Los misquitos se adjudican ser únicos en participar en las actividades de salud y caracterizan cualidades negativas para los mestizos, existe un sentimiento de particularidad del tipo de participación comunal de que carece el resto de las etnias. Además, la participación en las actividades de salud se ven afectada por criterios discrepantes cuando entran en juego criterios de supremacía y calidad étnica con sentimientos de marginación principalmente de la etnia mestiza; por otro lado aun con orientación por sus lideres en actividades por parte del personal de salud existe una desconfianza si este personal no es de su etnia, lo que incide negativamente de alguna forma en la eficacia de las actividades de salud; Aduciéndose desconocimiento de su realidad y creencias, por lo tanto en caso de llevarse a efecto las actividades estarían prácticamente llenas de incertidumbres y a un costo afectivo inadecuado.

Aunque el criollo plantea criterios similares sobre la supremacía de su etnia en aspectos higiénico sanitarios considera llamativamente la inadaptación de la etnia misquita en la forma de vivir urbanizadamente adjudicando también desvalores personales dignos de desconfianza, como “ del misquito uno debe de cuidarse y son muy envidiosos”. Se puede apreciar que los criterios acerca de las cualidades negativas están eminentemente orientadas a la etnia misquita, no existe una opinión similar hacia el mestizo ni del misquito hacia el criollo, aunque de manera general se menciona la hegemonía de cada etnia lo que no contribuye a las relaciones en el ámbito de las actividades de salud.

Principales actividades de salud:

En relación con las principales actividades de salud se puede considerar que fuera del ámbito institucional las únicas actividades de salud que puede decirse que son comunes en los tres barrios, son la limpieza a nivel de las casas y patios de forma individual con una periodicidad relativamente adecuada, no existe una sistematización de las actividades institucionales incluso las relacionan a motivaciones coyunturales ajenas a las necesidades del barrio. En términos generales se puede considerar de que no existen discrepancias o imposición en relación a las actividades institucionales, en cambio solicitan una mayor intervención institucional e incluso plantean que hay que imprimir coerción para una mayor participación efectiva; Este aspecto de no considerar una imposición de las actividades es muy llamativo en la etnia misquita en donde consideran que las actividades institucionales (Abatización, fumigación, vacunación, desparasitación, etc.) no son impuestas desde el punto de vista del contenido y del significado ya que la mayoría de las personas tienen un mayor nivel educativo y mayor conciencia de los problemas de salud, esto es importante mencionarlo por que esto induce a considerar que a pesar que es el sector étnico que posee elementos acerca de identidad, creencias de uso de medicina tradicional y un tipo de organización característico no denotan en este aspecto imposición alguna con los elementos de conocimientos técnicos puros en las intervenciones institucionales;

En este sentido lo que induce a pensar que la autenticidad cultural se afecta probablemente por el instinto natural de desarrollo y subsistencia individual potenciado por el efecto de urbanización; siendo cambios que no son superficiales, siendo este un mecanismo descrito teóricamente en el contacto con culturas predominantemente influyentes. En este caso nos encontramos con elementos reales que justifican este fenómeno entre la etnia misquita tradicional y la etnia mestiza con contenido de medicina occidental.

En la etnia criolla aunque es similar el comportamiento en las actividades de salud, estos consideran que existe una imposición en las actividades institucionales incluyendo las Jornadas de Vacunación debido a que no coordinan o definen en conjunto el tiempo de realización de las mismas, no existiendo un mecanismo de comunicación con la población; por lo tanto las instituciones no toman en cuenta las necesidades sentidas lo que arraiga una inconformidad y una búsqueda de alternativas poco efectivas lo que no permite el establecimiento de una dinámica organizada y planificada.

Tipos de coordinación:

En relación a las coordinaciones en la practica, no existe ningún tipo de coordinación especialmente en la etnia mestiza y criolla, pues no existen líderes ni estructuras que coordinen, este papel llamativamente ha sido llenado por una entidad privada, denominada Clínica Bilwi en el barrio Revolución que debido a su integración peculiar al barrio como prestadora de Servicios de Salud gratuitos, debido a su ubicación en el barrio y por la sistematización de actividades se le adjudica el valor de líderes de salud del barrio, desvinculándola llamativamente del quehacer institucional asignándole el papel de establecer la coordinación con el Ministerio de Salud que en la practica y en la parte técnica realiza. En otras palabras le están dando validez a esta modalidad de atención particular, aceptándola en el seno del barrio como una entidad con características públicas y privadas comprometida con su rol social.

