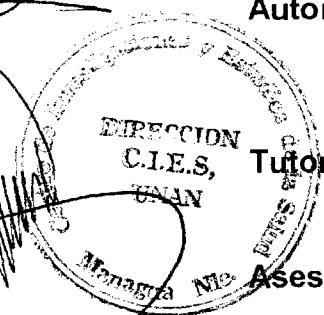
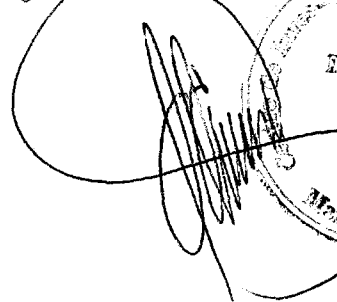



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA- MANAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PUBLICA**

**PROGRAMA DE MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
MODALIDAD POR ENCUENTROS. 1996-1997.**

**INFORME FINAL DE TRABAJO DE TESIS
PARA OPTAR AL TITULO DE MASTER
EN SALUD PUBLICA**

**"MODELO CULTURAL Y TRADICIONAL DE SALUD MAYANGNA Y LA
INTERRELACION CON LOS SERVICIOS DE SALUD INSTITUCIONALES,
BONANZA", RAAN, 1997 - 1998.**



Autora: Dra. Lucía Lira León.

Tutor: Lic. Manuel Martínez M.

Asesor: Dr. Lorenzo Muñoz García.

Bonanza, Octubre de 1998.

Lucía Lira León

Manuel Martínez M.

RESUMEN

En este Informe final de Trabajo de Tesis sobre "Modelo cultural y tradicional de salud mayangna y la interrelación con los servicios de salud institucionales, Bonanza, RAAN, 1997-1998", se trata de presentar los principales hallazgos encontrados en base a los resultados obtenidos.

Los objetivos de esta indagación estaban orientados a describir los elementos del Modelo, las prácticas tradicionales y la interrelación con los servicios de salud institucionales. Esta búsqueda surgió como resultado de que en base a la Ley de Autonomía la Comisión de Salud del Gobierno Autónomo de la RAAN, elaboró un Modelo de Salud Autónomo con la participación de diferentes actores sociales de la región. Y aunque existe voluntad política para implementar dicho Modelo, también coexisten una serie de limitaciones que obstaculizan su implementación. Una de ellas y quizás la más importante es que todavía no existe un conocimiento pleno acerca de los modelos culturales de salud indígenas de los pueblos étnicos que habitan en la RAAN.

Por tal motivo, se definió la Investigación de tipo temático participativo, y se seleccionó al pueblo Mayangna, por ser la comunidad étnica más representativa del municipio de Bonanza. Se realizó un trabajo comunitario de salud con una metodología que facilitó la participación de los informantes claves mayangnas, los que suministraron la información acerca de su Modelo cultural y tradicional de salud.

Los hallazgos de este estudio se pueden resumir muy someramente en los siguientes párrafos:

Los elementos que configuran el Modelo cultural y tradicional Mayangna son: el Di Basta que es el opuesto (dicotomía) del Di Kutna. Di Basta no sólo es conocimiento, técnica y prácticas de curación o de recuperación de la enfermedad tradicionales, también integra un componente mágico empírico y religioso. El Di Basta fue creado por el Sukia Adchebul y está asociado a la conservación de la vida del pueblo Mayangna.

- El Di kutna es la capacidad para crear y provocar un mal, un daño y enfermar de muerte a una población de una comunidad entera. El Di Kutna es provocado por la voluntad y el poder de un sukia y no se puede enfrentar de cualquier manera, sólo otro Sukia de la comunidad afectada puede devolver el Di Kutna, transferirlo, trasladarlo con ritos de Di Basta. Y en ningún caso el Di Kutna se destruye. El Di Kutna existe.

- Las prácticas de prevención y curación no integra sólo elementos curativos del orden de lo natural (plantas, sustancias, etc), si no también aspectos curativos que operan desde el orden sobrenatural, de tipo mágico religioso (oraciones, rituales, etc).
- Los agentes tradicionales (sukia, Di basta lan, Muhiyhin) funcionan y existen al margen de la relación con los servicios institucionales del MINSA.

DEDICATORIA

Agradezco en primer lugar, A Dios todopoderoso que me permitió sobrevivir a las dificultades, que impone todo acto de superación.

Agradezco, en segundo lugar, a mí Madre Sra. Enriqueta León Mejía, por el apoyo moral y humano que me proporciono durante todo el tiempo de la Maestría.

A mi hijo Edwin Greyvin por su comprensión durante mis períodos de ausencia.

AGRADECIMIENTOS

- A la Agencia Austriaca para el Desarrollo, (ÖED), y en especial a la Sra. Doris Kröll y al Doctor Pedro Rupilius, por el apoyo moral y financiero, el cual era imprescindible para realizar la Maestría, y esta tesis.

- A mi Tutor el Profesor Manuel Martínez M. quien insistió en la realización de este tema.

- A todos los profesores del CIES, que me aportaron suficientes elementos útiles para mi desarrollo profesional.

- A las autoridades del Ministerio de Salud de la RAAN, y en especial al personal de salud de Bonanza, por su apoyo y comprensión.

CONTENIDO:

1. INTRODUCCION
2. ANTECEDENTES
3. JUSTIFICACION
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
5. OBJETIVOS
6. MARCO DE REFERENCIA
7. METODOLOGIA
8. RESULTADOS
9. ANALISIS DE RESULTADOS
10. CONCLUSIONES
11. RECOMENDACIONES
12. BIBLIOGRAFIA

13. ANEXOS
 - 13.1 CUESTIONARIO ABIERTO PARA ENTREVISTAS INDIVIDUALES.
 - 13.2 GUIA TEMATICA PARA DISCUSION EN GRUPOS FOCALES.
 - 13.3 TABLAS DE ANALISIS
 - 13.4 LISTADO DE INFORMANTES CLAVES
 - 13.5 MAPA DE BONANZA Y ZONA MAYANGNA
 - 13.6 FOTOS DE ACTIVIDADES

1. INTRODUCCION.

Desde el mes de Agosto de 1995 el Area municipal de Salud de Bonanza, con apoyo de ÖED, realizó un proceso de trabajo de acercamiento a las comunidades Mayangnas de este municipio, con la finalidad de asegurar la atención integral de salud a estas poblaciones que habitan en las comunidades rurales, ubicadas en las márgenes y profundidades de los ríos Pis-pis y Waspuk, dentro de la Reserva natural de Bosawás.

Mayangna significa "Hijos del sol"(1), y como resultado de la intervención del Proyecto Integral de Salud (PIS), se consideró importante estudiar el Modelo cultural y Tradicional de Salud Mayangna, dado que este pueblo étnico por razones históricas y de aislamiento social, ha podido conservar su propio modelo de medicina indígena. El estudio de dicho modelo representa por si mismo un valioso aporte al conocimiento de la interculturalidad y su relación con la salud de dicho pueblo étnico.

Se definió la Investigación como de tipo temática participativa como la define Paulo Freire(2). Y se empleó el trabajo comunitario de salud, como una metodología que facilitó la participación de los actores sociales relevantes mayangnas, los cuales suministraron la información acerca del Modelo cultural y tradicional de salud.

Con los resultados obtenidos en este estudio se busca construir y formular alternativas de acción, basadas en el compromiso de preservación y cambio de las prácticas individuales y colectivas de la comunidades Mayangnas, así como la transformación de las situaciones de Salud en la que los participantes interactúen en la búsqueda de producción de un nuevo conocimiento y una nueva práctica de salud, basados, en el rescate de la Cultura Mayangna, y en particular, el Modelo tradicional de Atención a la salud del pueblo étnico con sus capacidades y recursos locales autóctonos y autónomos, lo que redundará en la propia preservación como etnia.

2. ANTECEDENTES

Desde Agosto de 1995 el Area N° 4 de Salud, municipio de Bonanza, de la Región Autónoma del Atlántico Norte de Nicaragua (RAAN), implementó el Proyecto Integral de Salud (PIS). La principal prioridad era la Atención en Salud a la poblaciones indígenas Mayangnas, que viven en la mayor parte de las 54 comunidades que existen en Bonanza (3).

El objetivo de este Proyecto Institucional de Salud ha sido y sigue siendo la atención de salud a las poblaciones étnicas de las comunidades rurales de este municipio, a partir de un enfoque de desarrollo local, participación comunitaria y sostenibilidad de las acciones (4).

Los componentes del Proyecto son las acciones de capacitación a agentes comunitarios tradicionales y voluntarios, atención con puestos de salud y brigadas médicas móviles, participación comunitaria y el empleo de los recursos de la Medicina Tradicional, especialmente las plantas medicinales.

En el Informe de Evaluación del Proyecto Integral de Salud (5), a fines de Noviembre de 1996, se detectó que existía una alta demanda y aparente dependencia de parte de la población Mayangna a los medicamentos farmacológicos que suministra el MINSA, por lo que el PIS no podía satisfacer esa demandas en suministro de medicamentos. Este dato se consideró tomando en cuenta, que en estas comunidades indígenas existen agentes tradicionales de salud, que poseen conocimientos de una gran variedad de plantas medicinales. Sin embargo, parece ser que cada vez más los curanderos y las comadronas las emplean en combinación con el tratamiento farmacológico. Quizás esto se deba a la dinámica de expansión e interacción del Sistema Oficial de Salud del MINSA con el Modelo de Medicina Tradicional Mayangna, o también a la cobertura que ha auspiciado el PIS y al comportamiento pragmático de la gente que tiende a innovar para el aumento de la eficacia del tratamiento con medicina natural o con medicamentos farmacológicos(6).

La Estrategia para el desarrollo de la participación comunitaria Mayangna, se propuso continuar con el proceso iniciado con el Proyecto Integral de Salud, pero con un método distinto de trabajo. Este proceso incluyó aspectos de la organización, capacitación y participación comunitaria, que facilitaron en alguna medida algunos cambios en la concepción de salud y enfermedad y en la manera de abordar y darle solución a dichos problemas, en especial con los promotores o líderes de salud.

Las estrategias implementadas han dado como consecuencia el desarrollo de un proceso práctico de acciones y de cambio, así como el compromiso ético de servicios social, de salud y educación con la comunidad, en la búsqueda de producción de un nuevo conocimiento y una nueva práctica (7),

3. JUSTIFICACION.

La comisión de Salud del Gobierno Autónomo de la RAAN con la participación del Ministerio de Salud, en base a lo que establece la Ley de Autonomía procedieron a elaborar un Modelo de Salud Autónomo (8), con la participación de diferentes actores sociales relevantes involucrados. Y aunque de alguna manera existe voluntad política para implementar dicho Modelo, existen una serie de limitaciones que obstaculizan dicha implementación. Una de ellas y quizás la más importante es que todavía no puede afirmarse que exista un conocimiento pleno acerca de los modelos culturales de salud indígenas de los pueblos étnicos que habitan en la RAAN. Esto impide el desarrollo de procesos de formación, capacitación y gestión integral acerca de la Interculturalidad y salud.

Por tal razón se considera que el conocimiento del Modelo cultural y tradicional de salud Mayangna, y sus diferentes componentes, resultará de vital importancia para: a) rescatar parte de la cultura del pueblo Mayangna, b) incrementar el acervo científico acerca del Modelo cultural y Tradicional de Salud mayangna, y c) Implementar un Modelo de Salud Autónomo en el contexto específico de las comunidades rurales Mayangnas. Este último aspecto pudiera servir de proyecto piloto, para el resto de comunidades étnicas tanto de la RAAN como de la RAAS.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El abordaje integral de salud desde la perspectiva institucional de los funcionarios de Dirección del MINSA en Bonanza, y en las regiones Autónomas del Atlántico Norte y Sur, es la falta de conocimiento de los distintos elementos o componentes que conforman el Modelo cultural y tradicional de atención a la de Salud de los pueblos étnicos, y en este caso particular, de las comunidades Mayangnas del municipio de Bonanza.

A pesar que desde el aporte del Proyectos Integral de Salud con enfoque de autogestión, participación comunitaria y sostenibilidad, financiados por Organismos de Cooperación Internacional, ha sido difícil poder implementar acciones integradas en las que se desarrolle un abordaje de interacción entre la participación comunitaria del pueblo Mayangna con sus propios elementos culturales y la integración efectiva de los Servicios institucionales de Salud del MINSA.

Por esta razón, en la búsqueda de mejorar la Gestión y la Participación comunitaria en Salud en el municipio de Bonanza, incorporando plenamente a las comunidades mayangnas, se plantea la siguiente pregunta:

Cuáles son los componentes del Modelo cultural y tradicional de Atención a la Salud del pueblo Mayangna, que habita en las comunidades rurales de Bonanza, y cómo ha sido el proceso de interacción con los servicios institucionales del MINSA, durante el período de 1997 a Diciembre de 1998?

5. OBJETIVOS.

5.1. Objetivo general:

Describir el Modelo Cultural y tradicional de Atención a la Salud Mayangna, sus diferentes componentes y la interrelación con los servicios de salud institucionales del MINSA, Bonanza, RAAN, 1997-1998.

5.2. Objetivos específicos:

1. Conocer el Sistema explicativo de la concepción de la vida, la muerte y el proceso Salud/ enfermedad/ atención de los pobladores de las comunidades Mayangnas.
2. Identificar el proceso de demanda de atención de salud y las prácticas de curación aplicada a los pobladores Mayangnas, en situación de enfermar y para la recuperación de la salud.
3. Caracterizar la interrelación de los servicios institucionales del MINSA con las prácticas tradicionales de salud, de los pobladores de las comunidades rurales Mayangnas.

6. MARCO DE REFERENCIA.

6.1. Población étnica Mayangna.

El pueblo Mayangna (Hijos del Sol) llamado Sumos por los Miskitos (9), se encuentra distribuido por todo el territorio de las Regiones Autónomas del Atlántico Norte y Sur, y se estima la población total en 15, 884 habitantes, lo que representa el 0,00,5% con respecto de la población total del país. Sin embargo con respecto a la Región Autónoma del Atlántico Norte representa el 4,5% (10).

La población total del municipio de Bonanza, de acuerdo con datos del último Censo realizado en 1995 por el INEC, es de 12, 535 habitantes, pero según otras estimaciones (MINSA, Alcaldía) es de 13, 555 habitantes, y se distribuye de la siguiente manera: urbana el 32% y rural el 62% ubicadas en 54 comunidades (comarcas), pequeños asentamientos y poblados (11).

Del total de la población del municipio 4,634 pertenecen a la etnia Mayangna, la cual en su mayoría habitan en 16 comunidades rurales, ubicadas en las márgenes y profundidades de los ríos Pis-pis y Waspuk dentro de la Reserva natural de Bosawás, y algunas dispersas en todo el territorio de Bonanza, el cual es uno de los más pequeños de la RAAN. El pueblo Mayangna se constituye pues en la comunidad indígena más importante del municipio.

6.2. Aspectos Socioculturales de los Mayangnas:

En Nicaragua durante la dominación Colonial Española se trató de someter a todos los pueblos indígenas para que asumieran la lengua, religión y costumbres de los conquistadores, quienes pasaron a constituir la etnia dominante en el país. Estos, los descendientes de los españoles, después de que Nicaragua alcanzara la Independencia del imperio Español, presionaron a los pueblos indígenas de todas las regiones del país para que abandonasen sus características culturales y hasta su identidad ancestral. Esta presión hacia los pueblos indígenas de la Costa Caribe de Nicaragua fue limitada por la ocupación de esos territorios por parte de la Gran Bretaña. El período de la dominación Británica produjo como consecuencia el surgimiento de otra cultura en la Costa Caribe de Nicaragua, como es la Anglocaribeña. No obstante, con la "Reincorporación de la Mosquitia", en 1896, el gobierno de Nicaragua asumió la estrategia de "asimilación y aculturación, la cual hasta ahora ha caracterizado la relación entre el Estado Nacional y los pueblos y comunidades étnicas (12).

Al igual que otros pueblos étnicos, "para sobrevivir los Mayangnas tuvieron que adaptarse y ceder demandas de los no -indígenas: religión, idioma, territorios, recursos naturales" (13). Sin embargo los Mayangnas conservan todavía sus costumbres propias relacionadas con su cultura: prácticas y leyes consuetudinarias, y la Di basta o Medicina Natural Mayangna (14).

Como es de observar se produjo, no obstante, un sincretismo entre las prácticas Médicas Tradicionales y las europeas Cristianas. Los misioneros Moravos que llegaron a inicios del siglo XX, fueron ubicándose paralelamente a las empresas transnacionales. En el primer tercio de siglo abrieron la primera Escuela de Enfermería del país en Bilwaskarma y un año después el Hospital Thaeler Memorial en el mismo pueblo (1935).

Este proceso de transculturación logró una influencia importante en el cambio de mentalidad y en el desarrollo del sincretismo antes mencionado. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos existentes realizados tanto por el MINSA en tanto institución oficial del Gobierno y por las ONG, "en la actualidad, las comunidades indígenas de la RAAN, se quejan de la descubierta del Sistema de Salud Oficial y de la falta de adaptación a la cultura y costumbres de la Región" (15).

Por otra parte, durante la década de los Ochenta se produjo una fuerte migración de las poblaciones de las comunidades indígenas Mayangnas hacia Honduras, a causa de las condiciones de la guerra. La Atención de Salud a estas comunidades empezó a ser desarrollada por el Ministerio de Salud, dado que a pesar de que estas poblaciones habitan en el territorio rural de Bonanza, nunca antes habían recibido atención de salud de parte de las clínicas y servicios médicos de las empresas mineras concesionarias que trabajaban la explotación de oro y plata en la región. Más de una década después los Mayangnas (Hijos del Sol), conocidos como Sumos, se reagruparon en sus antiguas comunidades, especialmente en Musawás, considerada la capital de este pueblo y nación étnico (16).

