

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**



**PROMOCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL
SECTOR SALUD EN LA CIUDAD DE LEÓN DURANTE EL
PERÍODO 2004-2005**

MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADAS EN TRABAJO SOCIAL

AUTORAS:

**Ileana Patricia Silva Olivas
Elizabeth Margarita Suazo Vargas
Dionisia del Carmen Téllez Salinas**

TUTOR:

Julio Argueta Jaen

León, mayo de 2006

AGRADECIMIENTO

A DIOS, por darnos fortaleza, sabiduría y el discernimiento necesario en los años de estudio de nuestra carrera.

A nuestros familiares y en especial a nuestros padres, por habernos brindado su apoyo incondicional en todos y cada uno de los momentos de la carrera hasta ver realizada nuestra meta que también fue la suya.

A nuestros docentes, que con su ardua labor de enseñanza, motivación y perseverancia formaron en nosotros el espíritu de profesionales con carácter y visión de futuro.

A nuestros compañeros de clases, por haber compartido con tolerancia y entusiasmo nuestras horas de estudio y también por los momentos buenos y difíciles.

ÁREA:

Participación ciudadana

TEMA:

Promoción de la participación ciudadana en el sector salud en la ciudad de León durante el período 2004-2005

PROBLEMA:

¿Son efectivos los mecanismos de participación ciudadana promovidos por el SILAIS en la ciudad de León, para la incidencia en el mejoramiento del estado de salud de la población en el período 2004-2005?

ÍNDICE

Introducción.....	1
Justificación.....	3
Objetivos.....	5
Marco Teórico.....	6
Hipótesis.....	32
Operacionalización de Variables.....	33
Diseño Metodológico.....	34
Resultados	40
Discusión y Análisis de los Resultados.....	50
Conclusiones.....	58
Recomendaciones.....	60
Bibliografía.....	61
Anexos.....	63

I. INTRODUCCIÓN.

El presente trabajo monográfico está referido al estudio de la promoción de la participación ciudadana en el sector salud durante el periodo 2004-2005, abordando los mecanismos empleados, los factores que intervienen en el desarrollo de los mismos, el impacto de éstos desde la perspectiva institucional a través de funcionarios y directores del SILAIS-León y desde la perspectiva poblacional a través de los líderes comunitarios.

En este estudio se analizan los problemas que enfrenta el sector salud con respecto a la participación ciudadana y la relación de ésta con el mejoramiento de la salud de la población.

Como es sabido la salud es una condición esencial para el desarrollo humano. En muchos países del mundo la situación de salud ha mejorado como resultado de factores sociales, ambientales, culturales y tecnológicos; así como de una mayor disponibilidad de servicios de atención y de programas de salud pública. En Nicaragua en las últimas décadas a pesar de haber seguido esta tendencia mundial aún persisten brechas de inequidad significativas en cuanto a la atención en salud. Las diferencias entre los grupos sociales del país se expresan en la probabilidad de enfermar y morir por causas evitables que afectan a la población en forma diferenciada según su ingreso y condiciones de vida y la disponibilidad del Estado en atender esta problemática.

Los mecanismos de participación ciudadana impulsados por el SILAIS, están marcados por un centralismo que influye sobre todo en lo que se refiere a la participación activa, en este sentido el liderazgo ha sido relegado a una participación de presencia y consulta más no de decisión. Se puede observar que la falta de coordinación entre los actores involucrados no genera un escenario que optimice condiciones para promover una participación donde necesariamente haya consenso y decisiones con visión compartida en función de mejorar el estado de salud de la población.

La organización comunitaria es un factor que contribuye de manera positiva a coordinar acciones en diferentes ámbitos de la vida diaria, y para el área de salud no es diferente, sin embargo esta estructura comunitaria tiene una participación a nivel pasivo y más que todo de información referida a situaciones muy generales. De esto se desprende que la organización comunitaria no está siendo aprovechada para promover una participación activa orientada hacia la gestión e incidencia en el área de salud que vaya mas allá de la prevención de enfermedades. Es importante señalar que esta estructura funciona por muchas razones entre ellas el hecho de ser una estructura del territorio integrada en las diferentes áreas referidas al desarrollo de la misma.

Parte significativa del estudio está relacionado a los mecanismos de promoción y persuasión a través de los cuales se promueve la participación ciudadana el sector salud, entre éstos se destacan la organización comunitaria como una forma de transmitir información sobre los diferentes programas y proyectos, los recursos humanos, los niveles de participación en los que se involucra a la población, las asambleas, talleres, seminarios y la función de los medios de comunicación.