Lógicamente que en este caso no existe una verdadera potenciación de las partes principales para coordinar, un líder poblador y la parte institucional directa, pero la clínica no deja de jugar un rol fundamental en el engranaje de la coordinación básica para la organización.

En el caso de los misquitos queda muy bien reforzada la identidad misquita con el tipo de coordinación particular, la que se lleva a efecto obligatoriamente con la orientación de los líderes del barrio como son el Juez comunal y el pastor espiritual lo que orientan según sus criterios las actividades coordinadas. La participación espontáneas institucional es muy poca sin la intervención de los líderes; al igual este barrio el Cocal es atendido por la Clínica Bilwi con la que coordinan únicamente. En cambio en el barrio Arlen Siu no hay coordinaciones, no existen líderes de salud, ni otra entidad de atención intermediaria, por lo que consideran un abandono institucional por lo que demandan constantemente esta atención.

Es importante tomar en cuenta este tipo de modalidad de intervención de clínicas privadas con atención pública, ya que en dos etnias diferentes sostienen un criterio adecuado sobre su funcionamiento y habría que considerar esta forma de respuesta ante las dificultades existentes.

Percepción sobre los principales problemas de salud y la eficacia de las principales actividades de salud.

Principales problemas de salud:

Partiendo que la percepción sobre los principales problemas de salud y la eficacia de las principales actividades constituye una puerta de entrada como modulador de las características de las modalidades de intervención y asimilación de los procesos; consideramos relevantes enfocar este aspecto en los sectores en estudio. Mientras los Mestizos abordan los principales problemas de salud

vinculando con el perfil epidemiológico local, como enfermedades gastrointestinales, parasitarias, respiratorias, estableciendo incluso causas etiológicas definidas como el dengue, tomando fundamental relevancia la calidad y suministro del agua, la problemática de letrificación, tanto ubicación y el estado de las mismas, acumulación de aguas por desagües inadecuados y la acumulación de basura. La percepción del Misquito aunque no enfatizan causales muy definidas sobre la calidad del agua de consumo ni ubicación de las letrinas definen problemas de salud más particularizados como: Infecciones vaginales, Hipertensión Arterial y reumatismo que muestran un conocimiento más exhaustivo acerca de su problemática la que podría estar en relación al interés, relación personalizada y comunizada como un tipo de convivencia de interrelación estrecha y, además debido a una connotación más integral ya que definen problemas sociales sentidos como la drogadicción, niños huérfanos y pobreza, por lo tanto se puede considerar que el misquito cuenta con una cualidad por encima de los criterios negativos adjudicados por las otras etnias lo que puede ser debido en parte, además de su componente tradicional o comunal a la eficiencia de las actividades educativas inmersas en el fenómeno de la urbanización.

En relación con el Criollo es similar al misquito en algunos aspectos, pero su tendencia está más relacionada a definir causas socioeconómicas como desempleo, depresiones, drogadicción, delincuencia, introduce criterios como un problema de salud la dinámica institucional y sus infuncionalidades como: “despreocupación del MINSA y ENACAL por las medidas higiénico sanitarias inadecuadas y su insuficiente coordinación”, se puede resumir por lo tanto de que la percepción de las etnias Criolla y Misquita sobre los problemas de salud es más evolucionada, integral y real en relación al mestizo, lo que puede tener un vínculo con la relativa diferencia en el tipo de convivencia con mayor problemática social y económica.

Persistencia de los principales problemas de salud:

En los problemas planteados en relación a su persistencia la etnia mestiza la relaciona a la falta de orientación, educación social a lo interno del sistema de salud imperante para que se trabaje en coordinación con la población, siendo la motivación muy precaria a nivel institucional, la que se encuentra determinada en parte por una política de gobierno poco beligerante al sector salud con abandono presupuestario. Las medidas a realizar no son por lo tanto suficientemente efectiva y aunque los factores culturales inciden no existen mecanismos idóneos de educación sistemática al menos por medios de difusión.

Aunque las causales de la persistencia de los problemas están relacionados a una situación socioeconómica inadecuada en general entre ellos destaca la poca urbanización, no se ve al menos la intención de enfrentar el problema de forma colectiva. Es llamativo el criterio que parte de la incapacidad del Gobierno Municipal para enfrentar la problemática tiene que ver con conflictos políticos partidarios, lo que entorpece el apoyo necesario de estructuras gubernamentales superiores y de identidades afines a la problemática.