- Intervenciones e investigaciones en salud.

El pueblo mayangna y el territorio que ocupan durante los últimos cinco años, ha venido siendo una región privilegiada de intervenciones sociales y de salud, tanto por parte del MINSA con el apoyo del Proyecto Integral de Salud, financiado por OED, como de otros organismos como MARENA Y GTZ-BOSAWAS.

El antecedente inmediato en el trabajo sobre trabajo comunitario lo realizó el organismo Médico del Mundo con un Programa de Capacitación de Agentes Comunitarios en salud, los cuales se encuentran incorporados a las acciones que desarrolla el MINSA, y que también han participado en la ejecución de acciones del proyecto Integral de Salud, que apoya ÖED.

En los últimos años algunos organismos que trabajan en el campo de la Medicina Tradicional y especialmente en la Etnobotánica, han desarrollado procesos de Investigación en este campo. Los trabajos conocidos hasta ahora son : Medicina Tradicional y plantas medicinales aparecidos en ISNAYA del Centro Nacional de Medicina Tradicional de Estelí (17), y en 1997 también CECALLI investigó la existencia de plantas medicinales y sus principios activos para curar las mordeduras de serpientes (18) y también publicó el Informe Di Basta de Fey Ute, et al, referido básicamente al uso de plantas medicinales (19).

6.3. Aspectos relacionados con la Medicina Tradicional Mayangna:

Rivers citado por Jesús de Miguel en Introducción a la Antropología Médica (20), señala que existe "en todos los pueblos primitivos un sistema cognitivo médico, es decir, una teoría (ideas definidas) sobre la causación de la enfermedad". Para los Mayangnas este sistema se denomina Di Basta, que en lengua mayangna significa Medicina natural o tradicional. En el estudio publicado por Fey Ute sobre Di Basta lo limita al componente de la Etnobotánica y los resultados consisten en haber recogido parte del acervo cultural Mayangna un conjunto de plantas medicinales, que son utilizadas para la curación de varias enfermedades y dolencias. A cada planta le realizaron una descripción botánica, confirmaron el principio activo de cada una de ellas con ayuda del Herbario Nacional de la UCA, y definen el uso medicinal empleado por los Mayangnas (21).

Con respecto a la Medicina indígena, tradicional y la herbolaria, (plantas medicinales), un aporte importante de la etnomedicina es que ante la enfermedad, los pueblos crean formas de combatirla, y estas formas dependen de la concepción global del mundo. Rivers, arriba citado, distingue tres concepciones y por tanto tres diferentes tipos de respuesta a la enfermedad: mágica, religiosa y naturalista. Y Clemens clasifica en cinco las causas de las enfermedades en cinco tipos: brujería, violación de un tabú, intrusión de un objeto, intrusión de un espíritu y pérdida del alma (22).

La salud para los pueblos amerindios, y de acuerdo con el Popol Vuh, la salud es una concordancia perfecta entre el individuo y las divinidades. Entonces la enfermedad es producto de "haber roto de una u otra manera, las normas que aseguran la armonía del universo enojando a los dioses". Las faltas se reparaban a través de ritos y sacrificios. Las enfermedades eran causadas por: el aire, influencias externas (ríos, montes, cerros), pérdida del Tonalt (es la fuerza vital que abandona al cuerpo), enfermedad del nagualt (animal que todo ser viviente lleva), y por los maleficios(23).

La Etnomedicina, se utiliza como concepto intercambiable con Medicina popular, cultura sanitaria popular y folkmedicina. Se distingue entre medicina tradicional y curandería. El primer concepto incluye la cultura y prácticas populares de grupos humanos. El segundo es una cultura sanitaria más especializada y profesionalizada. A su vez, la palabra curandero incluye en sentido amplio toda una gama de profesionales de la curandería: herbolarios, shamanes, suquias, comadronas, etc (24).

La Etnomedicina se refiere a creencias y prácticas sobre la enfermedad que derivan de la cultura popular, pero no sólo en pueblos primitivos, sino incluso en sociedades actuales y zonas urbanas.

La medicina tradicional existe en todos los países. Y de acuerdo con Jesús de Miguel es equivocado pensar que la medicina tradicional no es contemporánea, no es científica, no innova y no cambia. Una cosa es que el tratamiento muchas veces mágico - religioso sea irracional y otro que algún componente de ese proceso sea científicamente válido. Actualmente se acepta la existencia de una farmacopea primitiva parcialmente efectiva.

Algunos diagnósticos y tratamientos actuales se basan más en intuición o arte que en conocimiento empírico y razonamiento lógico. Se utilizan grandes dosis de sugestión. Sobre todo a través de recetas y placebos, cosa semejante sucede con las prácticas de la medicina tradicional.

Muchas prácticas religiosas actuales encubren principios de medicina preventiva no comer carne de cerdo, circuncisión, lavados, rituales, hervir agua, etc. La cultura puede llegar a ser patógena y contravenir una norma puede llegar a producir la misma suerte. En otros casos, para algunas culturas ciertas enfermedades no son consideradas como tales. En todo este proceso participan de forma activa los agentes tradicionales de la comunidad: (curanderos y parteras, sobadores y culebrólogos, etc. (25)

6.4. Con respecto a la Atención de Salud a los mayangnas:

La población étnica de las Comunidades Mayangnas han sido las que menos acceso a los servicios de salud tuvieron y han tenido en todo lo que va del siglo. Y este fenómeno de falta de accesibilidad se mantuvo a pesar de la expansión del Sistema Nacional Unico de Salud implantado en Agosto de 1979, tal como lo demuestra Bruce Barret en su estudio ya citado.

A partir de la década de los Ochenta se construyó e instaló un pequeño puesto de salud en Musawás. Este puesto para mediados de la década de Noventa, se encontraba en estado de deterioro. Los equipos y medicamentos que se destinaban para ese sector era muy limitado. Los dos únicos auxiliares de enfermería autóctonos, únicos recursos humanos mayangnas formados en la Escuela de enfermería en Bilwi, es con lo que contaban las 13 Comunidades. Estos auxiliares no recibían capacitaciones para actualizar sus conocimientos.

Los problemas de salud de la comunidad, se ven agravados por estos factores sociales y culturales, que en muchas ocasiones no son tomadas en cuenta por los profesionales y trabajadores de la salud, en sus diferentes intervenciones en educación sanitaria.

Como un evidente avance en el desarrollo de la organización comunitario y participación se pudo construir un Puesto de Salud en una de las comunidades Mayangnas (Musawás), con financiamiento de tres organismos no gubernamentales (OED, FADCANIC, GTZ). En la construcción de este puesto tuvo una participación efectiva e importante las comunidades, seleccionando los árboles que serían utilizados para la elaboración de la madera, el traslado de la madera desde la montaña hasta el lugar de construcción del puesto. El proceso de participación se caracterizó por el aporte voluntario y consciente de fuerza de trabajo de una manera organizada y actividad. La coordinación la realizó el Síndico territorial con el apoyo del resto de las autoridades propias de las 13 comunidades. Con apoyo también del OED se logró becar a cuatro estudiantes que se recibieron en Técnicos básicos en enfermería, todos de la etnia Mayangna (26).

Estos y otros elementos confluyen en el proceso de elaboración del Modelo cultural y tradicional de Atención de Salud de las comunidades rurales mayangnas. Para lo cual se considera esencial la participación activa de los dirigentes y agentes comunitarios en la elaboración del modelo.

6.5. Proceso de autonomía y grupos étnicos.

Hay que recordar que la autonomía no es un proceso nuevo, alguna gente dice que ésta es la segunda autonomía y que en la conversión de la Mosquitia del siglo pasado se logró un régimen legal muy satisfactorio para la costa porque estábamos exonerados de pagar impuestos. etc., eran una serie de beneficios antes de 1894 (27).

Como concepto de Autonomía se define que es el marco jurídico (lo que las leyes nos permiten) y político para el ejercicio de los derechos sociales, económicos, culturales, etc. de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de la Costa Atlántica.

Por qué va el concepto político en nuestra definición? Porque precisamente la Autonomía se ejerce a través del voto, la elección de autoridades locales, para que se impulse el ejercicio de las atribuciones que establece el estatuto de Autonomía.

La Autonomía Regional, en principio, es el ejercicio del nivel de decisión, es compenetración entre las autoridades y sus habitantes de su realidad, de su problemática, los principios de nuestra autonomía abarcan el respeto a la cultura, a nuestra identidad etc, pero sobre todo el traslado de nivel de decisión y es también traslado de recursos. Ningún Ministerio traslada los recursos a las autoridades regionales. Tienen que trasladar los recursos para que se pueda cumplir con otro principio que es el de eficacia administrativa, eficacia de los servicios.

La Autonomía en la Costa Atlántica es multi-étnica y eso la diferencia de otros esfuerzos de autonomía de pueblos indígenas en el continente. Algunos elementos que atraviesa todo el proceso de autonomía son: El primer elemento es el problema de la identidad, pero no una identidad en el aire sino el rescate de la identidad. Hay momentos en los que la identidad se ha fortalecido y otros en los que ha estado en crisis. Por ejemplo con los miskitos su identidad estuvo muy alta con la llegada de los ingleses, con la intervención de la iglesia Morava, otro momento importante fue en la lucha antisandinista. Con los criollos también han habido momentos de fortalecimiento de su identidad.

En Siuna y en Bonanza hay un estudio en territorio Mayangna (28) donde se ha llenado de colonos mestizos, lo que es prácticamente el 30 % del territorio de estos municipios. Al hacer el estudio sobre la utilización de los recursos naturales, en seis años el bosque ha bajado en un 41 % o sea ha desaparecido en este pedacito solamente y en esta parte donde los Mayangnas han vivido 2,000 años, hay un 98 % de bosques, lo que quiere decir que el rescate de la identidad no tiene que ver sólo con un aspecto cultural,

tiene que ver también con la cultura productiva, su relación con la naturaleza. Ellos tienen un modelo de vinculación con la naturaleza que tiene que ver con la identidad. Cuando hablamos de la mestización o de la Chontalización puede parecer peyorativo, pero la verdad es que estamos hablando de problemas de producción que lesionan la cultura y los recursos de la Costa.

Otro elemento importante de considerar son los modelos de desarrollo. El problema es que también el proceso histórico demuestra que el modelo de desarrollo que se ha seguido en la Costa es un modelo impuesto, que nunca hasta el día de hoy, ha resuelto el problema de los costeños. Ha sido un modelo de empobrecimiento, de extracción.

El otro problema de desarrollo que tiene que ver con la autonomía es que los costeños nunca han decidido lo que ellos quieren, o sea que ha decidido otra gente y no se ha tenido espacio en la toma de decisiones.

El elemento cultural no es sólo para el de afuera sino que hay una jerarquía cultural aquí en la costa que se refleja en el orden de idioma que hablan las comunidades y todas las relaciones se rigen por esta jerarquía. Entonces para los que trabajan en el programa de educación bilingüe el problema no es sólo la educación. El problema no es sólo enseñarle al Mayangna a aprender.

6.6. Acerca de los Agentes comunitarios de salud mayangnas:

A mediados de 1995 con el apoyo del OED, se conformó una red de agentes comunitarios que han recibido capacitaciones en salud, las cuales se basan en un Programa de capacitación para agentes comunitarios que ha sido impartido por personal del municipio de Bonanza (29).

La participación de los agentes comunitarios hasta la fecha se considera bastante efectiva. Los agentes comunitarios Mayangnas saben identificar los problemas de salud con sus comunidades. Algo importante es que han abierto el espacio para compartir sus conocimientos de medicina tradicional con los agentes comunitarios mestizos.

Los temas de capacitación se basan en el perfil epidemiológico de sus comunidades o sea sus principales problemas de salud, pero también se hace mucho énfasis en la medicina tradicional, para en un futuro puedan resolver sus problemas con los recursos que cuentan.

También el programa de capacitación le asigna un peso específico en lo que es organización comunitaria y administración aparte del componente asistencial.

También los agentes comunitarios han demostrado habilidades y destrezas en las capacitaciones y prácticas odontológicas, ya que también acaba de concluir un programa de capacitación para promotores de Salud Bucal.

Otro componente importante es el desarrollo de la Medicina Tradicional para lo cual los agentes comunitarios ya tienen un huerto de plantas medicinales que ellos mismos sembraron, haciendo una recopilación de todas las plantas que ellos conocen.

Semántica básica para el estudio:

- Modelo de Salud: Conjunto de componentes (ambiente, organización, red de atención, recursos humanos, recursos farmacológicos, producción de servicios y otros) que funcionan y actúan dentro de un sistema social de atención a la salud de una población determinada.
- Sistema explicativo: Conjunto de elementos conceptuales e ideológicos que permiten entender la compleja trama de relaciones existentes en las prácticas y asociaciones que simbólicas, que operan en la cultura de un pueblo.
- Concepción del mundo (vida-muerte): ideología que permite explicar el origen del mundo, y de la cual se desprende la explicación de la vida y la muerte. Puede ser de orden natural, mixta o sobrenatural.
- Atención de salud: Prácticas y cuidados que se brindan con el fin de mantener la salud y recuperar la salud de los que se enferman.
- Etnomedicina: se refiere a creencias y prácticas sobre la enfermedad que derivan de la cultura popular, pero no sólo en pueblos primitivos, sino incluso en sociedades actuales y zonas urbanas.
- Etnia: un grupo caracterizado por su capacidad de auto-perpetuarse, por sus propiedades históricas, idiomáticas y culturales. No hay etnia sin sociedad.
- Mayangna: Autodenominación que hacen de sí mismo el pueblo o nación Mayangna (Sumo).
- Comunidad: es un conjunto de individuos y de grupos en un territorio que comunican o tienen la posibilidad de comunicar, que tienen problemas comunes, que pueden discutir conjuntamente.
- Cultura: es el conjunto de formas singulares que representan los fenómenos correspondientes al enfrentamiento de una sociedad, a condiciones específicas en la solución histórica de sus problemas generales de desarrollo .
- Subcultura: expresa formas culturales de los distintos grupos humanos, con distintos niveles de participación en el complejo sistema de relaciones sociales, que los distingue en diversos aspectos de las demás partes componentes del todo que integran, a la vez que comparten muchas otras características.

7. METODOLOGÍA:

Este estudio se define como una Investigación del tipo de indagación temática participativa (30, 31 y 32) dado que centró su interés en la búsqueda de la comprensión del Modelo cultural de Atención de Salud de las comunidades Mayangnas y su interrelación con los servicios institucionales de salud. Y sólo la participación de informantes claves mayangnas podían asegurar la reelaboración de todos los elementos del Modelo cultural y tradicional de salud Mayangna.

El estudio abarcó el período de 1997 a Diciembre de 1998 y se realizó tanto en las comunidades rurales mayangnas como en la sede municipal de Bonanza.

Se seleccionó al pueblo Mayangna no sólo porque constituye la mayor población étnica en el municipio de Bonanza, de la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN), si no porque se considera que conservan un Modelo cultural y tradicional de salud autóctono.

- Criterios para la selección de los sujetos a entrevistar:

Los líderes y parteras se seleccionaron en base a los siguientes criterios:

- Pertenecer a la etnia Mayangna (Sumo).
- Haber nacido y vivir en las comunidades Mayangnas del municipio de Bonanza.
- Contar con más de cinco años de ser líder de salud o partera.

- Descriptores:

a) Para dar salida a al objetivo específico N° 1, sobre el SISTEMA EXPLICATIVO DE VIDA Y MUERTE, Y SALUD/ ENFERMEDAD, se definen los siguientes descriptores:

- Concepción de la vida.
- Concepción de la muerte.
- Concepción de la Salud.
- Concepción de enfermedad.

b) Para dar salida a al objetivo específico N° 2, sobre ATENCIÓN DE SALUD Y LAS PRÁCTICAS DE CURACIÓN MAYANGNA, se definen los siguientes descriptores:

- Causas de enfermedad.
- Tipos de demanda de atención de salud.

- Prácticas de curación aplicada a los pobladores Mayangnas.
- Recuperación de la salud.
- c) Para dar salida a al objetivo específico N° 3, INTERRELACIÓN DE LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES DEL MINSA CON LAS PRÁCTICAS TRADICIONALES, se definen los siguientes descriptores:
 - Tipos de servicios institucionales del MINSA.
 - Participación de agentes tradicionales de salud.
 - Participación de agentes comunitarios.
 - Fuentes y obtención de la información.

En Asamblea general con Líderes de Salud, Parteras, brigadistas y colaboradores de las comunidades Mayangnas, el tema de investigación seleccionado fue el Modelo cultural y tradicional de Atención de Salud y la interrelación con los Servicios institucionales del MINSA.

Se definió como fuente de información primaria a los líderes comunales (síndicos) líderes de salud y parteras. Para la entrevista individual se seleccionaron a diez síndicos, a diez (10) parteras y a doce (12) líderes que representarían a las principales comunidades rurales Mayangnas.