Aparte de los aspectos antes señalados, referidos a la salud y a la participación ciudadana, el logro de un mayor nivel en la calidad de vida de las personas está relacionado a la presencia de un ambiente político en el cual el crecimiento económico vaya acompañado del fortalecimiento de las instituciones democráticas y de la participación ciudadana, sin embargo la institucionalidad y la participación ciudadana en la gestión y las decisiones públicas, factores claves del desarrollo democrático, aún son frágiles. No obstante se está instaurando una cultura política democrática que propicie la participación.

De esto se desprende que las instituciones se abran a los ciudadanos, con lo cual debe ser interés del sistema de salud promover la descentralización de forma que los SILAIS, principalmente las unidades de primer y segundo nivel de atención, participen de forma directa y coordinada en el ejercicio de las competencias inherentes a la promoción de la salud. Esto debe ser un proceso de fortalecimiento dentro del cual se transfieran las funciones administrativas de gestión y de dirección hacia los servicios de salud a nivel local, de forma que se garantice la unidad e integridad del sistema de salud, se mejore la participación ciudadana y se eleve el estado de salud de la población.

II. JUSTIFICACIÓN.

Uno de los componentes más sensibles en la ejecución de las políticas públicas es la política social y de ésta la política de salud. Por tratarse de un aspecto de vital importancia para la existencia y desarrollo de la persona humana, la atención en salud resulta ser una función muy compleja. Con lo cual la articulación de los sectores que atienden lo social y la sociedad civil se presenta ahora como un modelo para procurar el desarrollo social, lo que debe implicar mejorar el estado de salud de la población.

De ahí la importancia del conocimiento que deben tener los ciudadanos sobre lo que implica el proceso de participación y el uso que de ella podemos y debemos hacer para que sean atendidas las demandas de salud.

Es prioridad del sector salud garantizar el acceso de la población a los servicios básicos en esta materia, no obstante la prevención, que requiere un buen nivel de conocimiento y participación de la sociedad, es fundamental para mejorar el estado de salud de la población.

Nos inclinamos por este tema debido a que creemos que en la ciudad de León los mecanismos para la promoción de la salud son insuficientes para garantizar condiciones óptimas de salud. Además, el poco conocimiento que los ciudadanos tienen sobre los mecanismos de participación que se impulsan, tales como la organización comunitaria, la formación y capacitación, la divulgación de los programas y las campañas de prevención y sensibilización, impide que se pueda ejercer una adecuada promoción de la salud.

Por esta razón es importante conocer los mecanismos de participación ciudadana que implementan las autoridades de salud y analizar el rol que éstos deben jugar al respecto.

Para mejorar el estado de salud de los habitantes de la ciudad de León, creemos que es necesario saber como están organizados y dispuestos todos los recursos humanos, técnicos y materiales existentes, para crear un ambiente propicio para la canalización efectiva de las iniciativas de participación de la sociedad. De tal forma que se vuelva viable y factible hacer llegar los servicios de salud a los grupos más vulnerables, con lo cual se estará promoviendo un aspecto importante del desarrollo humano.

Con esta investigación se contribuirá a tener un conocimiento más objetivo acerca de los mecanismos de promoción de la salud realizados por el SILAIS-León, sistematizando las experiencias exitosas en la promoción de salud pública con participación ciudadana. Los resultados de este estudio nos permitirán identificar las causas que generan la inadecuada promoción de la salud.

De igual forma nos va a permitir reflexionar sobre posibles alternativas de solución que conduzcan a una aplicación más efectiva de los mecanismos de participación ciudadana para la promoción y mejoramiento de la salud de la población de León.

Conscientes de la problemática de este sector, no dudamos que una auténtica participación no puede limitarse a incorporar a la población en la ejecución de acciones decididas por otros, sino que requiere también que ésta pueda tener acceso a la información y contribuir a una definición consensuada de las soluciones.

Por lo antes expuesto es importante para nosotras, como parte de nuestra formación y por el perfil de nuestra carrera, valorar el proceso de intervención social que realizan las autoridades de la salud en la promoción de la participación ciudadana como instrumento que facilita el mejoramiento del estado de salud de la población.

III. OBJETIVOS.

GENERAL:

Conocer el nivel de promoción de la participación ciudadana realizado por el SILAIS-León para el mejoramiento del estado de salud de la población.