El Mestizo no plantea categóricamente como causales de persistencia de los problemas lo relacionado al trabajo conjunto o ha actitudes inadecuadas de algún sector poblacional en particular, su planteamiento es mas predominantemente institucionalizado. En este aspecto se puede considerar que es similar al criollo, únicamente que los hábitos negativos en el aspecto higiénico sanitario los dirige mas al misquito.

Los misquitos recalcan como causales de persistencia predominantemente aspectos conductuales o de actitudes inadecuadas de los pobladores del barrio relacionados a problemas de conocimiento y culturales, además de la situación económica imperante, destacando si, un inadecuado papel educativo del personal de salud, definiéndolas como “ pobres orientaciones debido a persistencia en ellos de sus creencias tradicionales inadecuadas”. Lo que motiva a considerar que le

adjudica un valor positivo a las orientaciones que reduzcan practicas inadecuadas rutinarias o tradicionales

No parcializan la irresponsabilidad institucional solamente al MINSA, consideran organismo afines en general lo que nuevamente muestra el enfoque integral acerca de la problemática, pero si dejan claro la necesidad de una intervención en conjunto institucionalmente en asunto de salud.

Actitud en las actividades de salud en las modalidades de implementación:

En relación a las actitudes asumidas antes estos problemas y su persistencia pudimos constatar que la etnia mestiza tanto como la etnia criolla, su mayor ámbito de acción es a nivel familiar, principalmente en aspecto higiénico sanitarios diferenciándose estos entre sí, en que el criollo asume una practica mayor en el uso de la medicina tradicional ante la enfermedad inicialmente, agotando los recursos existentes y haciendo uso también de sus tradiciones. A nivel de la familia las actividades de salud son positivas pero el mestizo plantea que esta acción higiénico sanitaria o limpiezas a nivel del barrio son incompletas o parciales debido a la inadecuada recolección y deposito de la misma en un basurero municipal.

En las modalidades institucionales como vacunación, desparasitación, fumigación etc, son actividades en jornadas poco frecuentes no sistemáticas o son coyunturales por otras causas no necesariamente relacionada a problemas de salud sentido del barrio en algunos casos (programaciones verticales, visitas presidenciales etc.), donde la participación activa la asume prácticamente solo el personal del MINSA y al no existir una política de continuidad o de convivencia con la comunidad, no se propicia la motivación, asumiéndose una actitud con tendencia pasiva e indiferente.

Este acontecimiento está reforzado por el hecho de que debido a las coordinaciones participativas y orientaciones por la clínica Bilwi de una forma más continuada inmersa en el barrio, el nivel de cumplimiento es mayor. Por lo tanto esta modalidad deberá fortalecerse como un mecanismo viable para potencializar la confianza, la integralidad y la dinámica de las actividades de salud, modificando así positivamente las prácticas inadecuadas y al mismo tiempo fortalecer las coordinaciones con previa organización.

En las actitudes individuales el mestizo se considera más aseado por aspecto de civilización y de conocimientos en relación a otras etnias, particulariza al misquito con las actitudes y prácticas más inadecuadas, pero justifican tal comportamiento por elementos culturales o creencias. Al reconocer este aspecto indirectamente da un margen de asimilación consciente del fenómeno en cuestión y por lo tanto amplía el campo de posibilidades y alternativas de solución con convergencias positivas.

Alrededor de este aspecto se reconocen comportamientos o actitudes negativas con relación a irrespeto a las alternativas de salud principalmente de la etnia misquita, las que se evidencian en la práctica durante las actividades institucionales, donde se preestablecen criterios sin considerar los del poblador, en cambio los mestizos compaginan con los criterios institucionales por lo general, denotándose en esto la hegemonía de la etnia mestiza en este que hacer.

Es importante el hecho de considerarse que es difícil la existencia de una actitud particular esperada puesto que debido a la influencia del medio en que uno se relaciona, inmerso en una realidad multiétnica, se han adquirido conocimientos y algunas prácticas adjudicadas a otras etnias, esto en relación específica a preparación y uso de medicina tradicional. Lo que indirectamente trae consigo modificación en la actitud ante ese problema tratado, lo que se convierte en una espiral progresiva, hacia cambios de concepciones y conductas en dependencia de la solución del evento, existiendo la tendencia por lo tanto del establecimiento

de una alternativa en salud, viable, rescatable y reproducible aun en el seno de la etnia mestiza,, justificación cobijada por hechos prácticos.