- Para la conformación de dos grupos focales se trató de integrarlos siguiendo el criterio de distribución porcentual entre los distintos tipos de agentes comunitarios: síndicos, líderes de salud y parteras. Estos representaron a las principales comunidades rurales Mayangnas y los grupos quedaron integrados por diez parteras (10) y por doce (12) síndicos y agentes comunitarios.
- Las fuentes secundarias que se utilizaron fueron todos aquellos documentos oficiales, institucionales y estudios existentes y disponibles en el municipio.
- Trabajo de terreno:
- Acercamiento previo a la comunidad:

En la etapa inicial de acercamiento se procedió a restablecer los contactos con los diferentes líderes de la comunidad (síndicos) y algunos actores sociales relevantes, detectados previamente por el equipo facilitador. Este momento tuvo como propósito determinar y establecer las fuentes primarias para la recolección de los datos, así como la motivación de los grupos que participaron en la investigación.

A partir de esto se procedió a restablecer los contactos con los demás líderes comunitarios, identificados y los aún no identificados. Se trata de poder crear una situación de confianza con los diferentes grupos que viven en la Comunidad.

- Convocatoria:

Los líderes, parteras y brigadistas fueron convocados por el personal de salud de las comunidades que cuentan con puestos de salud y son visitados regularmente por la Brigada Médica Móvil: Musawás, Mukuswás, Españolina y Alal.

- Las actividades para la ejecución de las entrevistas y discusión grupal, fueron:

Se procedió a convocar a reunión a todos los participantes en un local que tenía las condiciones adecuadas de ventilación, iluminación, espacio y que permitió el trabajo de forma que no fuera interrumpida las sesiones grupales o entrevistas.

El equipo facilitador integrado por dos miembros del equipo de Salud que hablan lengua Mayangna, inició la reunión describiendo lo que se pretendía alcanzar con la presente investigación.

A continuación se realizaron las entrevistas abiertas a líderes y parteras, a los cuales se les aplicó un cuestionario abierto.

También se conformaron grupos de discusión (grupos focales) para profundizar sobre los diferentes elementos que integran la guía temática, con la finalidad de profundizar sobre la interacción con los servicios institucionales del MINSA.

- Presentación de resultados.

Al igual que en la etapa de acercamiento inicial en que los informantes mayangnas fueron consultados acerca del tema de estudio, los resultados les fueron comunicados a los pobladores de las comunidades Mayangnas, en Asamblea-Taller realizado el mes de febrero de 1999, en el que participaron casi todos los entrevistados.

Los resultados para fines del Informe de la Investigación se centró fundamentalmente en el tema del Modelo tradicional y cultural de salud y su interrelación con los servicios institucionales.

- Procesamiento análisis de la información.

El procesamiento y análisis de la información se realizó utilizando la técnica de procesamiento de datos cualitativos, la cual opera de la siguiente manera:

- a) Se procedió a ordenar las respuestas semejantes por repetición de las mismas asignándoles un valor categórico, sólo válido para la identificación de las mismas,
- b) Se construyó un ordenamiento de tipo escalar de mayor a menor por frecuencia de repetición de las respuestas,
- c) Se procedió a través de la identificación de palabras y frases claves a identificar conceptos, ideas e imágenes para la realización del análisis.
- d) Para la ejecución del Análisis cualitativo de la información que se practicó, se empleó la técnica de interpretación, la cual toma en cuenta el marco referencial (la cultura Mayangna), los objetivos del estudio y las respuestas obtenidas).

TABLA DE OPERACIONALZACION DE DESCRIPTORES

DESCRIPTOR	SUBDESCRIPTOR	FUENTE	TECNICA
1. SISTEMA EXPLICATIVO DE VIDA Y MUERTE, Y SALUD ENFERMEDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Concepción de la vida. - Concepción de la muerte. - Concepción de la Salud. - Concepción de enfermedad. 	Líderes comunales, Líderes de salud Parteras adiestradas.	Grupo focal entrevista abierta
2. ATENCIÓN DE SALUD Y LAS PRÁCTICAS DE CURACIÓN MAYANGNA.	<ul style="list-style-type: none"> - Causas de enfermedad. - Tipos de demanda de atención de salud. - Prácticas de curación aplicada a los pobladores Mayangnas. - Recuperación de la salud. 	Líderes comunales, Líderes de salud Parteras adiestradas.	Grupo focal entrevista abierta
3. INTERRELACION DE LOS SERVICIOS INSTITUCIONALES DEL MINSA CON LAS PRÁCTICAS TRADICIONALES	<ul style="list-style-type: none"> - Tipos de servicios institucionales del MINSA. - Participación de agentes tradicionales de salud. - Participación de agentes comunitarios. 	Líderes comunales, Líderes de salud Parteras adiestradas.	Grupo focal entrevista abierta

VII. RESULTADOS.

7.1 acerca de los datos generales de los entrevistados:

- a) Doce (12) son Líderes de Salud,
 - b) Siete (7) son Líderes Comunales (Síndicos), y
 - c) Nueve (9) son Parteras Adiestradas (PEA)
2. Con respecto a la edad de los sujetos del estudio, estas se distribuyen de la siguiente forma:
- Seis (6) participantes están en las edades de 20 a 29 años,
 - Seis (6) participantes están en las edades de 30 a 39 años,
 - Seis (6) participantes están en las edades de 40 a 49 años,
 - Siete (7) participantes están en las edades de 50 a 59 años,
 - Tres (3) participantes están en las edades de 60 a más.
 - Los entrevistados de mayor edad corresponden al grupo de parteras y Líderes comunales o síndicos, 16 en total.
3. En cuanto al sexo, veinte (19) corresponden al sexo masculino y 9 al sexo femenino.
- Todas las mujeres son parteras, y todos los líderes de salud y comunales son varones.
4. Las comunidades donde nacieron los entrevistados son las siguientes:
- Once (11) nacieron en Musawás, Sede central de las comunidades mayangnas,
 - Tres (3) nacieron en la comunidad de ALAL,
 - Dos nacieron en cada una de las siguientes comunidades: ASANG, Río Coco, dos en ESPAÑOLINA y MUKUSWAS.
 - Y uno en cada una de las siguientes comunidades: WILU, KIBUSNA, KUAHBUL, PADREWAS, SALTO GRANDE, PAÑAWAS, BETLEHEN.
 - Como puede observarse todos nacieron en comunidades mayangnas, aunque algunos provienen de la región del río Wangki (Coco) y otro de la Región Autónoma del Atlántico Sur.

5. Los años que tienen de vivir en la comunidad donde radican ahora, la informaron de la siguiente manera:

- Tres (3) manifiestan que habitan en su comunidad hace menos de 10 años,
- Siete (7) expresaron que habitan en su comunidad entre los 10 y los 25 años,
- Nueve (9) informaron que habitan en su comunidad entre los 26 y los 40 años,
- Otros nueve (9) manifestaron que habitan en su comunidad desde más de 41 años.

Este último grupo ha vivido toda su vida en estas comunidades por más 55 años.

7.2. Resultados obtenidos con los grupos focales:

Los grupos focales discutieron acerca de los elementos que integran y permiten entender el Sistema Explicativo acerca de la concepción de la vida y la muerte y su relación con el proceso de Salud y Enfermedad, además de los otros aspectos contemplados en la guía, que se detallan a continuación.

7.2.1. Grupo focal integrado por síndicos y líderes:

1. Acerca del componente del Sistema Explicativo del proceso de Salud y Enfermedad.

1.1. Concepción de la vida:

- Para los bisabuelos la idea de vida era diferente. Se preocupaban más por conservar la vida. En la época de los abuelos eran tiempos distintos. Se vivía de otro modo. La gente se cuidaba bien, andaban en taparrabos, usaban flecha y arpón. No había religiones. No sabían si había un Dios. El Sukia representaba a Dios, porque siempre está (presente) y el Sukia no muere.
- Antes de la llegada de los Moravos no había religión, se desconocía de la existencia de Dios. En aquellos tiempos el creador y dueño de la vida era Dios.,

1.2. Concepción de la muerte.

- Existía la muerte, pero el alma se trasladaba a vivir dentro de los cerros. Un día las almas de los que han vivido van a salir y (van a) estar con nosotros.

1.3.4. Concepción de la Salud y enfermedad

- El Di Kutna (Poder del mal) enfermaba a la gente, es enviado por un Sukia enemigo, y (provoca) mucha enfermedad y la gente podía morir. Sólo el Sukia de la comunidad (utilizando el Di Basta) podía devolver el Di Kutna por que el di Kutna no se puede destruir; (alejar).
- El Di Kutna es el poder del mal, de destrucción, es la capacidad de transmitir una enfermedad a toda una comunidad. Di Kutna son los medios malignos como duendes, sirena, espíritu de montaña, del cerro.

- Se atribuía la enfermedad a la contaminación de las personas a través del viento, provocado por malos espíritus. La enfermedad es (causada) por duende, por sirenas, etc.
- Hay distintos tipos de enfermedades, algunas se curan con medicina occidental, si no van a la hierba (Di Basta).

2. Atención de salud y prácticas de curación.

2.1 Causas de Enfermedad

- Hoy en día la gente enferma por las guerras, por falta de aseo, por el agua, y también por el aire o causada por duende y sirena.

2.2.3. Atención de salud y prácticas de curación aplicada a los pobladores Mayangnas:

- Los Sukias crearon el Di basta.

En tiempos del Sukia Adchebul se curaba a la gente con Di Basta (Medicina Tradicional), al parecer el Sukia trabajaba (curaba) por medio de la invocación a espíritus. El ritual era tocar a la persona, le daba masajes al enfermo. Parte del rito era (sólo) para pacientes graves. El sukia encendía fogatas y se metía dentro del fuego, al parecer para transmitirle energía al enfermo, también subía a los cerros, cantaba canciones místicas, se metía dentro de subterráneos como a consultar y pedir a los espíritus.

El sukia practicaba rituales, cantos, rezos, bailes para devolver (alejar) el Di Kutna y curar a la gente.

- Existían rituales con los que Adchebul curaba a los enfermos, sobándolo, con hierbas. Hablaban, con los espíritus. La gente enferma lo buscaba (al sukia Adchebul) y él los curaba.

El Sukia tenía poderes, se metía debajo de la tierra y en el monte. Curaban por medio de espíritus. Tocaban a los pacientes, les daban masajes y le hablaban, oraban en una lengua que sólo ellos conocen y con eso curan. Se metían en la hoguera del fuego sin quemarse, para curar a desahuciados.

En las comunidades Mayangnas ya no existen Sukias, sólo los "Di basta lan" (curanderos) y las Muniyhbim Laihyang (partera). Di Basta es Medicina Natural o Tradicional, pero no consiste sólo en el conocimiento y utilización de hierbas.

- Si la gente no obtiene respuesta con el tratamiento médico (fármacos, medicamentos que brindan los servicios del Ministerio de Salud o el médico oficial) los mayangnas utilizan el Di Basta.
 - Los promotores de Salud Mayangnas (capacitados por el Ministerio de Salud) cuando no resuelven con pastillas, utilizan hierbas también.
- 2.4 Recuperación de la Salud:
- (El Sukia) se retiraba a un cerro a cantar canciones que sólo el sabía. Se metía bajo tierra y hablaba con los espíritus. Así tenía su poder y la gente creía en el Sukia. Usaba hierba, oraciones, piedras, talismanes, sustancias (aceites) de animales.
 - Para el ritual reunían a la gente, rezaban, comían, bailaban, como en una fiesta. Usaban un ídolo (estatua) que simbolizaba el mal que había enfermado a la comunidad y lanzaban (el ídolo). Di Kutna es el (poder de la muerte o de destrucción).
3. Interrelación de los servicios institucionales y el Modelo cultural de Salud:
- 3.1. Tipos de Servicios Institucionales del MINSA
- Cada enfermedad tiene su propio medicamento. Por ejemplo:
 - La Tuberculosis sólo se cura con inyección y tabletas.
 - La infección por herida con inyección antibióticas".
 - La mordedura de serpiente se puede curar con hierbas.
 - La quebradura necesita terapia de ortopedia.
- 3.2. Participación de agentes tradicionales de Salud
- Di basta lan es el curandero.
 - Muniyhbin Laihyang es la partera en mayangna.
 - Se usa Di basta sólo cuando la enfermedades es producto de un "mal".
- 3.3. Participación de agentes comunitarios en salud.
- Los líderes, auxiliares y promotores de salud se relacionan muy bien (entre ellos).
 - Los promotores de salud sirven para identificar si (el enfermo) necesita tratamiento médico o (si sólo se puede curar) con Di Basta.

- A pesar de que los promotores a veces no cuentan con medicamentos, ayudan a curar con lo poco que tienen. Los promotores tienen buena relación con los Síndicos y la población coordina con auxiliares y las PEA.

7.2.2. Resultados obtenidos con el Grupo focal integrado por Parteras Adiestradas.

1.1. Sobre la Concepción de la vida, manifestaron que:

- La vida es vivir en la tierra rodeado de seres queridos. Con vida podemos respirar, comer, trabajar y hacer obras del Señor, que él es el que nos dio la vida.
- Los (seres) humanos tenemos un creador que (es quien) nos dio la vida, y debemos aprovecharla para vivir, trabajar, educar a nuestros hijos, cada día que tenemos vida. (La vida) la ocupamos para servir a nuestro prójimo y para salvar vidas como parteras y guiar a nuestra comunidad, realizando buenas obras mientras estemos vivos.

1.2 Sobre la concepción de la muerte, dijeron que:

- La muerte es única, él que muere ya no regresa, deja de existir en la tierra. Todas (las parteras entrevistadas) nacimos para morir. (La muerte) es la desaparición del mundo (de las personas).
- La muerte es algo inesperado que nos llega de repente y queda un vacío en nuestra familia y personas que nos quieren. Cuando uno muere no vuelve, se va para siempre; solo queda un gran recuerdo de cada una de las personas. Podemos morir de distintas manera, ya que el creador es el que escoge nuestros destino.

1.3. Sobre la Concepción de la Salud, informaron que:

- Es tener vida saludable, sin enfermedad, tener buenas relaciones con la sociedad, buena alimentación.
- La salud es un poder de cada persona y debe de cuidarse, (debe) velar por su casa y su comunidad, para que todo lo que nos rodea esté limpio, haciendo limpiezas para evitar las contaminaciones.
- Una persona que tiene salud, siempre está alegre, con ánimos de trabajar y ayudar a los demás.

1.4. Sobre la Concepción de Enfermedad, señalaron los siguientes aspectos:

- Es el padecimiento de alguna dolencia en el cuerpo, malestares generales.

- Las enfermedades comienzan en una persona con síntomas que ella siente, hasta llegar a enfermarse y así no pueden trabajar.
2. Atención de Salud y Prácticas tradicionales de curación.
- 2.1. Sobre las causas de la Enfermedad, manifestaron que es debido a:
- Falta de higiene ambiental y personal
 - Desconocimiento de prácticas sanitaria
 - Falta de educación
 - Las enfermedades son causadas por mala higiene, parásitos, microbios y contaminación en el ambiente.
- 2.2. Sobre los tipos de demanda de atención de salud, se debe a:
- La contaminación ambiental,
 - Enfermedad diarreica aguda,
 - Infecciones respiratorias agudas,
 - Malaria
 - Desnutrición y anemia,
 - Infecciones en las vías urinarias,
- 2.3. Sobre las prácticas de curación aplicada a los pobladores Mayangnas, las entrevistadas informaron que:
- Primero se busca al líder, si el tratamiento no le ayuda.
 - En Segunda instancia buscan ayuda con los curanderos o van donde el Sukia.
- 2.4. Sobre la recuperación de la Salud, manifestaron que se logra:
- Tomando tratamiento con fe y a como se lo indican.
 - Tenemos que buscar atención médica si no se va a los curanderos.
3. Interrelación de los servicios institucionales y el Modelo cultural de Salud:
- 3.1. Tipos de Servicios Institucionales del MINSA
- Atención a la morbilidad general,
 - Seguimiento a la madre y el niño,

- Vacunaciones.
- Capacitaciones en salud.

3.2. Participación de agentes tradicionales de Salud

- La relación entre los agentes de salud son buenas, trabajan en coordinación con los líderes (sindicos).

Hay participación de los agentes comunitarios con los curanderos, siempre se han relacionado.

3.3. Participación de agentes comunitarios en salud.

- Hay buena participación, siempre existe coordinación de trabajo.
- La relación con la comunidad es para educar y mejorar la salud.

7.3. Componentes del Sistema Explicativo de la concepción de la vida, la muerte y el proceso salud y enfermedad:

6. Qué cree Usted que es la vida?

- Respuestas obtenidas:

- Nueve respuestas se refieren a:
"La vida es algo que sin ella no podemos respirar, andar ni caminar, comer y trabajar".
- Otras nueve respuestas informan que:
- "Es el ser que Dios nos dio, es un espíritu hecho por Dios".
- Cuatro externan que: - "Es nacer, gozar de todo lo que existe en la tierra. - Es nacer, ocupar un lugar y gozar de todo lo que existe en el mundo".
- Tres manifiestan que: - "Sin vida no podemos existir en el mundo".
- Tres expresaron que: "La vida es solo una. - Es vivir solamente una vez".
- Tres manifestaron que es: - "Desde que una mujer queda embarazada y termina cuando morimos. - Desde el momento que nacemos hasta el día de la muerte".
- Tres expresaron que: - "Es sobrevivir a pesar de nuestra pobreza y problemas que enfrentamos en la vida".
- Tres informaron que: - "Es el Derecho de tener vida. - Es el derecho a vivir".
- Dos informaron que: - "La vida es sentirse bien".
- Dos manifestaron que: - "La vida es algo muy importante que debemos de cuidarla".
- Uno de los entrevistados comentó: - "Decimos la vida, el cuerpo necesita alimentos, ropa, casa. Antes en los tiempos de los abuelos era otra forma, vivían natural. Los alimentos eran simples, cocidos, asados, sancochados. Iban al monte a cazar jabalí. Ha habido cambios".