ESPECÍFICOS:

1. Describir los mecanismos de participación ciudadana promovidas por el SILAIS-León.
2. Identificar los factores que desde el liderazgo de la comunidad facilitan o dificultan la participación de la población en el sector salud.
3. Analizar si el marco normativo de la participación ciudadana facilita o dificulta la promoción de la salud pública.
4. Conocer los mecanismos de participación ciudadana que inciden en el mejoramiento de la salud de la población.

IV. MARCO TEÓRICO.

1. Antecedentes.

En Nicaragua, desde inicios del siglo pasado hasta los años 20, la atención médica estaba en manos de los hospitales creados por la Junta de Protección Social y organismos no estatales cuya práctica de medicina popular se realizaba más como un generoso acto de caridad con los menesterosos que como la prestación de un servicio que en justicia le correspondía a todos los sectores de la sociedad. Todavía en el país existían muy pocos médicos y hospitales, gran parte de la población no tenía acceso a estos servicios, las condiciones sanitarias de la mayor parte de la población eran muy malas; numerosas epidemias azotaban al país tales como diarrea, enfermedades respiratorias, malaria, etc.¹ (Fernando Lizana, 1993)

Este mismo autor señala, en *¿Qué es la política de salud?*, que también existía el servicio sanitario privado en hospitales y clínicas que la empresa privada prestaba a los segmentos de población más pudientes, además de los consultorios médicos a los que las personas siempre han acudido según sus capacidades económicas.

También establece el crítico estado de salud que padecía la mayoría de la población generó un gran malestar y descontento que originó una serie de protestas populares demandando al Estado el mejoramiento de las condiciones sanitarias. Fue hasta 1948 que el Estado se transforma en un ente más activo en lo económico y lo social. Consecuentemente la política social estatal adquirió un nuevo matiz que correspondía a una nueva concepción del desarrollo, en este sentido el gobierno tomó medidas redistributivas y creó una serie de instituciones dedicadas a cubrir necesidades de los sectores populares. De esta manera entre 1950 y 1970 fueron creadas 22 nuevas instituciones estatales a nivel nacional para atender problemas sociales, principalmente en el área de salud, nutrición y educación.

Según la UNAN-LEON, la Alcaldía, el Movimiento Comunal y el SILAIS en su libro titulado “Una nueva iniciativa en la educación de los profesionales de la salud”, el Sistema Nacional Único de Salud (SNUS) se creó en agosto de 1979, como instancia de integración de las distintas instituciones del sector salud. Este sistema se creó con la finalidad de extender la cobertura de los servicios a todo el territorio nacional incorporando los programas de control de enfermedades infecciosas y ampliando los programas de nutrición infantil.

El SNUS estableció como principio que la salud es un derecho del pueblo y una obligación del Estado, promoviendo a la vez la participación de la comunidad en todo el proceso de la gestión de salud. Para este tiempo también se creó el Ministerio de Salud, MINSA, el cual optó como prioritario el desarrollo de la atención primaria en salud como estrategia para reducir los elevados índices de morbi-mortalidad. Los logros fueron importantes en relación a los países latinoamericanos, siendo Nicaragua declarada país modelo en la atención primaria en salud.

¹ Lizana Fernando, 1993. Profesor del centro de educación popular, San José Costa Rica.

Con respecto al gasto público, a mediados de la década de los años 80 hubo una fuerte contracción económica que afectó notablemente los servicios sociales, lo cual se notó en la reducción de la cobertura y deterioro de la calidad de los servicios sociales, principalmente en salud y educación. Mientras se contraía el gasto en los programas tradicionales de salud, entre los que se contemplaban enfermedades diarreicas, respiratorias, dengue, malaria etc., se decidió dar cobertura al conjunto de población más necesitada mediante programas de asistencia social y de ayuda a las familias en alimentación o dinero. Así se trataba de amortiguar los efectos de la política de estabilización económica sobre la población más indefensa. (Fernando Lizana, 1993).

Según el mismo libro de la UNAN, alcaldía etc., sigue estableciendo que esta década marcó un hito histórico en la participación de la comunidad en las diferentes tareas sociales principalmente en la salud y la educación. En el área de salud con la articulación de los esfuerzos entre el Ministerio de Salud y la amplia participación organizada de la comunidad, en un plazo de seis años se logró reducir la mortalidad infantil de 120 a 64 por 1000 nacidos vivos. Otros logros fueron la erradicación de la poliomielitis, que se había constituido en un flagelo para la niñez nicaragüense, además de otras enfermedades inmunoprevenibles.

La Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-León y el Ministerio de Salud en agosto de 1988 realizaron un taller para analizar la situación de la educación médica del país y acordaron unir esfuerzos para superar los problemas existentes. Por su parte, la Alcaldía Municipal al reconocer la idea la acogió y la incluyó en sus planes de gobierno.