El misquito considera que han experimentado un mayor nivel educativo por lo que han adquirido mayor conciencia de los problemas de salud. Su actitud se ha modificado relativamente, pero esta regida para efecto de actividades de salud concretas por la orientación por parte de los lideres del barrio (Juez y pastor espiritual) lo que en ultima instancia deciden su participación. Se mantiene el sentimiento de “pertenencia” del barrio como un todo vinculados a las estructuras tradicionales asumiendo la necesidad u obligación de respecto a su identidad.

La actitud asumida esta firmemente vinculada a su arraigo de identidad y todo lo que este fuera de esta modalidad será relativa imposición de actividades.

Esta identidad es también reconocida por el resto de las etnias, ya que el criollo describe que ante la enfermedad primeramente acude a los agentes tradicionales de salud (curanderos y sukias) ya que consideran la causa “por maleficios de alguien que no los quiere”, denotando creencias arraigadas por tradición, lo que en ultima instancia representan momentos críticos para la obtención de respuestas favorables al acudir a la atención medica. Si analizamos mas objetivamente desde el punto de vista cultural y económico, estas actitudes son firmemente justificables y son validas en sus contextos y fuera de e, por lo tanto se deberá fortalecer este aspecto etnomedico para establecimiento de confianza y mecanismo de acercamiento para incentivar terapias precoces conjuntas que amortigüen el deterioro de la salud.

Actividades de salud con integración multiétnica:

En relación a la integración multiétnica para las actividades de salud, el mestizo y el criollo plantea criterios prometedores, se considera la necesidad, principalmente el mestizo de conciliar en medio de las diferencias culturales, partiendo del conocimiento de la diversidad en el interés de cooperar de forma organizada, iniciando por la aplicabilidad de actividades caracterizada como positiva por consenso y cada etnia plantee sus puntos de vistas para conformar criterios de cómo llevar los mensajes a los diferentes sectores con miras a establecer un ambiente de confianza para una mayor participación.

El Criollo especifica la combinación con el mestizo adjudicándole cualidades adecuadas (trabajadores, abiertos para la organización, buscan soluciones) pero antagonizan al misquito con cualidades que divorcian el esfuerzo común como: “ no le gusta trabajar para los demás”, “ para involucrarlos en actividades hay que darle algo a cambio o pagarles”.

En relación al misquito existen aspecto muy interesante, existe un criterio arraigado de desconfianza ante una etnia diferente, preconiben con seguridad el desconocimiento de su cultura y la falta de interés real en la atención de salud brindada. No considera ventajoso por lo tanto la integración multiétnica para las actividades de salud, siendo categóricos en considerar mas problemas con la etnia mestiza que con los criollo por que estos han convivido con ellos, toda una vida denotando con ello, además, el criterio de calificarlos de foráneos, o extraños, a pesar que generalizan ” las otras etnias consideran al misquito apartado, se burlan y se consideran superiores.

En caso que identifiquen apoyo de parte de los mestizos lo relacionan por un vinculo familiar con parejas misquitas y al ser aceptadas las coordinaciones, actividades de salud con liderazgo de otras etnias lo condicionan a apoyo para su barrio y no cambio en sus crecías, considerando necesario que los moradores del

barrio sea el actor social activo en cuanto ha llevar la salud y en todas las actividades del barrio. Este ultimo aspecto es sumamente importante de tomarlos en consideración ya que en otras palabras quieren tener el máximo nivel de protagonismo sin modificar sus creencias, por lo que estaríamos ante un modelo de mayor integralidad y autenticidad donde se puedan adecuar los mecanismos de coordinación con el máximo consenso respetuoso para que continúen adoptando conocimientos validos y validados como positivos en el contexto comunal.

Dentro del espectro de criterios se considera la necesidad de la integración debido a la posibilidad de ampliar la integralidad al propiciarse diferentes abordajes en la problemática y solución de la salud del barrio. Se aprecia un máximo valor a su etnicidad particular, donde la convivencia semiurbana pone en relieve el conflicto, valores culturales -- nuevos conocimientos y situación socio económicas – integración social y desarrollo, lo que determinara una mayor o menor eficacia en las actividades de salud.

Comportamiento de los principales factores socio culturales como valores particulares y su influencia en las actividades de salud.

Participación en las actividades de salud.