- Otros manifestaron que: - "Es lo que tenemos en nuestros medios. - Todo lo que está alrededor de nosotros, que se mueven, tiene vida".
- "Es algo que ya lo traemos del nacimiento, si nacemos vivos".
- "Es seguir luchando hasta que Dios lo llame".

7. Cuál piensa Usted que es el origen de la vida?

- Respuestas obtenidas:

- La mayoría de los entrevistados, veintidós (22) coinciden en afirmar que: - "La vida se originó desde Dios, él hizo la tierra, hizo los animales y le dio la vida, desde entonces existe la vida".
- Otros manifestaron que: - "Pienso que si uno nace en una comunidad o lugar allí permanecerá ya que ahí tengo mis ancestros, familia y cosecha".
- "De los ritos antiguos. Antes los abuelos no sabían donde está el Dios, no sabían nada. Ellos tenían al Sukia, al Mago, era el responsable de la vida. Para la comunidad Mayangna era como un Dios. Ese hombre, el Cacique se manejaba y platicaba con el demonio".
- "Viene de nuestros antepasados, desde que Dios creó al hombre y la mujer".
- "Siempre con el poder sobrevivimos tanto como pobreza mantenemos".

8. Para qué cree Usted que vivimos las personas?

- Respuestas obtenidas:

- Nueve respuestas de los entrevistados manifiestan que, "se cree que vivimos para trabajar y producir. Vivimos las personas para trabajar la tierra en la agricultura y garantizar la alimentación".
- Otras nueve respuestas se refieren a que es "Para vivir con optimismo para mejorar las condiciones de la comunidad, mantener a nuestra familia, estar unidos y convivir como personas".

- Ocho expresan que es para "Hacer la voluntad de Dios".
- Cinco señalan que es para "No dañar a nuestra sociedad, querernos unos a otros".
- Cuatro entrevistados dijeron que es "Para procrear hijos, para reproducirse".
- Tres manifiestan que "Las personas vivimos para servir a otras personas".
- Otros manifiestan que: es "Para conocer lo bueno y lo malo de este mundo, enseñar, superarnos. vivir con optimismo".
- "Las personas tenemos cinco sentidos por eso vivimos, y es importante también nos sirve para trabajar y vivirla".
- "Sobrevivir, mantener y ayudar a nuestra familia y comunidad".
- "Pienso que hay dos partes, Dios hizo el cuerpo en el mundo para vivir en felicidad, trabajar y procrear. Hay que pasar la vida algo orgulloso".
- "Para conservar la tierra y mantenernos en ella".

9. Qué piensa Usted que es la muerte?

- Respuestas obtenidas:
 - Once expresaron que "Con la muerte nunca se regresa a la tierra". Nunca vamos a volver a vivir".
 - Ocho respuestas expresan que "La muerte es cuando ya la persona no sirve para nada y deja de existir".
 - Cuatro expresaron que "Es otra forma de existir por que de la vida se pasa a la muerte".
 - Dos respuestas manifiestan que "Cuando dejamos de vivir en la tierra, nos desaparecemos para siempre dejando a nuestros seres queridos".
 - Dos manifestaron que "Es dejar de vivir en la tierra".

- Otros expresaron que "Así como Dios nos mandó a la tierra, también nos quita la vida, dejarnos de existir en esta tierra".
La muerte es algo que no deseamos nunca ni siquiera los animales desean la muerte, pero si Dios nos da un punto final a la vida siempre morimos".
- "Cuando llega el tiempo de morir, va al sepulcro y no levanta, pero quedan los muchachos de ahí no dejan la cultura Mayangna y esta existe".
- Otro manifestó que "Siendo niño me contaron que antes de 1920, cuando entró la religión de la Iglesia Morava a Musawás, hubo un primer Cacique que se llamaba Adchebul, era un Sukia. Para el tiempo en que vinieron los Moravos había otro llamado Nilsen, Sukia también. Después que entró la religión Morava, fueron apartados los sukias. La gente aceptó ser cristianos y ya no quisieron orar al "diablo", sólo a Dios".

"Antes no había escuela, estudio, nada. Algunos mayangnas no van a contestar nada. Un criollo me enseñó a hablar español y miskito. Ahora nos enseñan los pastores y yo digo lo que recuerdo".
- Otros dijeron que: "Es dejar de existir, es cuando el espíritu se va al cielo".
- "Dios lo recibe si en vida fueron buenas personas, a los malos los tiene que recibir el diablo".
- "Dios por medio del pecado nos condenó a la muerte, a cada uno individual".
- "La muerte es un destino porque siempre venimos muriendo cada humano".
- La muerte "Es algo triste, es cuando la persona deja de existir y ya no puede convivir en nuestra comunidad.

10. Cuándo realmente es que morimos?

- Respuestas obtenidas:
 - Catorce respuestas refieren que es "Cuando dejan de hablar, de respirar, no hay movimiento y deja de latir el corazón y se velan por 24 horas para asegurar que está muerto".

- "Siete entrevistados manifiestan que "No sabemos cuando morimos. La muerte es algo que no sabemos cuando nos llega. No tenemos, día ni fecha ni año. Cuando menos se piensa estás muerto".
- Dos respuestas expresan que "Es por una enfermedad incurable. Es el sufrimiento por alguna enfermedad que no tiene cura".
- Dos dijeron que "Morimos a veces de accidente, por violencia (arma blanca) guerra o por vejez".
- Dos manifiestan que es "Cuando ya no tenemos vida, cuando nos entierran".
- Tres de ellos señalaron que es "Cuando el espíritu se va al cielo, o se va al infierno, esto dependerá del comportamiento del individuo cuando está en la tierra. La persona se muere porque Dios los llama".
- Uno de los entrevistados mencionó que "Vivimos muriendo por falta de mantenimiento en nuestra familia y en cada una de las personas".

11. Qué cree Usted que es la Salud?

- Respuestas obtenidas:
 - Ocho entrevistados dijeron que "La Salud es la vida, la tenemos todos, es algo que debemos cuidar de las enfermedades a nuestro cuerpo, el de nuestros hijos, para mantenernos sanos".
 - Siete respuestas refieren que "La Salud es ausencia de dolencias, libre de enfermedades, cuando no se acude donde el curandero ni al puesto (de salud)".
 - Cinco respuestas refieren que "La salud es algo cuando estamos bien y no estamos enfermos. Es estar bien física y mentalmente. Es estar alegre, tanto mental, social y tener dinero".
 - Tres señalan que "La salud es la que nos mantiene vivos".
 - Uno de ellos expresó que es "Tener buena personalidad, cuidar nuestro cuerpo, tener dinero, aunque sea poco".

- Uno manifestó que "La salud es todo. Tenemos que prevenir, cuidarnos para mantener una mejor salud y buscar atención".

12. Cómo se sabe que una persona está sano?

- Respuestas obtenidas:
 - Quince respuestas manifiestan que "Es una persona que se mira alegre, con energía para trabajar, para comer, juegan sin cansarse, para predicar la palabra de Dios".
 - Ocho expresan que es cuando la persona "Trabaja activamente, tanto en el hogar como en el campo, y no busca medicina ni acude donde el curandero ni al puesto".
 - Siete dijeron que "Es cuando una persona tiene un ambiente limpio, deseos de vivir y luchar por un ambiente y una comunidad sana".
 - Cuatro informaron que es cuando "Se mira a la persona de buena apariencia, gordo, y no presenta ningún síntoma de enfermedad, no hay dolor ni malestar".

13. Qué cree Usted que es la enfermedad?

- Respuestas obtenidas:
 - Once respuestas mencionan que es "Cuando se queja de algún dolor, puede ser de oído, de muela o en los huesos. Cuando hay dolor, fiebre".
 - Diez señalan que es debido a la "Presencia de dolencias en el cuerpo, malestar general".
 - Seis mencionaron que "La enfermedad es cuando nos da Malaria, Diarrea, IRA, por falta de higiene en la casa".
 - Cinco dijeron que "Las enfermedades es un mal que es producido por virus, parásito y bacterias. Es una cosa mala".
 - Cuatro respuestas mencionan que "Es sentirse anormal. Es sentirse triste".

- Dos señalan que es "Cuando la persona no quiere o no puede hacer nada".
- Uno de ellos manifestó que "Las enfermedades es algo que no deseamos y cuando estamos enfermos nos quejamos por eso es bueno mantener limpio el medio ambiente".
- Uno de ellos expresó que "Es todo lo que destruye nuestro organismo, si no nos atendemos a tiempo nos morimos".
- Otro señaló que "Es un mal que afecta a las personas, puede ser en el sangre, en el estómago y en cualquier parte del cuerpo".
- Uno dijo que "Es cuando una persona está enferma, y de acuerdo a los síntomas que tiene y siente se puede saber que enfermedad es la que tiene".
- Otro mencionó que "La enfermedad nos da a cada uno, tanto como adultos y niños".

2.2. Demanda de Atención de Salud y prácticas curativas:

2.2.1. Causas de Enfermedad

14. A qué se debe que una persona se enferme?

- Respuestas obtenidas:

- Once entrevistados dieron respuestas que refieren que "Las enfermedades se deben a que la persona no se cuida, a la falta de alimentación. La enfermedad es cuando nos da Malaria, Diarrea, y por la falta de higiene personal, en la casa y en el patio".
- Siete de los entrevistados manifestaron que es por "Falta de educación sanitaria".
- Seis respuestas expresan que "A veces es por no clorar el agua, por no mantener letrinas".
- Seis de los entrevistados también manifestaron que es "Cuando hay dificultades de pobreza, falta de recursos económicos, mucho trabajo, hay problemas familiares y somos muy débiles como persona".
- Tres respuestas menciona que es "Por descuidos o por excesos".

- Tres respuestas refieren que "Se debe a la suciedad que hay en la casa, en la comunidad, agua contaminadas, alimentos contaminados, por bacterias, virus, parásitos, cuando nos pican los zancudos".
- Dos respuestas informan que es "Cuando las madres no cuidan bien el bebé y no hierven el agua que le dan".
- Otros mencionaron que es "Cuando no tomamos la medicina que nos mandan y estamos enfermos, o cuando falta el medicamento".
- "Con las vacunas sí se cumple (vacunación) no deben enfermarse (los niños)".
- "Una persona enferma busca a un promotor de salud o también busca a un curandero, y se debe a la falta de higiene del medio ambiente y de educación.

15. Cómo se sabe que una persona está enferma?

- Respuestas obtenidas:
- Trece respuestas refieren que es " Cuando uno está en cama, ya no puede trabajar, no habla, no sale a pasear y visita mucho al médico.
- Diez respuestas refieren que es "Cuando la persona dice que se siente mal, se ve que anda bien enfermo, está delgado, con decaimiento, triste, escalofríos, decaído, entonces miramos que es verdad que está enfermo".
- Ocho entrevistados expresaron que es "Cuando se quejan de dolor, vómitos, diarreas, calenturas manifiesta malestar general, y buscan alguna pastilla o acude donde el líder ó curandero".
- Cuatro dijeron que "Si es niño, llora mucho, no toma el pecho y no duerme".
- Seis entrevistados manifestaron que "Se queja de los males que presenta o dice lo que siente (los signos y síntomas) y presenta los síntomas de una enfermedad".

16 Es lo mismo si se enferma un niño o un adulto?

- Respuestas obtenidas:
- Siete respuestas expresan que "En el adulto puede estar muy enfermo pero no se queja, y no se agrava muy rápido,

pero en un niño si por qué son más delicados y se agravan más pronto".

- Cinco respondieron que "Es igual porque tanto el adulto como el niño siente los mismos síntomas de la enfermedad, con la diferencia que el niño no puede a veces hablar donde le duele".
- Cinco de los entrevistados contestaron que Si. Pero veintitrés de ellos manifestaron que No.

En cuanto a por qué es lo mismo o no las respuestas fueron las siguientes:

- Seis expresan que "La enfermedad no escoge edades. en el niño las defensas son bajas".
- Cinco entrevistados manifiestan que "El niño se enferma más, el adulto se enferma menos y dice lo que siente".
- Cinco respuestas expresan que "El adulto puede resistir más las enfermedades porque la sangre la tiene más fuerte, pero se enferma más porque tiene que salir a trabajar a buscar los alimentos. Los niños tiene la sangre más débil".
- Tres respuestas afirman que "Es diferente por que en adulto puede tomar cualquier cosa de hierba amarga y en el niño no lo puede tomar, cuando las raíces son amargas lo que provoca vómito".
- Tres entrevistados dijeron que "Los niños no pueden decir lo que siente en cambio el adulto si puede decir lo que siente".
- Dos expresaron que "En el niño es más complicado, siempre se tiene que buscar el Hospital primero, mientras que en el adulto puede curarse con cualquier remedio casero".

2.2.3. Tipos de demanda de atención de salud.

17. Si una persona se enferma a quién acuden primero en busca de Atención?

- Respuestas obtenidas:
- "Dieciocho respuestas afirman que "Siempre se busca al Líder primero".
- Doce entrevistados señalan que "Acuden primero al líder, si el líder no puede resolver su problema entonces busca al curandero".
- "Dependiendo de la enfermedad, se busca a veces al líder o al puesto de salud primero, por último al Sukia ó curandero".
- Cuatro manifiestan que "Acude primero al curandero, por último atención médica".
- Otros cinco manifestaron que "En dependencia de los recursos que hay en la comunidad, se le consulta al líder(Casa base) a la partera, a los curanderos".
- Pocos (4) expresaron que acuden al "Centro de Salud u Hospital".

18. Conoce Usted por qué tipo de problemas de salud acude la gente para que las curen?

- Respuestas obtenidas:
- Dieciocho respuestas manifiestan que "Acuden por EDA, IRA, Malaria, Accidente y heridas, Artritis, problemas de la piel (granos y otros), infección de riñones, desnutrición en los niños, Ulcera".
- Doce respuestas se refieren a que la gente "Acude más por dolor, dolor de hueso, de cabeza y de estómago, tos, piquete de serpiente, calenturas, fiebre, parásitos, vómitos, falta de apetito, malestar general, catarro, convulsiones, Anemia".

2.2.4. **Prácticas de curación aplicada a los pobladores Mayangnas.**

19. Qué tipo de sustancias o medicina natural se utilizan para curar la enfermedad?

- Respuestas obtenidas:
- Nueve respuestas señalan que se utilizan "Hierbas, raíces, hojas, cáscaras, tallos, flores éstas últimas se cortan con oraciones, si no, no funciona. A veces se ocupan semillas".
- Seis respuestas refieren que "En la mayoría (de los casos) combinan (los dos tipos de) sustancia de la medicina natural y de los medicamentos (de centros de salud)".
- Cinco respuestas señalan que es "Con plantas medicinales, como guapinol o cocolmecha, ya sean cocidas, crudas, o machacadas, o en cataplasmas".
- Cinco entrevistados mencionan que "Existen enfermedades que puede ser curados con medicina natural y otros sólo con medicamentos (de los médicos)".
- Tres respuestas refieren que "Se utiliza hierba, pero lo prepara el curandero para los distintos problemas".
- Tres respuestas mencionan que "Una enfermedad leve se cura con sustancias, pero si es muy grave y se cree que es maleficio se cura sólo con Di Basta y plantas medicinales".
- Tres respuestas se refieren a que "Hay distintas plantas para diferentes enfermedades, para cada enfermedad tiene una planta distinta".
- Otros refirieron que: "Se usa zacate de limón para la calentura, se da té para que la persona sude la fiebre. Para la fiebre se da hoja de achiote, se pone a coser y se baña a la persona con fiebre para que sude la fiebre. Para el catarro se usa la hoja de Pukmica, se machaca, se pone en el cuerpo los cataplasma de esta hoja para que se cure el catarro".

- "Para la infección en los riñones semilla de la planta de Shim Shim, se seca y se muele y se pone a coser y se hace en un litro de agua para tomar. Para la Diarrea se usa raíz de coco, se pone a coser la raíz y se da una cucharadita cada hora. La hoja de jocote para el catarro, se pone a coser y luego se toma cada hora".
 - "El Pico de pájaro se usa con personas nerviosas, o que tienen dolor vaginal, se cose la raíz y se toma una taza por día. El achiote con hoja de naranja se usa para bajar la fiebre se cosen y se toma una taza".
 - "La cáscara de guayaba con guarumo rojo se usa para la disentería, se cose y se toma tres veces al día un vaso mediano. La albahaca para el dolor de oído y dolor de muela, se corta la hoja, se machaca y se pone en el lugar afectado. El Cilantro es para el alumbramiento, se cose la raíz y se le da una toma".
20. Sabe Usted quién suministra o de dónde se obtienen esas sustancias curativas?
- Respuestas obtenidas:
 - Diecisiete manifiestan que el "Curandero los toma del huerto domiciliario, comunal o tiene que salir a buscar la planta en lugares lejos de la comunidad, porque él las conoce y sabe la dosis".
 - Nueve contestaron que "Otras se mantiene sembrados en los patios de las casas".
 - Nueve manifestaron que con "Medicamentos (sustancias) que lo suministra el MINSA".
 - Ocho respuestas refieren que "Se obtiene en el campo o en las montañas lejanas".
 - Cinco dijeron que "El Líder (promotor de salud) atiende con el medicamento que el MINSA da".
 - Otros cinco señalan que "Se suministra a los pacientes que no se cura con la medicina del Hospital. Son pacientes que no le llegan las medicinas que suministra el Centro de Salud, se buscan plantas medicinales".