La expresión visible de la participación de la comunidad fueron las jornadas populares de salud, donde decenas de miles de brigadistas aseguraban una altísima cobertura en inmunizaciones, medicación masiva contra la malaria, educación popular, eliminación de criaderos de mosquitos y otras acciones sanitarias.

Los Consejos Populares de Salud, CPS, jugaron un papel muy importante en estas jornadas. Estos consejos fueron creados producto de una serie de demandas populares que exigían al Estado el mejoramiento de las condiciones de salud. Estas protestas dieron origen a la conformación de organizaciones comunitarias, que posteriormente se convirtieron en Consejos Populares de Salud, con el propósito de incrementar la participación de la población para promover cambios positivos en el estado de salud de la misma. (Fernando Lizana, 1993)

De acuerdo a una nueva iniciativa de los profesionales de salud elaborada por la UNAN-León, la Alcaldía etc., parte de las tareas impulsadas por los CPS fue la construcción de letrinas, edificación y mejoramiento de centros y puestos de salud y la instalación de agua potable, con esto se enfrentaba el problema de las serias limitaciones de recursos materiales.

La participación comunal se hacía efectiva por medio de los Consejos Populares de Salud que funcionaban a diferentes niveles: nacional, regional y en centros de salud. Las diferentes organizaciones de la comunidad en las que participaba la población eran los Comités de Defensa Sandinista, CDS, que representaban a una parte de los habitantes y que se ha transformado en el actual Movimiento Comunal; Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinosa, AMNLAE, Central Sandinista de Trabajadores, CST, Asociación de Trabajadores del Campo, ATC y la Federación de Trabajadores de Salud, FETSALUD.

Esta experiencia de participación comunitaria crea condiciones para el trabajo en conjunto entre la UNAN-León, el Ministerio de Salud y el Movimiento Comunal.

A partir de este momento, en la ciudad de León, inicia una larga tradición de trabajo coordinado en materia de salud entre diversas instituciones locales. Antes de la creación del SNUS, la coordinación se establecía entre la UNAN y la Junta Local de Asistencia Social, JLAS, la cual fue creada para brindar mayor cobertura en el servicio de salud a la población. Esta junta administraba el Hospital San Vicente de Paúl, el más antiguo de la ciudad, y gran parte del trabajo asistencial era desarrollado por los profesores universitarios.

A partir de ese momento el MINSAL creció en número de profesionales. Los servicios hospitalarios se formaron en una sola unidad, incluso el edificio que antes ocupaba el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, INSS, se convirtió en lo que hoy se conoce como Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales. Además se creó el programa de especialidades médicas: oftalmología, obstetricia, nutrición, cardiología, pediatría, cirugía y otorrinología, en la que los médicos han desarrollado funciones asistenciales y docentes independientemente de si son contratados por la universidad o por el MINSAL, situación que persiste hasta la fecha.

En la década de los '90 se inició un proceso de democratización y cambios políticos que se caracterizaron entre otros elementos, por la transición de una economía centralizada a una economía social de mercado, basada en un esquema mixto que contempla la iniciativa del sector privado y el rol normativo y subsidiario del estado. (MINSAL, 1993)²

El CISP (Consejo Internacional para la Salud del Pueblo) afirma que el sistema dominante de atención a la salud de este período refleja todas las características del sistema capitalista: vende atención a la salud como mercancía e individualiza la enfermedad atribuyendo su origen a la ignorancia, la sobre población, etc.

² Ministerio de salud-Nicaragua, 1993

Dadas las abrumadoras desigualdades políticas, sociales y económicas, y por tanto de atención en salud, en la década de los '90 era necesario implementar métodos educativos y organizativos de base que dieran más poder y permitieran mayor participación a los movimientos sociales. Sin embargo, la salud seguía estando en un segundo plano.

La falta de conocimiento que sobre participación ciudadana en el sector salud tiene la población ha incrementado los obstáculos que limitan el desarrollo humano de la persona. A pesar de que en la actualidad la Constitución Política de la República y demás leyes abren espacios a la participación ciudadana, y que existen prácticas participativas en la gestión pública, los entes responsables como el Sistema Local de Atención Integral y Salud, SILAIS, en el caso de salud tratan de hacer esfuerzos para la promoción de la misma y lograr una integración óptima entre el SILAIS y la sociedad civil para la planificación y ejecución de programas que se adapten a las necesidades más sentidas por la población y que coadyuven a la gestión de su propio desarrollo humano.