Al analizar el comportamiento de los principales factores socioculturales como valores particulares y su influencia en las actividades de salud, encontramos que la participación del mestizo y del criollo es similar, en el ámbito de la familia con un interés propio y espontáneo de cada una de forma aislada no cambiando esta modalidad a través del tiempo pero se plantea la inexistencia de colectivismo espontáneo y cuando se da por orientaciones ocasionales es lento y poco participativo, estas son en jornadas y la forma activa la asume el MINSA y consideran un marcado deterioro o cambio negativo en la participación, incluso en la jornada nacional de vacunación, la que representa aun que en forma programada el evento de mayor envergadura en movilización de recursos lo que

induce a considerarla altamente institucionalizada y con poco impacto en el empoderamiento de la población sobre la problemática de la salud en relación al costo económico en general.

Vale la pena considerar que en los últimos años se ha incrementado la tendencia a obtener imagen y beneficios mediante la utilización de las jornadas en búsqueda de una resultante política partidaria favorable. Lo que evidentemente puede influir en la susceptibilidad de sectores poblacionales con tendencias políticas diferentes, lo que no contribuye a potencial la participación social efectiva, por otro lado no menos importante la participación se ve afectada por el incumplimiento técnico de las normas establecidas en aspectos de salud, aun por el personal de las unidades pertinentes lo que podría estar relacionado a inadecuadas evaluaciones de procesos e impactos y al deficiente conocimiento de la realidad comunal actual.

El Criollo argumenta principalmente causales del orden socio económico e igualmente deficiencia del sistema de salud, asegurando una resultante de tendencia al seudo interés y de una participación escasa y mecanizada. En cambio en el misquito la participación colectiva esta basada en la orientación de lideres comunales y su participación al igual es predominante a nivel familiar. Aun así se presentan casos de exigencias por lideres para su participación ya que experimentan desconfianza del personal involucrado si es de etnia diferente, lo cual podría estar en relación a que los cambios de relaciones no se dan homogéneamente y en medio de este proceso cambiante a diferentes velocidades tiende a incrementarse en la medida que se establece una mejor frecuencia de contactos o interacciones lo que esta de acuerdo al marco de referencia consultado.

Enfoque particular de los problemas de salud.

A cerca del enfoque de los problemas de salud en relación a sus causales se puede considerar que el enfoque del mestizo relativo a las causales de los problemas de salud está íntimamente relacionadas a aspectos técnicamente conocido en el ambiente epidemiológico, desde una perspectiva biologicista.

Existe reconocimiento de la diversidad de enfoque haciendo sobresalir como aspecto diferente el enfoque tradicional mitológico del misquito. Por lo tanto se considera que el mestizo como etnia “predominante” en condiciones socio económica ha tenido mayor acceso a la formación moderna que refleja el nivel de desarrollo relativo del resto del país, lógicamente reproduciendo una entidad cultural.

El enfoque del criollo es similar al mestizo en aspectos epidemiológicos higiénicos sanitarios, pero incluye causales de tipo conductuales y sociales como: desempleo, drogadicción, despreocupación. Cuya diferenciación con el mestizo es tener criterios mas integrales pero no holísticos como el misquito, pues estos definen el enfoque místico religioso basado en sus creencias tradicionales como causales de los problemas, reforzando su identidad pero introduce también criterios sociales como la pobreza y el bajo nivel de escolaridad, aunque indirectamente asumen que tienen conocimientos de causas del perfil higiénico sanitarios, denotando la tendencia a considerar la integralidad o multifactorialidad de los fenómenos.

Organización de las actividades de salud:

Se puede considerar que las característica de la participación depende del nivel de organización, en el mestizo y criollo la organización es únicamente familiar paralelamente vinculada a efecto de la jerarquía natural del núcleo, llamativamente aunque se adjudican ambos valores positivos en general no existe ningún rasgo de organización extrafamiliar denotando si que esta cualidad no es ajena a la etnia al considerarla “desaparecida” el déficit de la organización la adjudica también a la influencia de las políticas de gobierno de turno como un efecto en cascada sobre

las instituciones hasta la comunidad, donde el MINSA y las autoridades de gobiernos juegan un rol preponderante en sentar las bases al menos organizativa. Como se menciona el criollo tiene una situación similar pero llama la atención el planteamiento sobre la cualidad negativa del misquito planteada por ellos sobre la organización y participación por esta variación conductual que puede estar potenciada por la inserción de este en la hegemonía numérica criolla del barrio.