21. A qué cree Usted que se debe la capacidad curativa de las personas que atienden a los que se enferman?
- Respuestas obtenidas:
 - Once manifiestan que "La persona que cura (curanderos) tiene capacidad por que han tenido experiencias curando a otros". Curan con oraciones. Aprendieron de sus padres y abuelos también participando en los estudios de medicina tradicional.
 - Diez respondieron que "Tiene capacidad por que tiene (recibió) talleres de capacitación".
 - Ocho respuestas mencionan que "Dominan su trabajo, y conocen diferente plantas medicinales útiles para los distintos problemas".
 - Seis señalan que "Tienen capacidad los curanderos y los líderes, los curanderos cura con oraciones y tiene capacidad de curar".
 - Cinco respuestas se refieren que es "Porque tiene fe, capacidad en su trabajo. Tienen fe en el curandero y en las plantas medicinales.
 - Cinco manifiestan que "También se de a la experiencia acumulada la que se obtiene a medida que van curando y dándose cuenta que les ha dado resultado".
 - Cuatro menciona que "Los conocimientos los han venido heredando de las personas mayores".
 - Tres respondieron que "Tiene capacidad para valorar a la enferma de acuerdo a eso le manda la medicina. Cuando sabemos cual es exactamente la enfermedad que tiene el enfermo, se cura pero si no se sabe es lo que tiene muy poco se cura".
 - Tres señalan que "La capacidad de curar es muy buena, ya que estas personas curan muy bien a los que se enferman y no se necesita de ningún médico".
 - Tres contestan que "Existe buena capacidad de curanderos, promotores y parteras. Tanto el líder, curandero, parteras tiene capacidad para dar repuesta a los problemas que se enfrenta la salud en la comunidad".
 - Otros informaron que: "Si (el curandero) no sabe, no lo puede curar".

- "El personal del MINSA curan por medio de lo que han aprendido estudiando, lo mismo que los líderes".

2.2.5. Proceso de recuperación de la Salud.

22. A qué cree Usted que se debe que unas personas se curen y otras no?

- Respuestas obtenidas:
- Diez respuestas se refieren a que "Si el tratamiento se toma completo, es por eso que las personas se curan y otros no lo toman y no se curan".
- Nueve refieren que "Algunos curanderos no saben mucho y no les dan el tratamiento debido, le quita la plata".
- Nueve mencionaron que "Eso depende del tipo de enfermedad que tienen las personas. Unas personas no se curan por que no hay tratamiento para curarlas, por ejemplo el Cáncer".
- Seis señalan que "A veces no se cura cuando no saben cual es la enfermedad, exactamente qué tiene. Sólo cuando le dan el tratamiento correcto".
- Seis informan que "Algunos curanderos tienen mucho dominio y ayudan (curan) si el paciente tiene fe".
- Cuatro informan que eso "Depende de lo que creemos y en quién creemos".
- Tres respuestas refieren que "A veces no se cura por el curandero, cuando es una Malaria puede que sólo con medicina del MINSA se cura. Eso no se alivia con hierbas".
- Uno de ellos mencionó que "A las personas que les hacen "mal" mueren pronto, pero hay que saber el secreto del remedio para que se curen".
- Otro dijo que "No se curan porque tal vez se trata de un caso grave, que lo tiene que ver el médico".
- Y por último uno informó que es "Según la composición, si es medicina tradicional o de un promotor, la fe que tenga el paciente por que si no cree no se cura".

23. A qué se debe el poder curativo de las sustancias que ayudan a curar a los enfermos?

- Respuestas obtenidas:

- Seis respuestas indican que "El poder curativo es de Dios, porque los curanderos curan por medio de oraciones que sólo ellos entienden".
- Seis informan que "A la fe con que la persona se toma dicho remedio y al cumplimiento que le da".
- En cinco ocasiones se menciona que "El poder a veces viene del curandero que rezan, o cantando a los santos, soban o a veces las hierbas son eficaces, cuando sabemos bien los síntomas de la enfermedad".
- Cuatro opinaron que está en "dependencia del compuesto que hacen los curanderos y el promotor y de las sustancias o medicamentos que usen".
- Dos entrevistados opinaron que "Se busca las plantas medicinas y los medicamentos para resolver nuestros problemas".
- Una minoría (dos) expresaron que se debe: "A la creencia de lo que contiene el medicamento o plantas medicinales".
- "En la forma de obtenerla, en la forma de administrar medicamento, distintas formas de medicamentos".
- Las raíces, hojas, bejucos, cáscaras, se le arranca la sustancia, pero cuesta C\$20.00, que se paga al curandero tienen nombre: madre de las hierbas y curan por grave que sea.
- "Siempre que (el enfermo) reciba la medicina adecuada para su problema (enfermedad)".

2.3. Interrelación de Servicios institucionales y el Modelo de cultural de Salud Mayangna.

2.3.1. Tipos de servicios institucionales del MINSA

24. Qué tipo de servicios de Salud del MINSA conoce Usted que se le brinda a la población?

- Respuestas obtenidas:
- Siete respuestas refieren que " El MINSA nos apoya en capacitar a los agentes comunitarios (tantos como líderes y parteras)".
- Ocho de los entrevistados manifestaron que "Nos proporcionan materiales para trabajar, construir letrinas, medicamentos para atender a los enfermos y clorar el agua".
- La mayoría (once) opinó que es a través de "Los servicios de Prevención (vacunaciones), Curación, Educación la población (charlas educativas), tratamiento para la Malaria, y fumigación".
- Cuatro manifestaron que "En atención a la morbilidad general, atención a la madre y al niño (CPN, CCD)".
- Otros cuatro expresan que es "Con médicos/medicina en el Hospital y los promotores".
- Tres se refieren al "funcionamiento del Puesto de Musawás si pueden apoya, si no dan un papel para ir a Bonanza".
- Dos manifiestan que los atienden en el "Servicio de odontología".
- Sólo uno expresó que los atienden "Con la Brigada médica y en las Jornadas de salud".

25. Piensa Usted que es igual el tipo de atención tradicional y la que brindan el personal del MINSA?

- Respuestas obtenidas:
- La mayoría (trece) entrevistados mencionaron que "Es igual, ambos ayudan a curar las dolencias, porque con los dos tipos de atención se resuelven las enfermedades".

- Once respondieron que Si, que la atención del MINSA es idéntica a la que reciben mediante la Medicina Tradicional. En cambio la mayoría (17) expresaron que No.

En cuanto a las diferencias encontradas pueden analizarse en las siguientes respuestas:

- Diez contestaron que "Es diferente por que el curandero sólo atiende cuando la persona ya está enferma y cura con hierba y el MINSA cura con pastillas y vacunas".
- Seis respuestas refieren que "El MINSA nos ayuda y no cobra el medicamento y los promotores no le cobran a la gente. En cambio el curandero sí cobra, ellos no regalan nada".
- En cinco respuestas se expresa que una de las diferencias se atribuye a "Los medicamentos ya vienen preparados con productos químicos, las plantas solo las preparamos".
- La opinión de tres se refirió a que "Al curandero se le puede platicar el problema con confianza, es más atento".
- Seis entrevistados manifestaron que "El personal del MINSA es más preparado que los líderes y las parteras".
- Dos dijeron que "Según la enfermedad que se le dé, porque si es de medicina botánica no se le cura con pastillas".
- Uno mencionó que "Al curandero se le busca hasta su casa, mientras que el personal del MINSA llegan a las casas dando charlas".

26. Cómo se relacionan los líderes y parteras con el personal del MINSA que visita la comunidad?

- Respuestas obtenidas:
- Once respuestas refieren que "Se trabaja en coordinación tanto líderes y parteras y el personal que llega del MINSA no hay dificultades. El líder y la partera sirve de apoyo al personal de la Brigada Médica Móvil".
- Nueve respuestas informan que "Se reúnen para hacer sus actividades, hay buena coordinación. Hay buena relación entre líder, partera y personal del MINSA".
- Cinco informaron que "Cuando el personal del MINSA visita a las comunidades hay buena relación tanto con líderes como con parteras".

- Tres dijeron que "Cuando avisan de su llegada nosotros apoyamos a reunir a la gente, aunque a veces no. Pero si no nos dicen no llegamos".
- Tres señalan que "Las relaciones son buenas con el MINSA por que nos ayudan a capacitarnos y hay buenas coordinaciones de trabajo.
- Otros expresaron que "Los auxiliares siempre curan, pero no pueden curar "cochinadas", entonces se requiere del sukia y de "hierbas".
- Además se menciona que "Existe buena relaciones por que el líder y la partera trabaja a la par del personal del MINSA cuando llega a las comunidades.

2.3.2. Participación de agentes tradicionales de Salud.

27. Sabe Usted cómo es la relación entre los curanderos, parteras y otros agentes tradicionales de Salud?

- Respuestas obtenidas:

- Quince respuestas se refieren a que "No hay problemas entre ellos, cada quién se dedica a lo suyo, y cuando necesitan ayuda coordinan ideas".
- Siete informan que "No hay buena relación, los curanderos trabajan aparte, solo el líder y la partera se coordina para trabajar los curanderos no visita enfermos, el líder sí y la partera también".
- Seis respuestas refieren que "Hay coordinación pero muy poco, muchas veces los curanderos no intercambian su experiencia, por lo que trabaja con medicina tradicional.
- Dos dijeron que "No nos relacionamos muy bien con los curanderos, por que ellos cobran la consulta".
- Uno manifestó que "Los curanderos muy poco apoyan en lo que es salud, por cobrar hasta 500.00 por la cura y además se tiene que llevar al enfermo hasta su casa, mientras que el líder y la partera no cobramos, hasta horas de la noche visitamos enfermos si nos busca pidiendo ayuda.
- Otro mencionó que "Hay intercambio de experiencias".

28. Cómo considera Usted que es el orden de valoración que le da la gente a las distintas personas que atienden a los enfermos?

- Respuestas obtenidas:

- Nueve respuestas refieren que "Los habitantes de la comunidad acuden más al líder, en caso de heridas el líder sabe hacer sutura, si no resuelve lo mandan al enfermo al centro de salud.
- Cinco señalan que "Casi son iguales por que tienen capacidad en atender a las gentes de igual forma según su capacidad".
- Cinco mencionan que "El líder tiene capacidad por que han tenido capacitaciones, pero el curandero también por que ellos examinan al enfermo según su capacidad".
- Cinco dijeron que "Los curanderos, porque tiene mas dominio de su tratamiento casero, y es lo que mas hay en la comunidad, y los Sukias hacen bien su trabajo y tienen mucha capacidad para resolver problemas".
- Tres informan que "Se considera que son buenos por que ayudan bastante tanto como el líder, parteras y curanderos dependiendo su alcance de capacidad".
- Otros expresaron que -"Por lo menos en mi comunidad van donde el líder y después donde el Curandero".
- "Buscan a un centro de salud, después si no le llegan, entonces buscan a los curanderos, que en verdad se relacionan más con la comunidad, es decir con la gente".
- "A las Auxiliares, parteras (trabajan fuerte, atención al parto)".
- "Después del curandero, se busca al médico. El médico queda en último lugar porque no tiene acceso rápido para consultar ya que hay que viajar hasta el centro de salud".

8. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

8.1. Acerca del Sistema explicativo de la vida y la muerte.

- Sobre qué es la vida:

Con respecto a los resultados antes descritos, pueden apreciarse diversas percepciones acerca del origen de la vida: natural (desde que una mujer queda embarazada. Todo lo que nos rodea tiene vida) y sobrenatural (Es el ser que Dios nos dio..).

A esto conviene agregarle que salvo algunas expresiones veladas, la mayoría refiere que la vida es finita (Es vivir solo una vez), los que pudieran haber expresado otra forma de vida más allá de la muerte y manifestaron que "la vida es un espíritu de Dios".

No obstante, aunque no queda totalmente descrito por las respuestas, puede inferirse que en sentido amplio, para los Mayangnas, la vida la constituye todos los elementos que nos rodean (Todo lo que está alrededor de nosotros, que se mueven, tiene vida), es algo más que la vida de las personas y los animales. Se trata pues de una visión cosmogónica donde la esencia del "ser", de existir, adquiere dimensiones universales.

Otro tópico es que revela el aspecto funcional de vivir (nacer, respirar, trabajar, etc).

También se puede observar otro elemento referido a la vida como un bien o un valor en si misma (Es algo importante, hay que cuidarla).

En cuanto al aspecto de Percepción vital, se manifiestan dos tópicos, uno referido al bienestar casi próximo al de salud (sentirse bien, gozar de todo lo que existe en la tierra), otro con respecto a la obligación de sobrevivir (sobrevivir a pesar de nuestra pobreza, o seguir luchando hasta que Dios lo llame).

Un último elemento interesante que aparece en las respuestas es el concepto de vida como un derecho, que debe ejercerse para que adquiera sentido y realidad definida.

- Acerca de cuál es el origen de la vida:

Para la mayoría de los entrevistados la vida tiene un origen divino, sobrenatural (Dios es el creador), sin embargo se nota en dos de las respuestas que en la Teogonía de los

Mayangnas deben haber existido dioses tutelares a quienes se les atribuía el origen de la vida, antes de la llegada de los Moravos a Musawás, en 1920 cuando fueron cristianizados. "La vida viene de nuestros antepasados, de los ritos antiguos".

Un tópico interesante y llamativo es de tipo mágico-religioso, que se deriva de la expresión vida y su relación con los ancestros, o los Sukias. (Antes los abuelos no sabían donde está el Dios, no sabían nada. Ellos tenían al Sukia, al Mago, era el responsable de la vida. Para la comunidad Mayangna era como un Dios).

También integra una visión de red ancestral y socionatural cuando las frases quedan como un eco y expresan que el origen de la vida se debe a la misma comunidad y a la familia, parece establecerse un hilo conductor de pasado a futuro con respecto a los individuos que forman el pueblo mayangna (ontogénesis y filogénesis).

Otro elemento que resalta en las respuestas es una especie de queja, un "dejo" medio lastimero frente a la calamidad y al abandono, a la vez que salta el orgullo Mayangna cuando señalan que con "el poder sobrevivimos como pobreza mantenemos", lo cual deja entrever signos y evidencias de la identidad étnica mayangna.

- Sobre para qué vivimos las personas?

Las respuestas pueden interpretarse en dos bloques,

- a) la vida es una energía que sirve para producir y reproducir la especie, y
- b) es producto de un equilibrio y la armonía con la comunidad, el medio y para eso estamos dotados de conciencia (cinco sentidos afirman).

En el primer bloque adquiere sentido "trabajar para sobrevivir", procrear hijos, sembrar y cosechar. O sea todo el proceso de producción social de la vida.

En el segundo bloque se puede apreciar que se plantean "no dañar a nuestra sociedad, ayudar a nuestra humanidad". Pero donde la conciencia refleja una adhesión total al sentido pleno de vivir, es cuando uno afirma, "hay que pasar la vida algo orgulloso". Esto se asocia al concepto de trabajo y de conservación de la naturaleza, la tierra, para mejorar las condiciones de la familia y de la comunidad".

- Acerca de qué es la muerte.

De nuevo en las respuestas dadas por los entrevistados existen puntos de vista opuestos y en cierta medida complementarios:

Por un lado algunos manifiestan que "la vida es una sola", lo que revela el sentido de finitud de la vida. Pero otros llegan a expresar que la muerte es una forma de trascender la vida, es una continuación de la vida de otro modo, es decir que la muerte y la vida son una sola.

Este planteamiento de la muerte como camino a otra forma de vida se manifiesta con la idea de que "el espíritu regresa al cielo", lo cual expresa un sentido de eternidad a la vida y la muerte es solo una manera de continuidad. Otra forma de continuidad se produce a través de la reproducción de la especie, "pero quedan los muchachos y de ahí la cultura Mayangna, y ésta existe".

También es importante el concepto de vida y muerte como unidad articulada, una se afirma y se niega en la otra de forma inexorable e inevitable. "La muerte es un destino porque siempre venimos muriendo cada humano".

En las respuestas también afloran los sentimientos y los grados de afectación emocional que produce un deceso, "es algo triste, es algo no deseado por ningún humano".

Y como último elemento para los que plantean la vida en el más allá, la culminación de la vida que es la muerte, deriva en premio y castigo, según sea el mérito o demérito de cada uno.

- Sobre cuándo realmente es que morimos:

La percepción del estado de deceso es apreciada a través de la pérdida de funciones que normalmente realiza un ser humano vivo y de signos vitales indicativos de que el organismo sigue alentado (dejar de hablar, deja de latir el corazón, no hay movimiento, etc.)

Parece existir bastante aceptación entre los Mayangnas que la muerte en tanto "destino", no le es permitido al ser humano conocer con exactitud el día, fecha y hora de su muerte. Ocurre, en muchas ocasiones de forma repentina. Esta concepción de la muerte está asociada a la idea de que Dios nos da la vida y él nos la quita.

Otro elemento esencial que se encuentra en estas respuestas es lo que se refiere al desencadenante o factores causales para provocar la muerte: las enfermedades, los accidentes, la violencia social y de forma natural.

Por otra parte también parece sonar como un clamor un sentimiento agónico, desesperado, en la frase que expresa, "vivimos muriendo por falta de mantenimiento en nuestra familia y en cada una de las personas". Esta falta de mantenimiento pudiera expresar no sólo lo irredimible que es la muerte, sino la sensación de impotencia aprendida producto del desgaste de la dominación étnica y abandono social, a que han sido sometidos los mayangnas durante siglos.