Según la evaluación más reciente realizada por el SILAIS - León en los años 2001-2002, se estima que la población del departamento es de 387,929 habitantes, de ellos el 55.1% residen en áreas urbanas. La ciudad de León cuenta con una población de 189.963 habitantes.

En León el porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas es de 78.2%, la población con índices de pobreza es de 54.1% y de pobreza extrema es de 19% por encima de la media nacional, el 41.5 % de la población de León vive en condiciones de hacinamiento.

Los actores de la participación social con la que cuenta el SILAIS-León son:

1263	Brigadistas
249	Promotores
570	Parteras
743	Colaboradores voluntarios
138	Grupos de lactancia
68	Clubes de adolescentes
293	Consejeras de lactancia materna
201	Otros líderes

Las enfermedades más comunes atendidas por el SILAIS en este período fueron:

- Enfermedades diarreicas.
- Infección respiratoria aguda.
- Parálisis facial aguda.
- Meningitis.
- Tos ferina.
- Infecciones renales.
- Cólera.
- Dengue.

- Malaria.
- Tuberculosis.

Si bien es cierto que el MINSA ha logrado incrementar la cobertura de atención, promoción y prevención en salud, no ha conseguido integrar a la población en la definición de los problemas y necesidades que son de mayor prioridad para la comunidad. La participación de la ciudadanía ha sido insuficiente, existiendo así un desconocimiento de los programas que implementa el MINSA, las estrategias que utiliza, los procedimientos que lleva a cabo, incluso desconocen la estructura del mismo; lo que se refleja en una falta de vinculación directa con la población, la cual necesita respuestas a sus demandas con relación a su estado de salud y retos del sector.

2. Fundamentación Teórica

La política nacional de salud se inscribe en el compromiso de la política social de reducir la pobreza y mejorar el acceso a los servicios principales de los sectores más pobres y vulnerables de la población.

Según el doctor Salvador Rosales del SILAIS-LEON el sistema de salud está marcado por tres generaciones de reformas:

La primera fue la creación de los modernos ministerios de salud y de las agencias de seguridad social principalmente entre las décadas de 1930 y 1950. Con esta reforma el gobierno asumió la responsabilidad de brindar atención médica integral a toda la población. Con algunas excepciones el sector privado no participa de manera importante o lo hizo con un alto grado de libertad y sin perseguir un propósito nacional.

La segunda generación de reformas cobra vigencia en la década de 1980 cuando se descentralizan y sectorizan los sistemas de salud. El propósito era corregir la ineficiencia e inequidad producidas por la diversidad de instituciones públicas altamente centralizadas y fragmentadas en lo interno, así como la falta de coordinación nacional. En esta segunda reforma el sector privado permanece al margen o bien su reglamentación y coordinación es limitada.

A partir de 1993 el gobierno de Nicaragua emprendió una reforma del sector salud integrada a una política social y reafirmando el papel rector del Estado. Este proceso ha logrado la descentralización del SILAIS y de la gestión financiera, precisando el papel del MINSA y sus funciones específicas de regulación y conducción de la reforma sectorial.

La tercera generación de reformas es la que se vive en la actualidad, cuando se intenta lograr mayor eficiencia y extender los servicios de salud a toda la población sobre la base de la apertura de los servicios públicos a los prestadores privados, del establecimiento de subsidios a la demanda y de la creación de entidades públicas autónomas.

Según el análisis realizado por el MINSA, OPS, OMS en el 2000³ se consideran cinco componentes o políticas dentro del sector salud:

Primera política: Fortalecimiento del sector salud.

Esta dirigida a completar y actualizar el marco jurídico, ordenar y separar las funciones de regulación, financiamiento, aseguramiento y provisión y el papel que corresponde a cada institución dentro del sector.

Segunda política: Fortalecimiento del Ministerio de Salud.

Persigue consolidar la rectoría del MINSA rediseñando sus actuales sistemas de planificación e información, organización y control de la gestión. También persigue continuar el proceso de descentralización de las unidades prestadoras de servicio promoviendo mecanismos gerenciales para que se transformen en empresas públicas de salud adecuadas a las características propias de cada territorio.

Tercera política: Fortalecimiento de la atención hospitalaria.

Propone invertir en la rehabilitación y mantenimiento de la estructura y los equipos de los hospitales e impulsar acciones efectivas que disminuyan los costos de la atención.

Cuarta política: Desarrollo de nuevas estrategias en salud pública.

Se plantea redefinir el modelo de atención en salud de lo curativo hacia las acciones integrales, fortalecer los centros y puestos de salud y entregar un paquete básico de servicios de salud a toda la población.