Los misquitos muestran un nivel organizativo muy evolucionado en la búsqueda de garantizar la participación mas homogénea amplia, colectiva y ordenada con asignación de responsabilidades según capacidades y experiencias (sexo, edad,, hombre, mujer). Se rigen jerárquicamente con la existencia de lideres que asumen y son reconocidos como validos aun en el contexto actual. Definen muy claramente su particularidad en la organización como un valor de identidad cultural a pesar de que denotan modificaciones o cambio en la calidad de la misma y por lo tanto en la frecuencia de las actividades, aunque lo relacionan también al menor apoyo institucional.

Actualmente probablemente estamos ante el proceso de extinción, tomando en cuenta la no existencia en otros barrios de una cualidad o valor cultural organizativo muy significativo digno de reconocerlo rescatarlos divulgarlo o promoverlo para poder al mismo tiempo demostrar el espíritu de sinceridad y colaboración, dejando claro el reconocimiento al aporte positivo para mejorar en general la situación de salud.

Influencia de la medicina tradicional:

En relación a la influencia de la medicina tradicional en el mestizo el uso de la medicina herbaria no juega un papel relevante, adjudicándole caso de estafa y de poca efectividad. Su utilización es en situaciones menores y esporádicas y aun resolviéndose el problema se justifica otras causas de solución del mismo. Su utilización es como alternativa secundaria a la medicina moderna relacionada

frecuentemente a la problemática económica y de suministro , en esto hay que considerar que esta etnia cuenta con mayor accesibilidad a los servicios institucionales .

En el barrio el Cocal el misquito utiliza preferentemente la medicina tradicional, es su primera opción se le atribuye propiedades de efectividad, accesibilidad incluso permanente con el cultivo de las mismas en el área familiar y por lo tanto con beneficios económicos, hacen uso de sus estructuras tradicionales de salud (Curanderos) el que muestra de forma autentica su nivel de resolución denotando responsabilidad al realizar referencia al medico occidental.

Aunque algunos buscan al medico dejan entre ver que la medicina occidental carece de efectividad considerable, al tener que utilizar la medicina tradicional al no resolverse el problema en un tiempo adecuado, adjudicándole, además, un alto rango de inocuidad incluso al no resolverse un problema de salud caso contrario de la medicina occidental. Esta además mencionar la marcada influencia de la medicina tradicional en la etnia misquita con una tradición milenaria, lo cual hace suponer que las experiencias expresiones y acontecimientos en relación a los valores marcadamente negativos atribuidos a este tipo de agente, probablemente estén atribuibles a los denominados charlatanes de la medicina tradicional, no estando excepto de esta problemática la medicina occidental.

Aunque el criollo utiliza la medicina tradicional como una tradición este lo hace con una menor intensidad para afectaciones menores, aunque la utiliza antes que la medicina farmacológica, atribuyéndole si , elementos positivos prácticos también a la medicina farmacológica, concluyendo si que la medicina tradicional es un complemento de la medicina occidental.

X. CONCLUSIONES.

1. La inadecuada armonía intercultural incide negativamente en la eficacia de las actividades de salud en los barrios El Cocal, Arlen Siu y Revolución.
2. El Verticalismo en el modelo gerencial del ministerio de salud desfavorece la aplicabilidad de actividades de salud consensuada a nivel de los barrios estudiados.
3. La Persistencia del sistema de salud tradicional en el barrio el cocal representa una modalidad con capacidad de resolución complementaria a la medicina occidental.
4. El deterioro de la situación socio económica y las disfunciones institucionales restringe el desarrollo de las actividades de salud en los barrios estudiados.
5. La iniciativa de la sociedad civil en coordinación con el ministerio de salud en la implementación de clínicas privadas con atención de programas públicos juega un rol productivo para el impacto de las acciones en salud en los barrios revolución y cocal.