8.2. Acerca del proceso Salud y enfermedad.

- Sobre qué es la salud:

La salud aparece como un concepto asociada a la vida. Sin vida no hay salud, sin salud no hay vida. Algunos de los entrevistados manifestaron que el aparente estado de Salud en las personas tiene expresiones como "estar alegre, tanto mental, social y tener dinero".

También manifiestan que la Salud es algo que poseemos, pero que es necesario cuidar: "el cuerpo, la personalidad, el ambiente sano y limpio". Este enfoque refleja una concepción preventivista positiva.

Un elemento que revela a la Salud desde una perspectiva funcional es cuando refieren que se expresa como "energía para trabajar, comer, predicar la palabra de Dios.

El aspecto perceptivo de la Salud lo reflejan en las siguientes expresiones: "es sentirse bien. Este elemento está asociado al concepto de Salud como ausencia de enfermedad o malestar y ausencia de dolencias, libre de enfermedades.

Todos estos elementos coinciden con las diferentes maneras de percibir y entender la salud de parte de una población determinada.

- Acerca de cómo se sabe que una persona está sana:

Las manifestaciones de estar sano también están asociadas al elemento perceptivo y funcional, aunque aquí aparecen en las respuestas el componente físico (Se mira a la persona de muy buena apariencia su cuerpo), sin embargo algunas lo asocian con estar "gordo" contrario de flaco, es sonriente contrario de triste, tiene buen color. En fin se trata de un conjunto de signos que reflejan que la persona está sano.

También es ausencia de enfermedad (no presenta ningún síntoma de enfermedad, no hay dolor ni malestar) en tanto la persona no se queja y tiene mucha energía.

El componente psicológico se manifiesta cuando expresan "se mantiene alegre, cantando, con ánimos de realizar sus actividades y convive en armonía con su familia".

La relación con el medio resalta un enfoque bastante integral, incluye la relación con los demás congéneres, la familia, la comunidad y la naturaleza.

- Sobre qué es la enfermedad:

En el contenido de las respuestas se puede apreciar que existen diferentes maneras de entender la enfermedad:

- a) La primera se refiere a que es un "mal" o una "cosa mala", lo cual hace suponer que se refleja una concepción de la enfermedad como maleficio o provocada por efectos de brujería.
- b) La enfermedad es entendida también como un fenómeno que "nos da a cada uno", es decir refleja el sentido de universalidad de la enfermedad, pero también asociada a la destrucción del organismo, lo cual la asocia con la muerte, "si no nos atendemos a tiempo nos morimos"

La enfermedad la asocian con signos y síntomas, malestares del cuerpo y dolencias. Sin embargo algunos informantes expresan también algunas denominaciones como entidades nosológicas específicas: diarrea, malaria, etc.

También mencionan que las causas de enfermedad pueden ser del orden natural: " la enfermedad es producida por un virus, por el ambiente, por parásitos, etc). O lo que refleja el lugar o sitio donde se localiza la enfermedad: "Este mal puede ser en la sangre, estómago o en el cuerpo".

Las causas de orden sobrenatural aparecen reflejadas cuando se refieren a entidades inespecíficas de enfermedad, de índole supersticioso o de creencia (La enfermedad es una mal, es una cosa mal, "cochinadas", denominada por ellos como Di Kutna)

Desde una noción eminentemente perceptiva también mencionan los efectos que produce la enfermedad:

- Percepción individual (Algo que no deseamos, es sentirse anormal, triste).

- Pérdida de capacidad de funcionar (No quiere hacer nada, no puede hacer nada).
- Conocimiento de la enfermedad, la etiología para su diagnóstico (Con cada síntoma que siente se puede saber que enfermedad es la que tiene).
- Universalidad de la enfermedad (Le da a todos, a niños y a adultos).
- Y valoración objetiva de la enfermedad.
- Acerca de las causas de que una persona se enferme:

Algunos de los factores mencionados como causantes y condicionantes del proceso de enfermar de las personas son los siguientes:

- Se puede deber en primer lugar al descuido o exceso de las personas. También a la falta de cuidados de los niños por parte de la madre o al abandono de las condiciones de higiene de la comunidad.
- Otro elemento importante se refiere a que la falta de alimentación puede ser causa de enfermar, lo cual provoca debilidad en la persona.
- Otro aspecto que resalta de manera especial es el que se refiere al orden de lo psicológico: somos muy débiles como personas", lo cual está asociado a elementos de "dificultades de pobreza, falta de recursos económicos, problemas familiares y mucho trabajo".
- También se puede apreciar que algunos relacionan que se enferman debido a la falta de mecanismos de prevención, como no hervir el agua, no clorarla, no usar letrinas, etc.
- Sobre cómo se sabe que una persona está enferma:

El saber popular y tradicional de salud y enfermedad se identifica en estas respuestas, con respecto a:

- La visibilidad y reconocibilidad de los signos y síntomas de la enfermedad.
- El grado de tolerancia al dolor y a los malestares.
- Por la apariencia no sólo física si no psíquica (estado de ánimo) de las personas.

- Por los problemas y capacidad de funcionar normalmente de las personas.
- Y por último, cuando las personas demandan asistencia de parte del curandero y/o del médico.

8.3. Tipos de demanda de atención de salud y prácticas curativas.

- A quién acuden en busca de curación:

Aunque en la mayoría de las respuestas se expresa que no es lo mismo que se enferme un niño que un adulto, los elementos que reflejan la diferencia con respecto a la enfermedad, es más bien de tipo comunicacional y de resistencia (anticuerpos).

Puede observarse que en algunos casos se menciona que la enfermedad no hace diferencias por asuntos de edades, lo cual supone un concepto de universalidad de la enfermedad. Pero como también sabemos si existe diferencia, en cuanto a que existen determinados tipos de patologías de acuerdo con los tipos de edades.

Además las respuestas reflejan expresiones que revelan un profundo sentido de la cultura la estoica, "saber soportar el dolor". Esto se debe al sincretismo desarrollado por los mayangnas, a partir de la cristianización y la conservación de antiguas creencias, ideas y conocimientos acerca de la enfermedad.

- Sobre los tipos de problemas por los que acude la gente:

Existe una cierta ambigüedad en cuanto al orden de prioridad para demandar asistencia a un determinado tipo de agente de salud. En algunos casos se refiere que primero se acude al curandero y a la partera, y en otros al líder o promotor de salud o auxiliares y médicos.

Parece ser que en realidad opera un sistema pragmático simbólico, que está estructurado a partir del sistema explicativo (Di basta y Di Kutna, o medicina oficial) de la salud y la enfermedad, y la demanda de asistencia ocurre en primera instancia con el agente de salud, que represente un alto grado de eficacia, en dependencia de la explicación de la enfermedad que tiene cada una de las personas. Esto se observa en la respuesta que manifiesta: "En dependencia de los recursos que hay en la comunidad".

8.4. Acerca de las prácticas de curación Mayangna.

- Tipo de sustancias o medicina que utilizan:

Entre los primeros tres motivos de consulta expresado por los entrevistados, puede observarse que predominan las EDA, las IRA y la Malaria.

Si se observan la declaración de motivos de consulta, estas coinciden con las diez principales causas de morbilidad de la población Mayangna, las cuales también son semejantes a las de la población mestiza del municipio y de la zona urbana.

Otro aspecto que se deja apreciar en el segundo bloque de respuestas obtenidas, es que los motivos que activan a que la gente busque algún tipo de atención, se debe principalmente a los diversos signos y síntomas, que en su mayoría representan la alerta de las patologías antes mencionadas.

La pregunta y las respuestas no permiten identificar el grado de oportunidad con que actúan frente a cada uno de los problemas de salud (morbilidad) mencionada.

- Suministro de sustancias o de donde se obtienen:

De acuerdo con las respuestas los tipos de sustancias o medicina natural que emplean en su mayoría pertenecen al campo de la etnobotánica, como son: raíces, tallos, semillas, hojas, hierbas, flores, cáscaras. suelen ser más utilizadas las partes de las plantas que la planta entera, aunque se menciona que también se utilizan de ese modo.

Cada una de las plantas o sus partes se utiliza para cada tipo de enfermedad de forma diferenciada. Aunque no se mencionan otros elementos se sabe que emplean también minerales, agua de río o criques, sustancias algunas partes de ciertos animales.

Los tipos de sustancias y plantas medicinales que emplean han sido comprobada su eficacia, a lo largo del tiempo. Pero lo que determina la capacidad curativa de las mismas es que estén dentro de las prácticas del Di basta, o sea que tienen una eficacia demostrada con respecto a las enfermedades causadas por el Di Kutna: ("Se cortan con oraciones, si no funciona". "Si una enfermedad es grave y se cree que es maleficio se cura sólo con Di basta y plantas medicinales").

Algunos nombres de plantas y árboles mencionados son: guapinol, cocolmea, zacate de limón, achiote, Pukmica, Shim shim, cocotero, jocote, pico de pájaro, naranjo, guayaba, guárumo, albahaca y cilantro.

Las formas de utilización y de preparación combina lo mágico religioso y el proceso de machacar, cocer o cruda. Lo importante es la forma de empleo que varía según sea el tipo de enfermedad.

- Acerca de la capacidad curativa de las personas que atienden a los enfermos:

Casi para todos los casos las plantas medicinales las obtienen del campo o de las montañas, que sólo el curandero conoce. También algunas se encuentran en los patios de las casas y en huertos comunales.

8.5. Acerca del proceso de recuperación de la salud.

- Sobre a qué se debe que unas personas se curen y otras no:

Puede apreciarse en las respuestas obtenidas que existe una combinación de recursos y elementos que actúan como capacidad curativa de los que atienden a los enfermos, por una parte están los agentes tradicionales (curanderos, parteras, otro), los agentes comunitarios (promotores, auxiliares) y el médico. Por otra parte actúan o intervienen el paciente y la fe o confianza en el agente de salud, además de los conocimientos y prácticas empleadas, tanto para el diagnóstico como en el tratamiento de la enfermedad. Este último aspecto juega un rol relevante los medicamentos y sustancias o plantas medicinales que se utilicen.

Los agentes tradicionales tienen capacidad curativa porque aprenden la Medicina Tradicional (Di basta) de sus padres y abuelos que se lo heredan. Este conocimiento mágico-empírico se encuentra sistematizado y comprobado por la experiencia.

Los agentes comunitarios, auxiliares y el médico mediante la formación y la capacitación científica.

Son claros en afirmar que si no se sabe con exactitud qué enfermedad tiene la persona, no se le puede curar.

Otros elementos esenciales que intervienen de manera decisiva tanto en la capacidad como en el acto curativo es la fe del enfermo, por lo cual el curandero y la partera rezan, cantan oraciones. Aún a las mismas plantas medicinales u otras sustancias no sólo las preparan sino que las someten a un ritual de tipo religioso, para que surta el efecto curativo deseado.

- Sobre el poder curativo y las sustancias que emplean para curar:

Aparecen dos tipos de explicaciones acerca de del acto curativo y la recuperación de la salud:

- a) Si es por "mal", que se puede interpretar como maleficio o brujería, el enfermo puede morir pronto, si no se atiende con el Di basta lan o el sukia.

Este tipo de explicación corresponde al sistema cognitivo médico indígena, que define como una de las cinco causas de enfermar el maleficio o la brujería.

- b) En la clasificación sincrética que ahora utilizan de forma pragmática, mencionan algunas enfermedades como la malaria o la tuberculosis, que sólo el médico del sistema oficial, tiene el conocimiento para poder curarlo.

- c) En cualquiera de los casos parece ser que la fe o en lo que creen desempeña un papel esencial, en el proceso curativo, lo cual es congruente con el alto componente psicológico que hace parte de la etiología de la enfermedad.

- Los mayangnas de acuerdo con las respuestas obtenidas poseen un sistema explicativo mágico religioso y empírico, que se expresa en un sistema de creencias estructuradas en el Di Basta y el Di Kutna. Esta relación de unidad refleja dos poderes:

- a) "El poder curativo es de dios", es curativo y de conservación de la salud, y los curanderos son como intermediarios: "curan por medio de oraciones que sólo ellos entienden".

- b) Y el del mal que enferma y causa la muerte.

La fe y las creencias juegan un papel esencial en la recuperación de la salud, que depende del "compuesto que hacen los curanderos, en la forma en que lo obtienen y como lo administran". Para eso emplean cantos, rezos, soban y rocían al enfermo con la cocción de las hierbas. Si es grave debe emplear la "madre de las hierbas", cura todo.

8.5. Interrelación con los servicios institucionales de salud.

- Sobre los tipos de servicios que oferta el MINSA:

Las respuestas reflejan que el contacto de los servicios del MINSA con la población de las comunidades Mayangnas es bastante limitado, refieren básicamente lo siguiente:

- La atención de parte del equipo de salud de las brigada médica móvil, que es eventual.
- La atención de parte de los auxiliares de tres puestos de salud rurales.
- La capacitación que imparten a los líderes de salud y a las parteras, y los medicamentos que se les entregan a estos agentes.
- El apoyo que brindan en jornadas de salud (vacunas), y para construir letrinas.
- Cuando acuden al centro de salud y al hospital de Bonanza.
- Acerca de la diferencia en la atención de salud tradicional o institucional:

Una diferencia importante señalada refleja las creencia y el grado de eficacia atribuible tanto a la atención como al tipo de medicamento que se emplea y quien lo prepara y quien lo entrega. Existe una relación directa de confianza con el curandero (podemos platicarle) y él mismo prepara las sustancias con las hierbas y se las entrega al paciente.

Distinto a lo que ocurre con el médico del MINSA que entrega un papel (receta) y es en la farmacia que otra persona entrega las pastillas. Parece ser que esta distancia creada en los servicios de salud, tiende a disminuir la fe y la creencia de la capacidad curativa del médico institucional y de los medicamentos que emplea, salvo para algún tipo de enfermedad que antes ellos desconocían y los curanderos tampoco la tratan ni la curan, como la tuberculosis.

Si bien es cierto que estas diferencias señaladas son importantes, porque tienen su raíz tanto en el enfoque humanista y en el sistema de creencias de los mayangnas, pero producto de la interacción con el sistema oficial y la pobreza, aparece también como relevante la diferencia en cuanto al aspecto económico y de accesibilidad.

No obstante puede también apreciarse la opinión bastante generalizada que los dos modelos de atención (institucional y Tradicional) son necesarios y se complementan.

Los entrevistados consideran que el personal y los recursos técnicos del MINSA están mejor preparados y cuentan con más capacidad técnica, no obstante también unos señalan que al curandero le tienen más confianza y es más atento que el personal del MINSA.

- Sobre cómo se relacionan los agentes comunitarios con el personal de salud:

La relación entre los diferentes agentes comunitarios, el personal de salud y con agentes de la medicina Tradicional, se plantea en los siguientes términos:

- a) El curandero mantiene un fuerte grado de reserva en la relación con los líderes y parteras, aunque existe algún vínculo de vecindad, más que de tipo "profesional". Parece ser que el grado de reserva es mayor con el personal de salud, especialmente en lo que respecta a dar a conocer sus conocimientos y sus prácticas.
- b) La relación entre el personal de salud y los agentes comunitarios es bastante buena y existe aceptación mutua, debido a las dependencias creadas entre ambos, para el desarrollo del trabajo comunitario. Está en dependencia de la comunicación y coordinación anticipada.
- c) La relación entre los agentes comunitarios, líderes y parteras y otros agentes de la comunidad como los síndicos parece ser buena, aunque a veces cada uno anda (trabaja) en lo suyo.

- Acercas de la participación de los agentes tradicionales y la relación con los que capacita el MINSA:

Entre las respuestas obtenidas en la pregunta anterior y esta apenas existe un mínimo matiz que las distingue, pero puede afirmarse que: los agentes tradicionales funcionan dentro de la red de la medicina indígena y tradicional mayangna. Los curanderos se relacionan muy poco con los agentes de salud capacitados por el MINSA. Estos agentes (líderes y parteras) tienen buena coordinación con el personal de salud de los puestos y de la brigada, pero depende fundamentalmente de los avisos y la anticipación con que se envían a las comunidades de parte del personal de salud.

- Sobre el orden de valoración de la gente en la busca de atención con los diferentes agentes de salud:

El elemento determinante en la búsqueda del recurso curativo, depende de la creencia acerca del grado de capacidad que el agente tiene para curar el tipo de enfermedad que el enfermo padece.

Las capacidades de los agentes dependen de: a) las capacitaciones recibidas de parte de los líderes y parteras,

y b) del dominio y experiencia demostrada por el curandero, que en muchos casos deviene de un proceso de iniciación. Dentro de esta categoría funcionan y recurren al sukia.

A las parteras y a las auxiliares las buscan especialmente para la atención a la mujer y en particular la atención del parto.

Al último recurso que acuden los mayangnas es al médico, y sólo sucede cuando el enfermo no ha encontrado respuesta a la enfermedad dentro del universo de oportunidades y posibilidades existentes en la comunidad.