Quinta política: Modernización de la seguridad social.

Contempla el fortalecimiento del régimen de salud profesional y conlleva la libre elección del asegurado acerca del establecimiento privado que le prestará el servicio. Incluye además la atención a riesgos profesionales y la compra de los servicios médicos para la atención a los accidentes. En cuanto al régimen de pensiones impulsa un sistema de capacitación individual en cuentas únicas de cada trabajador.

Las políticas de reforma se han materializado en estrategias de cambio estructural, modernización de sistemas, programas y estudios específicos.

³ Estudio realizado por el ministerio de salud, Organización Panamericana de la salud y la organización mundial de la salud sobre el análisis del sector salud en el año 2000

Algunas corrientes de salud pública.

La OMS adopta un enfoque prospectivo y dinámico de la salud pero que no resulta alcanzable en todas las sociedades. Esta sostiene que: “la salud es un estado de bienestar completo (físico, psíquico y social) y no solamente la simple ausencia de enfermedad o invalidez”.

Según el enfoque analítico considera a la salud como el resultante del éxito en el organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total.

Milton Terris⁴, del New York Medical Collage, dice que la salud tiene dos aspectos: uno subjetivo que se refiere a “sentirse bien” y el otro objetivo que implica “la capacidad para la función”. Terris modifica la definición de la OMS de la siguiente forma: “salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y de capacidad para la función y no sólo la ausencia de enfermedad o de invalidez”.

R. Dobos define la salud como: “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio”.

Para el profesor Cornillot, decano de la Facultad de Medicina de Bobigny⁵, “la salud es una noción perfectamente subjetiva, no reposando sobre ningún criterio objetivo de carácter biomédico o socioeconómico, la salud aparece como un estado de tolerancia y de compensación física, psicológica, mental y social fuera del cual toda otra situación es percibida como enfermedad”.

Hay definiciones de la salud en relación a la actividad y la capacidad de trabajo productivo. Pero la salud no es sólo capacidad, es ciertamente una finalidad pero no tiene sentido si no conduce al bienestar.

En resumen no parece posible definir la salud en términos absolutos; tampoco pensar que ella es la simple ausencia de enfermedad.

La perspectiva multisectorial señala que una mejor salud contribuye a unos medios de subsistencia y a un desarrollo humano sostenible donde el acceso a los servicios de salud no dejan de ser importantes. Esto implica desarrollar capacidades para mejorar las condiciones de salud y reducir las desigualdades en esta materia.

Es más que claro que las buenas condiciones de salud en la población proporcionan una mayor efectividad en la producción de bienes, con lo cual el buen estado de salud es también representativo de eficiencia económica. Pero para que la salud pueda contribuir eficazmente al desarrollo humano debe tener calidad en las condiciones de los servicios y reducir las desigualdades al momento de solicitar y prestar un servicio en materia de salud.

⁴ Milton Terris, profesor del colegio medico de Nueva York

⁵ Cornillot, decano de la facultad de medicina de Bobigny

En marzo de 2000 el MINSA en conjunto con la Organización Panamericana de la salud, OPS, y la Organización Mundial de la Salud, OMS, publicó un libro referido al análisis del sector salud.

Este análisis trasciende el diagnóstico de la situación de salud al conjugar el componente retrospectivo con el prospectivo, lo cual significa que al tiempo que formula hipótesis de futuro plantea además recomendaciones en el plano de las políticas y estrategias del sector. En este estudio se complementan un conjunto de trabajos coherentes entre sí sobre la situación del sector tomando en cuenta el contexto en que éste se desarrolla, los elementos que lo conforman y la relación entre ellos. Busca esencialmente identificar cómo se manifiestan los principios de equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, participación social, solidaridad y otros que son los rectores de su quehacer cotidiano, en el estado de salud de la población y en la atención en salud a la misma, a fin de elaborar y poner en práctica propuestas que permitan elevar la calidad de vida de la población.

Según este análisis desde 1985 los promotores, brigadistas de salud y colaboradores realizaron un trabajo casa por casa el cual se ha incrementado en los últimos años mediante la abatización para el control del dengue y la medicación masiva antimalárica. Señala también que los promotores desarrollan además actividades de higiene y limpieza para la destrucción de criaderos de mosquitos y construcción de drenajes para la eliminación de los mismos. A partir de 1994 se han ejecutado dos importantes proyectos en materia de promoción y prevención de los efectos adversos por la exposición a plaguicidas: Plagsalud (1994-2001, OPS/OMS-DANIDA) y el programa de manejo de plaguicidas (1994-1998, Banco Mundial), que impulsaron la promulgación y difusión de la Ley 274, básica para la regulación y control de plaguicidas, así como la capacitación, sensibilización y foros sobre esta temática.