XI. RECOMENDACIONES.

1. Capacitación en interculturalidad al personal de salud local por, el Instituto de medicina tradicional y desarrollo comunitario en coordinación con el ministerio de salud y CETERS.
2. Incluir en el pensum académico escolar temas relacionados a la interculturalidad,, por el ministerio de educación cultura y deporte en coordinación con el instituto de medicina tradicional y desarrollo comunitario.
3. Adecuar y cumplir las normas higiénico sanitaria interinstitucional y comunalmente, por el área de salud MINSA.
4. Estructurar e implementar el funcionamiento de la secretaria de salud regional enmarcada en el modelo de salud de la región, por el Gobierno Regional.
5. Realizar un diagnostico situacional para un plan de intervención sistemático interinstitucional consensuado en los barrios involucrados, por el Ministerio de Salud Sede SILAIS.
6. Priorizar el rescate de valores tradicionales mediante talleres de contenido cultural sistemático, para la búsqueda del equilibrio en la interacción dela medicina tradicional y occidental, en el barrio El Cocal, por el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario.
7. Establecer proceso de y plan de estímulos con clínicas privadas para la implementación de la modalidad de atención mixta, en los programas básicos del sistema de salud, por el MINSA SILAIS.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Panamericana de la Salud. Adolescencia Cultura y salud; La Salud del Adolescente y del Joven. Washington D.C. 1995. Publicación científica No. 552. pag: 15.
2. División de Desarrollo de Sistema y Servicios de Salud. Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicio de salud en poblaciones multiculturales. Washington D.C. 1997. OPS (Serie Salud de los Pueblos Indígenas. Tomo No. 6. pag: 11).
3. Cañulef. III Simposio Internacional sobre la Autonomía de la Costa Atlántica de Nicaragua. Octubre. 1998.
4. Gutiérrez, Gerardo. Postulado Generales de la Antropología de la salud, libro texto Diplomado Desarrollo Comunitario y Salud. CIES, Acción Medica Cristiana. Managua. Nicaragua. 1996. pag: 83.
5. Miguel, Jesús M. Introducción al campo de la Antropología, desarrollo comunitario y salud; Managua, Nicaragua.1996.pag: 94.
6. Foster, George. M. Las Culturas Tradicionales y los cambios técnicos. México.D.F. 1976 (Fondo de Cultura Económica. Pag :11).
7. Centro de la Medicina Popular tradicional. La Medicina Tradicional en Nicaragua un sistema medico que trasciende en el sistema nacional único de salud. Managua. 1998. pag:131.
8. Foster , George. Antropología Aplicada. México D.F. 1974. Fondo de cultura económica S.A. pag:176.
9. Carrasco, Juan. Perfil de Intervención para la eficacia de las Actividades de salud en el barrio El Cocal, Revolución y Arlen Siu, Bilwi. RAAN. 2000.
10. Cunningham, Mirna. Documento Texto Modulo Derecho y Legislación Indígena. Maestría en Salud Publica Intercultural. Bilwi . RAAN. 2000.
11. Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaraguense, Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte. Bilwi. RAAN. 1994. Pag:9.
12. Cunningham, Mirna. Interculturalidad en Salud. Maestría en Salud Publica Intercultural. Bilwi. RAAN. 2000. pag: 10.

13. Denis, Phillip. Antropología de la salud, Artículo de documentos texto de Maestría en salud Intercultural. Bilwi. RAAN. 2000.
14. Martínez, Manuel. Cultura y Salud. Documento texto. UNAN, CIES, Managua, pag: 268.
15. División de Desarrollo y Sistema de Salud. Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. Washington. D.C. 1998. OPS, OMS. Serie Salud de los Pueblos Indígenas. Pag: 17.
16. Gomezjara. Francisco. Técnica de desarrollo comunitario. Novena edición. México D.F. Distribuciones Fontamara. S.A. 1996. pag:7-21 y109-124.
17. Muñoz García, Lorenzo. Documento de consulta y trabajo, Modulo Gerencia de los Servicios de Salud, Maestría en Salud Publica Intercultural. Managua, Nicaragua. CIES. 1998. pag:179.
18. Law, Blanco, Maria Antonia. Programa de Desarrollo en sector salud en la Región Autónoma del Atlántico Norte, Premisas y marcos de estrategia. Bilwi, Nicaragua. 1995.
19. Nesman, Edgar, G. Participación popular y desarrollo. Primera edición. Alajuela, Costa Rica. Publicaciones Alfalit internacional, 1981. pag: 14.
20. Aguirre, Beltrán, Gonzalo. Medicina y Magia: El Proceso de aculturación en la cultura colonial. Tercera Reimpresión. México. D.F. Publicaciones del Instituto Nacional Indigenista. 1987. pag: 255.
21. Cuninghan, Mirna. Medicina tradicional en Comunidades misquitas del rio coco. Waspam. RAAN. 1994.
22. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de las Organizaciones de Salud. Washington. D.C. EUA. 1989. pag: 203.