9. CONCLUSIONES.

- 9.1. El sistema cognitivo cultural y tradicional Mayangna, establece una relación estrecha entre la concepción del origen de la vida y la muerte, con el proceso de salud y enfermedad. La explicación se basa en dos orígenes que expresan cierto sincretismo religioso: el origen de la vida que deviene de los ancestros y los ritos antiguos y la vida como don dado por Dios. Esto permite establecer dos tipos de explicación tanto para la salud y la enfermedad, ambas se relacionan de manera estrecha. La salud afirma la vida y la enfermedad es el inicio de la muerte.
- 9.2. El proceso de demanda de atención se origina en el acto de sentirse o saberse enfermo, en dependencia del tipo de enfermedad o daño que se padezca. Esto es explicado por la relación entre el Di Kutna (Poder del mal) y el Di Basta (Medicina Tradicional). Los padecimientos provocados por Di Kutna sólo el Sukia o el Di basta los pueden curar. Todavía existen prácticas ancestrales Mayangnas de atención y curación de la enfermedad, que se basan en principios de relación universal entre el ambiente, la persona, los elementos mágicos y religiosos, y los agentes tradicionales.
- 9.3. De acuerdo con los resultados obtenidos puede afirmarse que coexisten y se interrelacionan el Modelo Institucional de Salud con el Modelo cultural y tradicional de salud Mayangna. Ambos modelos poseen su propia esfera de capacidad de poder curativo. Algunas enfermedades sólo pueden tratarse con Di Basta, otras sólo con Medicina del MINSA, en palabras de los entrevistados. La interrelación es causada por un sentido pragmático de los Mayangnas. En cuanto a la relación entre los agentes de salud del MINSA con personal de las comunidades mayangnas formados por el MINSA, la relación es positiva, pero influencia una nueva concepción sincrética, sin embargo los agentes tradicionales Mayangnas, casi no se relacionan con el personal de salud ni con los agentes comunitarios que trabajan en coordinación con el MINSA.

9.4. Conclusión general:

Los elementos que configuran el Modelo cultural y tradicional Mayangna son los siguientes:

- Di Basta literalmente significa Medicina Tradicional. Di Basta es el opuesto (dicotomía) del Di Kutna. Di Basta no sólo expresa pues el conocimiento, la técnica y las prácticas de curación o de recuperación de la enfermedad, también integra un componente mágico empírico y religioso. El Di Basta fue creado por el Sukia Adchebul y está asociado a la conservación de la vida del pueblo Mayangna.
- Di kutna es la capacidad para crear y provocar un mal, un daño y enfermar de muerte a una población de una comunidad entera. El Di Kutna es provocado por la voluntad y el poder de un sukia y no se puede enfrentar de cualquier manera, sólo otro Sukia de la comunidad afectada, puede devolver el Di Kutna, transferirlo, trasladarlo con ritos de Di Basta. Y en ningún caso el Di Kutna se destruye. El Di Kutna existe.

Como puede observarse se trata de la dicotomía entre el bien y el mal, uno cura y salva y el otro causa un mal, una "cosa mala", de los demonios. Esta explicación permite entender que Di basta y Di kutna son componentes esenciales del sistema cognitivo no sólo médico de las comunidades Mayangnas, sino que también representan la explicación de este Modelo cultural y tradicional de Atención de Salud Mayangna,

- Las prácticas de prevención y curación no integra sólo elementos curativos del orden de lo natural (plantas, sustancias, etc), si no también aspectos curativos que operan desde el orden sobrenatural, de tipo mágico religioso (oraciones, rituales, etc). Una probable explicación agregada a lo anterior es que quizá se trate sólo de la relación entre lo físico y lo psíquico.
- Los agentes tradicionales (Sukia, Di basta lan, Muniyhin) funcionan y existen al margen de la relación con los servicios institucionales del MINSA.

10. RECOMENDACIONES:

- 10.1. Elaborar un proyecto de intervención experimental que permita implantar de forma participativa con los pobladores Mayangnas, un Modelo Autónomo de Salud que posibilite una mejora en la atención de salud institucional y sirva de Piloto para su posterior extensión con otros pueblos étnicos tanto de la RAAN como de la RAAS.
- 10.2. Este estudio aporta algunas pistas metodológicas al conocimiento del Modelo cultural y tradicional Mayangna, se propone que otros estudios profundicen en áreas o componentes específicos del mismo, y no en la totalidad como en este caso.
- 10.3. Difundir entre la población joven mayangna como en las Regiones Autónomas y resto del país, tanto el Informe final de este trabajo de Tesis, tanto para su discusión y obtener nuevos aportes al mismo.
- 10.4. Reelaborar el Informe final en un texto popular, que sirva de lectura tanto entre el pueblo étnico Mayangna, como entre otras etnias, universidades y pueblo de Nicaragua en general.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Campbel Francisco, Historia de la Costa Caribe de Nicaragua, en Informe-memoria de Taller sobre Autonomía, Rosita, RAAN, Abril, 1997. pp. 8.
2. Freire Paulo; en Introducción a la Investigación Cualitativa, en Latorre Beltrán, Antonio; Dossier del Módulo de Metodología de la Investigación Acción Participativa. IAP, CIES, 1997.
3. Centro Humboldt, Estadísticas básicas de Bonanza, Recopilación de datos del Centro Humboldt, Folleto fotocopiado; Bonanza, 1998.
4. MINSA-Bonanza-ÖED, Proyecto Integral de Salud (PIS), Documento de trabajo del Area de Salud de Bonanza, Julio de 1995.
5. MINSA-Bonanza- ÖED; Informe de Evaluación del Proyecto Integral de Salud, Bonanza, Noviembre de 1996.
6. Barret Bruce; Cultura y Salud en comunidades étnicas de la RAAS; en WANI, N° 15, marzo de 1994, Managua, 1994.
7. La torre Beltrán, Antonio; Introducción a la Investigación Cualitativa; dossier del Módulo de Metodología de la Investigación Acción Participativa. IAP, CIES, 1997.
8. URACCAN; El Modelo de Salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte; Imprimatur Artes Gráficas, URACCAN; pp: 10-18; 1998.
9. Campbel, Francisco, idem.
10. Centro Humboldt, idem.
11. MINSA-Bonanza; Análisis de Situación de Salud del municipio de Bonanza, 1996-1997 y 1997-1998; Documento oficial del MINSA-Bonanza, 197-1998.
12. URACCAN; idem.
13. URACCAN; Op.cit.
14. Ute, Fey y Sindel, Martina; Plantas medicinales de los Sumos (Imprenta UCA, 1993)
15. MINSA, Bonanza; Plan de Salud de Bonanza, 1997-1998.

16. ÖED (Agencia Austriaca para el Desarrollo; Informe y Evaluación del proyecto PIS-BO, de 1996, 1997 y 1998.
17. ISNAYA; Medicina Tradicional y plantas medicinales; Centro Nacional de Medicina Tradicional de Estelí, Estelí, 1997.
18. CECALLI, Plantas medicinales y sus principios activos para curar las mordeduras de serpientes", Estelí, 1997.
19. Ute, Fey y Sindel, Martina; op. cit.
20. Rivers H. William; Medicine, Magic and Religion; citado por Jesús de Miguel en Introducción a la Antropología Médica; Dossier de Antropología de la Salud,
21. Ute, Fey y Sindel, Martina; Idem.
22. Clemens, Forrest, Primitive concepts of disease; en Jesús de Miguel, op. cit.
23. Kottak, Conrad Phillip; Antropología, 1997.
24. De Miguel, Jesús; Introducción a la Antropología Médica; en Unidad I, Dossier de Antropología de la Salud, CIES/UNAN- 1998.
25. Kottak, op. cit.
26. De Miguel, Jesús; Idem.
27. Campbel, Francisco, idem.
28. MARENA; Informe del estudio "Condiciones ambientales y de vida de los Mayangnas en la Reserva de BOSAWAS, Folleto publicado por MARENA, Managua, 1996.
29. ÖED (Agencia Austriaca para el Desarrollo); Informe de Evaluación Externa del proyecto Integral de Salud de Bonanza, Agosto de 1995 a Nov de 1996. ÖED, Managua, 1996.
30. Madriz C; Investigación participativa, ... UNICEF; Managua, 1989
31. Piura López, Julio; Consideraciones generales para la implementación de una Investigación Acción Participativa, CIES, Managua, 1993-1994.
32. Arnal, Justo, Metodología de la Investigación. Labor. Barcelona, 1995.

ANEXOS

A N E X O S

1. Cuestionario abierto para entrevista.
2. Guía temática de discusión Grupo focal.
3. Tablas de análisis para interpretación.
4. Listado de Informantes claves de grupo focal y de entrevistas.
5. Mapas de Bonanza y región de los Mayangnas.

ANEXO N° 1.
INVESTIGACION: MODELO CULTURAL TRADICIONAL
DE SALUD MAYANGNA

CUESTIONARIO N° 1.

I. DATOS GENERALES.

1. Tipo de agente comunitario: a) Líder de Salud_____,
b) Líder comunal:_____, c) partera:_____,
brigadista:_____, Otro tipo de agente:_____.
2. Edad:_____
3. Sexo: a) M:_____ F:_____
4. Comunidad donde nació:_____
5. Años de vivir en la comunidad donde radica
ahora:_____.

II: DESARROLLO DE LA ENTREVISTA:

- 2.1. Componentes del Sistema Explicativo del proceso Salud y
Enfermedad:
6. Qué cree Usted que es la vida?
- 7.Cuál piensa Usted que es el origen de la vida?
8. Para qué Cree Usted que vivimos las personas?
9. Qué Piensa Usted que es la muerte?
10. Cuándo realmente es que morimos?
11. Qué cree Usted que es la Salud?

12. Cómo se sabe que una persona está sano?

13. Qué cree Usted que es la enfermedad?

2.2. Demanda de Atención de Salud y prácticas curativas:

2.2.1. Causas de enfermedad.

14. A qué se debe que una persona se enferme?

15. Cómo se sabe que una persona está enferma?

16. Es lo mismo si se enferma un niño o un adulto?

a) Si _____ b) No: _____. Por qué ?

(2.2.3. Tipos de demanda de atención de salud).

17. Si una persona se enferma a quien acuden primero en busca de atención?

18. Conoce usted por qué tipo de problemas de salud acude la gente para que las curen?

2.2.4. Prácticas de curación aplicada a los pobladores Mayangnas.

19. Qué tipo de sustancias o medicina natural se utilizan para curar la enfermedad?

20. Sabe Usted quien suministra o de dónde se obtienen esas sustancias curativas?

21. A qué cree Usted que se debe la capacidad curativa de las personas que atienden a los que se enferman?

(2.2.5. Recuperación de la salud).

22. A qué cree Usted que se debe que unas personas se curen y otras no ?

23. A que se debe el poder curativo de las sustancias que ayudan a curar a los enfermos?

2.3. Interrelación de Servicios institucionales y el Modelo de cultural de Salud Mayangna.

(2.3.1. Tipos de servicios institucionales del MINSA)

24. Qué tipo de servicios de Salud del MINSA conoce Usted que se le brinda a la población ?

25. Piensa Usted que es igual el tipo de atención tradicional y la que brindan el personal del MINSA?

a) Si: _____, b) No: _____ Por qué?

26. Cómo se relacionan los líderes y parteras con el personal del MINSA que visita la comunidad?

(2.3.2. Participación de agentes tradicionales de salud)

27. Sabe Usted cómo es la relación entre los curanderos, parteras y otros agentes tradicionales de salud?

28. Cómo considera Usted que es el orden de valoración que le da la gente a las distintas personas que atienden a los enfermos?

III. DATOS DE LA ENTREVISTA:

1. El grado de disposición del entrevistado: Alto:_____, b) medio:_____, bajo:_____.

2. Grado de completamiento de la entrevista: a) Total_____, b) Casi total:_____, c) Parcial:_____, d) Casi nada:_____.

3. Tiempo que duró la entrevista: a) 1.30 hora:_____, b) 1 hora:_____, c) 30 minutos:_____, y d) menos de 30 minutos:_____.

INVESTIGACION: MODELO CULTURAL TRADICIONAL
DE SALUD MAYANGNA

GUIA TEMATICA DE DISCUSION
CON LOS GRUPOS FOCALES.

1. Acerca del componente del Sistema Explicativo del proceso de Salud y Enfermedad:
 - 1.1. Concepción de la vida.
 - 1.2. Concepción de la muerte.
 - 1.3. Concepción de la Salud.
 - 1.4. Concepción de enfermedad.

2. Atención de Salud y Prácticas tradicionales de curación:

2.1. Causas de enfermedad.

2.2. Tipos de demanda de atención de salud.

2.3. Prácticas de curación aplicada a los pobladores Mayangnas.

2.4. Recuperación de la salud.

3. Interrelación de los Servicios institucionales y el Modelo cultural de salud:

3.1. Tipos de servicios institucionales del MINSA.

3.2. Participación de agentes tradicionales de salud.

3.3. Participación de agentes comunitarios de salud.

MINISTERIO DE SALUD
UNIDAD V BONANZA
SILAIS RAAN

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	COMUNIDAD	CARGO
01	Ronald Bucardo	Alal	Líder Salud
02	Reman Miguel	Alal	Líder Salud
03	Trino Luis	Musawas	Líder Salud
04	Cardenal Charle	Musawas	Líder Salud
05	Alfredo Smith	Kuabul	Líder Salud
06	Ignacio Celso	Suniwas	Líder Salud
07	Claudio Samuel	Suniwas	Líder Salud
08	Oniel Benitez	Mukuswas	Líder Salud
09	Melesio Melendéz	Mukuswas	Líder Salud
10	Pablo Meza	Albusna	Líder Salud
11	Conrado Robins	Sacaiwas	Líder Salud
12	Florian Samuel	Wilu	Líder Salud
13	Reynolds Devis	Winpulu	Líder Salud
14	Alejandro Jacobo	Pañawas	Líder Salud
15	Eusebio Taylor	Españolita	Líder Salud
16	Santos Jirón	Padriwas	Líder Salud
17	Gull Pedro	Sabawas	Líder Salud
18	Rolando Davis	Sacalwas	Sindico
19	Erasmo Taylor	Españolita	Sindico
20	Mario Miguel	Alal	Sindico
21	Coleman Felipe	Pañawas	Sindico
22	Nerio Simion	Musawas	Sindico
23	Juan Arcangel	Kibusna	Sindico

24	Eliseo Damasío	Mukuswas	Sindico
25	José Samuel	Wilu	Sindico
26	Morales Molina	Padriwas	Sindico
27	Matilde Jubith	Españolita	Partera
28	Audilia Dixón	Españolita	Partera
29	Yolaina Rufus	Sabawas	Partera
30	Luvina Benitez	Sabawas	Partera
31	Ermelayda Hernández	Alal	Partera
32	Secondina Dixón	Alal	Partera
33	Ruth Patrón	Musawas	Partera
34	Salome Charles	Musawas	Partera
35	Traypina Patrón	Musawas	Partera
36	Rosalia Taylor	Musawas	Partera
37	Maura Pantin	Kuabbil	Partera
38	Emetiria Erans	Kuabul	Partera
39	María Taylor	Kuabul	Partera
40	Delicia Castro	Sabawas	Partera
41	Edlyn Jacobo	Pañawas	Partera
42	Domilia Celso	Suniwas	Partera
43	Migerilda Erans	Winpulu	Partera
44	Luz M. Meza	Kibusna	Partera
45	Ritzaída Lino	Sacalwas	Partera
46	Dionicia Palacios	Wilu	Partera

ANALISIS MATRICIAL
TABLA N° 1

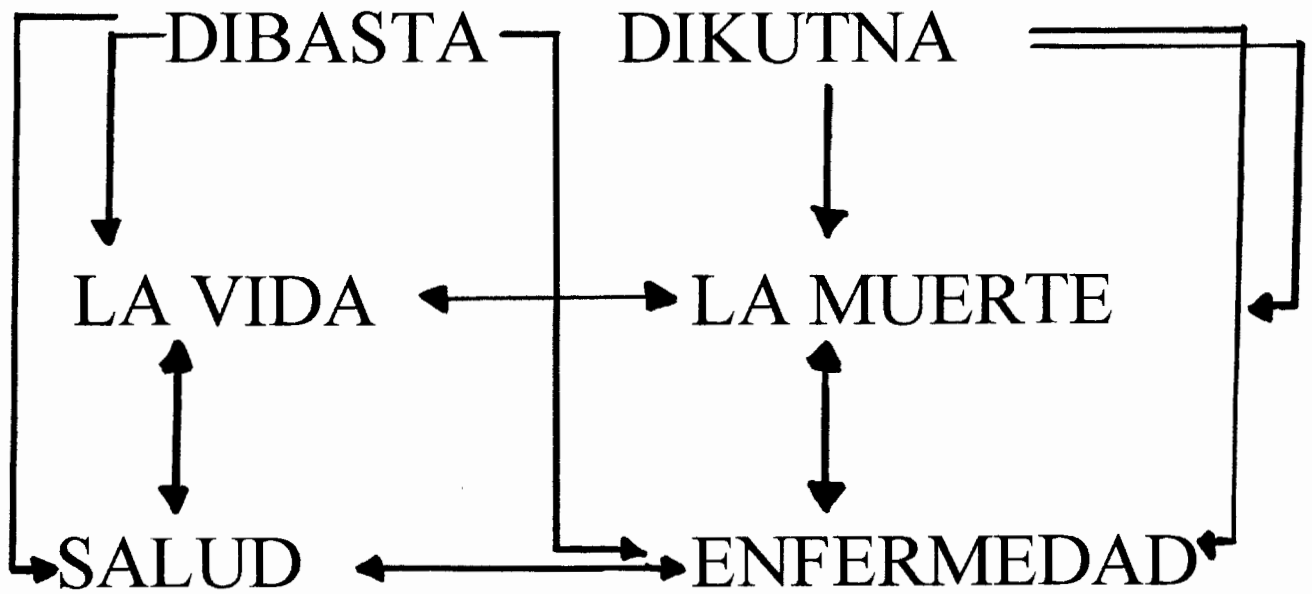
SISTEMA EXPLICATIVO DE VIDA Y LA MUERTE

COMPONENTE	LA VIDA	ORIGEN DE LA VIDA	PARA QUE VIVIMOS	LA MUERTE	ESTAR MUERTOS
1. Sistema Explicativo de la vida y la muerte	<p>a) Percepción natural: Es un bien Embarazo Ancestros Derecho</p> <p>b) Percepción Sobrenatural: Ritos antiguos Es el ser que Dios nos dió Es un don</p> <p>c) Visión Cosmogónica: Todo lo que nos rodea tiene vida.</p> <p>d) Hedanista: Gozar la vida Pasar orgulloso.</p>	<p>Divino Mágico-religioso</p> <p>Natural: Ancestros, los abuelos</p>	<p>Producir y reproducirnos.</p> <p>Pasar la vida algo orgulloso Con el poder sobrevivimos como pobreza mantenemos</p>	<p>Forma de continuidad de la vida.</p> <p>La muerte es un destino.</p> <p>Es algo triste.</p>	<p>Inmovilidad del cuerpo.</p> <p>Pérdida de signos vitales.</p> <p>Vivimos muriendo.</p>