Desde 1980 hasta 1990, durante el año se realizaban tres jornadas de vacunación. A partir de 1996 se ha aumentado considerablemente la cobertura de atención del 30% al 45% en los menores de 5 años, pero con cobertura del 85% en los menores de 1 año. En este mismo año se promulgó el decreto ministerial que establecía el programa contra la violencia intra familiar.

Así mismo en 1999 se concluyó un plan estratégico nacional de lucha contra las enfermedades de transmisión sexual en el cual intervinieron el gobierno y la sociedad civil con una amplia participación social.

A pesar de los logros antes mencionados, según este estudio, hasta la fecha en el área de prevención aún se enfrentan algunas dificultades tales como:

- El MINSA planifica sus actividades de promoción conforme el perfil epidemiológico tradicional (diarrea, cólera, etc.) y no en base a las necesidades de la nueva etapa de transición epidemiológica.

- El MINSA realiza capacitaciones y actualizaciones sobre contenidos de promoción, pero no se realiza la medición efectiva de las actividades por lo que se desconoce el impacto.
- Los ONG's consideran que no siempre pueden lograr la coordinación de sus actividades con el nivel central del MINSA; en ocasiones coordinan con autoridades de los SILAIS o localidades.
- Para el desarrollo de las campañas de promoción el MINSA usa los medios de comunicación masiva a los cuales el 10% de la población no tiene acceso.
- De acuerdo a este análisis el marco jurídico del sector adolece de un marco legal incompleto y desactualizado, específicamente con aquellos que delimitan las funciones del financiamiento y provisión de los servicios.

La política nacional de salud de 1997-2002 establece que es necesario un proceso de revisión y actualización del marco jurídico a través de la promulgación de determinadas leyes y reglamentos como a los que ya nos referimos. (Ley general de salud, ley del sistema único de salud, etc.)

De acuerdo a este mismo análisis realizado por el sector salud y la OPS, es importante mencionar que aún no se han definido mecanismos para la aplicación, seguimiento y evaluación de las políticas de salud y prestación de los servicios.

Los diferentes actores del sector evidencian un conocimiento insuficiente para el cumplimiento de sus funciones básicas. (Regulación, aseguramiento, financiamiento, provisión y evaluación). La participación social en los procesos de planificación, evaluación y control en el sector es insuficiente.

En el aspecto jurídico del sector la situación de conocimiento sobre este que enfrenta la población es más limitada porque si no existe un mecanismo de aplicación las personas no conocen las leyes que regulan el sistema, las instancias a las que pueden recurrir, desconocen sus derechos y todo lo que a ello se refiere. Es evidente que no se ha logrado la participación de la población en la promoción, prevención y atención en salud porque existe un desconocimiento del sistema por parte de todos los actores.

En cuanto a otros estudios referidos al tema de investigación podemos señalar que, el MINSA en conjunto con el Banco Interamericano de Desarrollo, BID y el MSH, publicó en 1995 los resultados de un estudio sobre la demanda de servicios de salud en Nicaragua.

Este estudio fue realizado durante el período de agosto de 1993 a julio de 1995, con el propósito de establecer los patrones de demanda de todos los tipos de servicios de salud por parte de la población e identificar los determinantes más importantes de la decisión de requerir los principales servicios.

Durante el estudio se tomaron en cuenta dos aspectos:

- 1.- Patrones actuales de demanda de servicios.
- 2.- Grado de satisfacción con los servicios recibidos.

Los resultados reflejaron que el 1.41% de la población acude en búsqueda de atención primaria y el 57.89% a la atención secundaria (donde finalmente son internados), el resto de la población acude a la atención militar, privado y otros.

De igual forma, los motivos de la demanda hospitalaria arrojan que el 9.15% es por accidentes y el 50.05% es por enfermedades.

También es importante señalar que ante la falta de atención hospitalaria el 11% de la población encuestada hace uso de medicamentos caseros y el 52% compra medicinas.

Con respecto a la satisfacción con el servicio de atención, los resultados establecen, en el caso del hospital militar, que el 56% de la población está satisfecha con los servicios que se ofrecen y en los hospitales públicos es de un 46% para la atención primaria. Así mismo se determinó que de los encuestados sólo el 30% volvería al hospital público por considerar que es el mejor, pero el 56% volvería porque no tiene otra alternativa. Igual sucede con los centros de salud en el que el 11% hizo valoraciones positivas pero el 83% volvería por no tener otra alternativa.