XIII. ANEXOS

**MATRIZ DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN
(OBJETIVOS No.1)**

DESCRIPTORES	FUENTES	MECANISMOS	INSTRUMENTOS
1. Relaciones interétnicas.	Informante clave	Entrevista a profundidad	Guía de entrevista
2. Principales actividades de salud.			
3. Tipo de coordinación.			

**MATRIZ DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN
(OBJETIVOS No. 2)**

DESCRIPTORES	FUENTES	MECANISMOS	INSTRUMENTOS
4. Principales problemas de salud.	Informante clave	Entrevista a profundidad	Guía de entrevista
5. Persistencia de los principales problemas de salud.			
6. Actitud en los principales problemas de salud en sus modalidades de implementación.			
7. Actividades de salud con integración multiétnica			

MATRIZ DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN
(OBJETIVOS No. 3)

DESCRIPTORES	FUENTES	MECANISMOS	INSTRUMENTOS
6. Participación en las actividades de salud.	Informante clave	Entrevista a profundidad	Guía de entrevista
7. Organización en las actividades de salud.			
8. –Enfoque particular de los problemas de salud.			
9. –Influencia de la medicina tradicional.			

MATRIZ DE DESCRIPTORES PARA PLAN DE ANÁLISIS

COMPONENTES OBJETIVO. ESPECIFICO. ENFOQUE INTERCULTURAL	FORMA DE ORGANIZACION	FORMA DE PARTICIPACION SOCIAL	PERCEPCION DE LOS PROBLEMAS DE SALUD Y EFICACIA DE LAS ACTIVIDADES EN SALUD	TIPO DE ACTITUD ASUMIDA ANTE LAS ACTIVIDADES DE SALUD	TIPO DE RELACION ETNICA
Identidad Étnica	¿Cómo se organizan En relación a las actividades de salud?	¿Cómo es la participación social en las actividades de salud? ¿Cómo participan?	¿Cómo perciben o entienden los principales problemas de salud?	¿Cuál es la actitud asumida ante Las actividades de salud institucional y tradicional. ?	¿Cómo es la relación étnica existente ante las actividades de salud en el barrio.
Sincretismo Cultural	¿Hacen uso del sincretismo en sus formas organizativas para las actividades de salud	¿Existe el sincretismo en la participación social?	¿La percepción de los principales problemas de salud es mostrada con sincretismo?	¿La actitud asumida ante las actividades de salud es expresión del sincretismo cultural?	¿En la relación étnica existe sincretismo cultural? ¿Existe cambio cultural en relación a las actividades de salud?
Autenticidad Cultural	¿Su forma de organizarse para el desarrollo de las actividades de salud lo hace únicamente su etnia?	¿Existe una modalidad de participación social particular en las actividades de salud?	¿La percepción de los principales problemas de salud conserva un patrón ancestral? ¿Ha sido modificada?	¿La actitud asumida ante las actividades de salud es propia de la etnia en particular?	¿En las relaciones étnicas se conserva la autenticidad étnica?

Investigación : Factores socio culturales y su influencia en las actividades de salud en un contexto intercultural en tres barrios de Bilwi RAAN 1999- Mayo – 2001.

GUIA DE ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVES.

Datos Generales.

Fecha : Barrio: Lugar:

Institución u organismo que pertenece:

Roll Social: No. De Entrevista:

1. ¿Cuales son los principales problemas de salud en el barrio?
2. ¿Por qué cree que persisten los principales problemas de salud en el barrio?
3. ¿Cuáles son las principales actividades de salud y que modalidades existen?
¿Quiénes orientan?
4. ¿Qué hace usted ante los principales problemas de salud?
5. ¿Cómo es la actitud y cumplimiento de las principales actividades de salud en modalidades de implementación?
6. ¿Lo que hacen en su barrio ante los problemas de salud, únicamente lo hace su etnia?

7. ¿Existe diferencia en la actitud ante los problemas de salud entre las diferentes etnias?

8. ¿Cómo es la participación y organización en las actividades de salud?

9. ¿La participación y la organización han cambiado a través del tiempo o conserva su forma?

10. ¿Cómo es el enfoque de los problemas de salud? ¿Existe diferencia por etnia?

11. ¿Cómo es la coordinación para las actividades de salud del barrio? ¿Cómo es la relación entre actividades de Gobierno y salud locales?

12. ¿Considera usted que en la practica la coordinación y gestión de las actividades son facilitadas o restringidas por la integración de diferentes etnias?

13. ¿El desarrollo de las actividades de salud es facilitado o restringido por la integración de diferentes etnias? ¿Por qué?