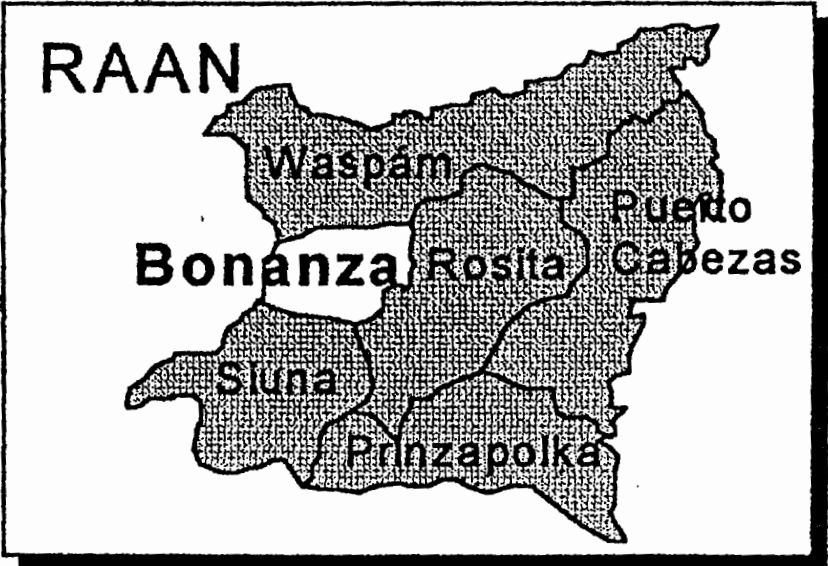
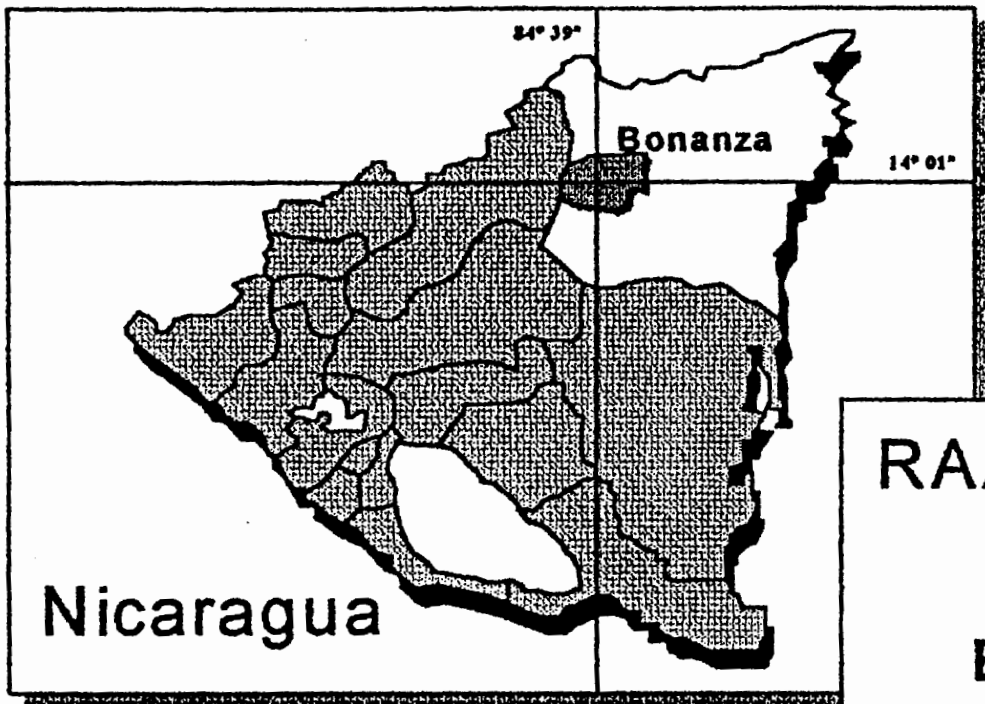
SISTEMA EXPLICATIVO DE SALUD/ENFERMEDAD

COMPONENTE	SALUD	ESTAR SANO	ENFERMEDAD	CAUSAS DE ENFERMAR	ESTAR ENFERMOS
2. Sistema Explicativo de la Salud y Enfermedad .	Sin vida no hay salud	Perceptivo:	"Es un mal", una cosa mala"	"Maleficio" Brujería	Sentirse mal
	Estar alegre	buena apariencia Sonriente...	Les da a todos	Producida por virus, por el ambiente, por parásitos	Dolor y malestares
	Energía para trabajar.	Funcional:	Presencia de signos y síntomas		No puede trabajar
	Ausencia de enfermedad	Puede trabajar...		Descuido...	

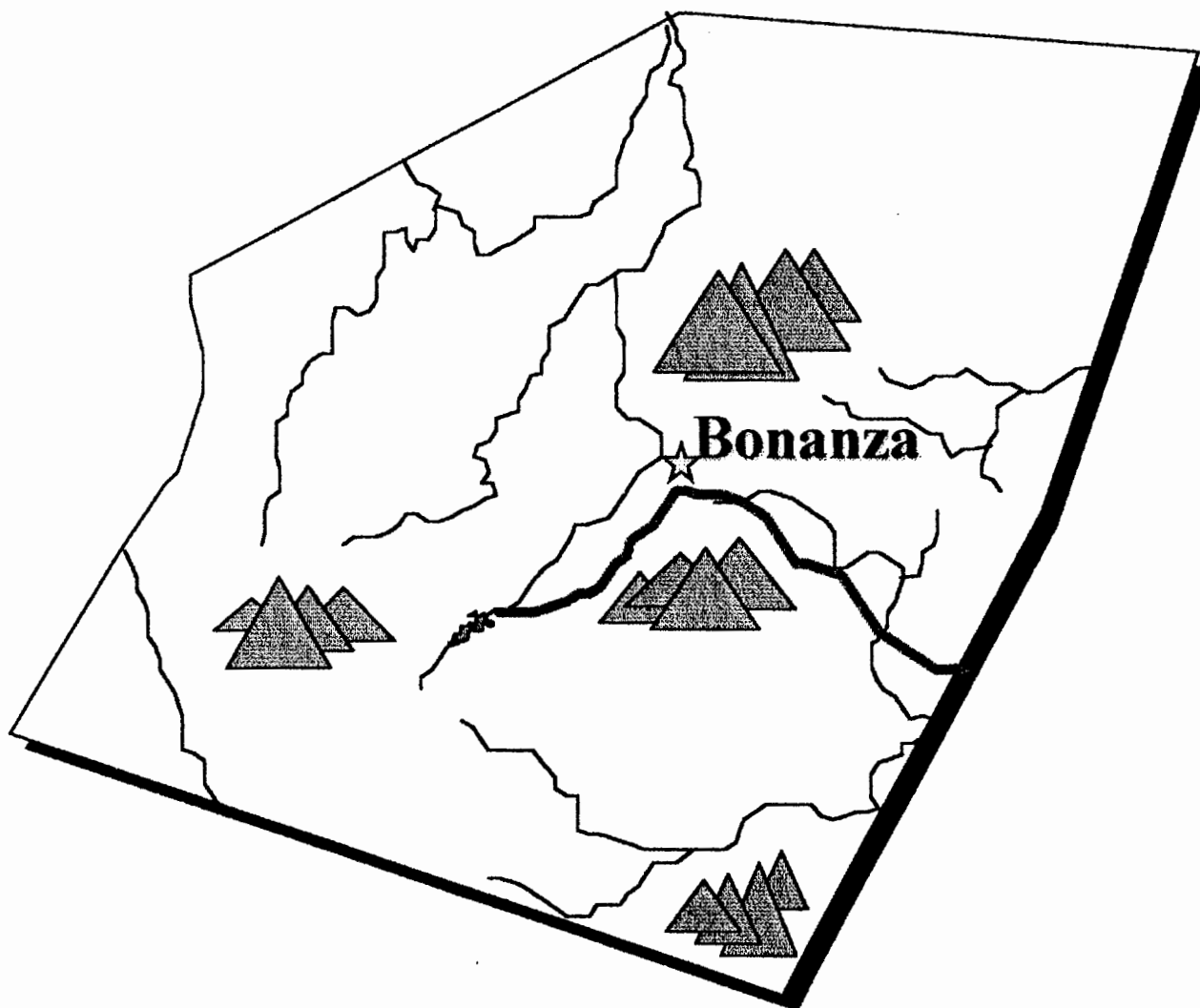
ESQUEMA EXPLICATIVO DE LA RELACION ENTRE DIBASTA Y DIKUTNA.



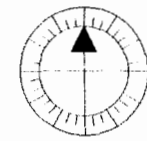
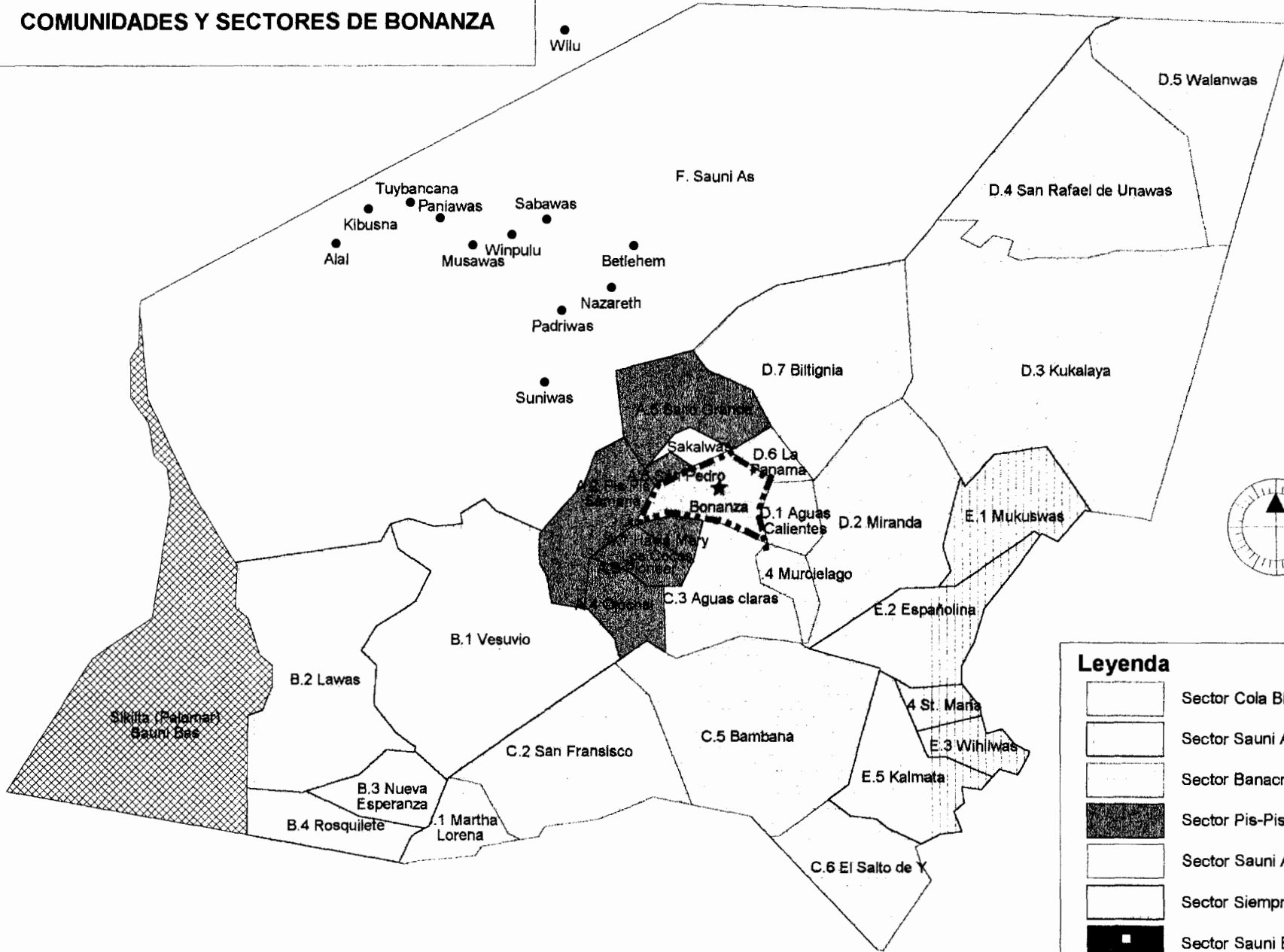
Ubicación Geográfica












Atlas Básico Municipal Bonanza



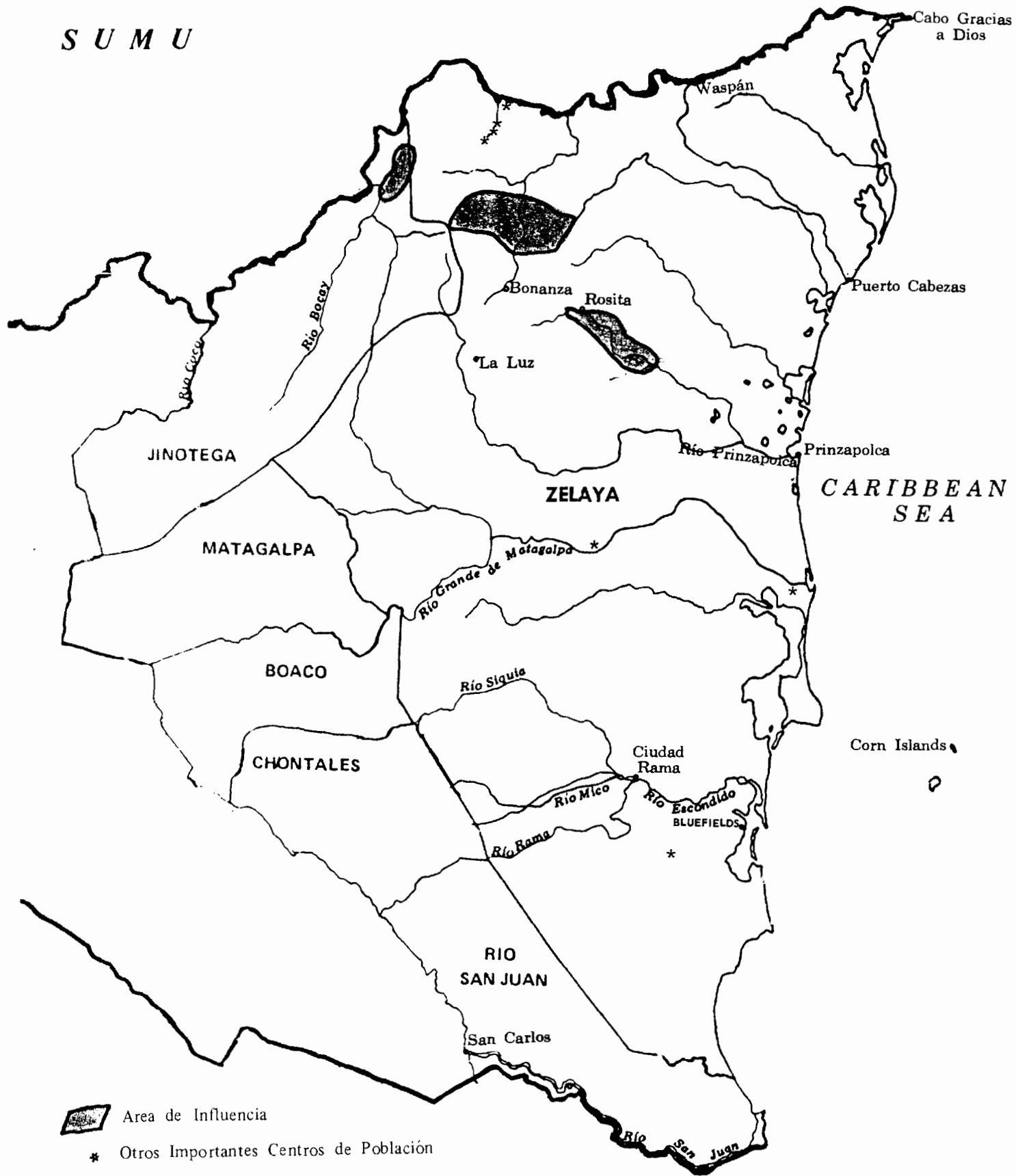
COMUNIDADES Y SECTORES DE BONANZA



Leyenda

-  Sector Cola Blanca
-  Sector Sauni Arunca
-  Sector Banacruz
-  Sector Pis-Pis
-  Sector Sauni As
-  Sector Siempre Viva
-  Sector Sauni Bas
-  Comunidades de Sauni As
-  Cabecera municipal

S U M U



Area de Influencia

* Otros Importantes Centros de Población