Este mismo estudio demostró que a pesar de los programas de prevención y atención que posee el MINSA es claro que existe una desarticulación entre esta institución y la población. Siendo esto evidente en cuanto a que el mayor porcentaje de la población acude en busca de atención cuando ya necesita ser internado, demostrando así el poco conocimiento de la población sobre la atención primaria en salud.

Esta situación también se refleja en que más de la mitad de las demandas hospitalarias son por enfermedad, por lo cual se puede detectar que hay un desbalance entre las acciones de prevención y promoción que impulsa y realiza la sociedad civil y las que realiza el MINSA.

Consideran también que el modelo de atención que implementa el MINSA a través de hospitales y centros de salud no han sido adecuados a las necesidades de la población, ya que las valoraciones positivas en cuanto a la atención son mínimas y es evidente según los resultados que en su mayoría la población llega a estos hospitales y centros porque no tienen otra alternativa, con lo cual el mejor servicio de atención y satisfacción de la salud está en manos de centros privados, incluido el Hospital Militar, a los que no tiene acceso toda la población.

Los SILAIS como estrategias para la transformación del Sistema Nacional de Salud.

Se define como Sistema Nacional de Salud de Nicaragua los mecanismos jurídicos, políticos y administrativos que articulan a todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, que desarrollan acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud en la población, así como aquellas que aseguran el mantenimiento y reproducción de los recursos humanos y materiales. (MINSA, 1993)⁶

El SILAIS es la unidad organizativa básica, donde se concentran un conjunto de recursos y mecanismos políticos y administrativos, sectoriales e intersectoriales, bajo una conducción única y responsable del desarrollo de la salud de una población definida en un territorio determinado. (INDES, 2002)

Centralización de los SILAIS.

Los SILAIS son unidades asistenciales formadas por una red de servicios de salud, organizada en niveles de atención, con un perfil asistencial definido y un nivel de complejidad establecido. Se corresponden con un territorio geográfico específico, dentro del cual se delimita su área de influencia. Cuenta con una serie de recursos físicos, humanos y financieros así como con una estructura organizativa funcional que garantiza los procesos operativos necesarios para ofertar una serie de servicios especializados con el propósito fundamental de recuperar y rehabilitar la salud de la población con calidad y eficiencia.

Bajo este concepto, los SILAIS funcionan como unidades sistémicas que involucran una serie de procesos para lograr la eficacia necesaria que le permita adaptarse a una demanda cada vez más exigente. El MINSA establece mecanismos y coordinaciones con el fin de evaluar los resultados de estos procesos de forma integral, tanto a nivel local como en el nivel central.

Existen modelos tradicionales de conducción y rectoría, que se basan en la centralización de funciones y el verticalismo de las acciones que sólo generan ineficiencia y poca capacidad resolutoria a la problemática de las unidades de salud. No obstante existen otros modelos que promueven el fortalecimiento de la autogestión, el desarrollo del capital humano y la participación social.

⁶ "Política Nacional de salud" publicado por el MINSA en octubre de 1993.

En el 2002 el Programa INDES-NICARAGUA, del BID, realizó un estudio de caso sobre “Buenas Prácticas de Gestión de Políticas y Programas de Salud del SILAIS-Carazo, Nicaragua”. Este estudio pretendía mostrar la situación de un sistema local de salud acentuando la perspectiva de los actores involucrados en los procesos de gestión local.

Para la construcción de este caso incluyeron la caracterización socio-geográfica, demográfica, ambiental, económica, organizacional, cultural y sectorial del SILAIS-Carazo.

Los resultados del diagnóstico muestran que existe una sola instancia de toma de decisiones colectiva a lo interno de los hospitales del SILAIS. Para valorar el avance de las acciones correspondientes se realizan reuniones con los involucrados de las diferentes áreas de trabajo. Se detectó que la mayor parte de las veces los problemas están relacionados con malas prácticas médicas, calidad de la atención, abastecimiento de insumos médicos, alimentación del personal, equipamiento de los servicios de salud y financiamiento.

Existe un vínculo débil entre el SILAIS y el equipo de dirección del hospital dado que normalmente existen roces entre estos niveles de dirección y ejecución de los programas y servicios de salud del departamento.

El desarrollo del sistema nacional de salud y por tanto de los SILAIS pasa por integrar un modelo de participación social que estimule la relación de la población con los servicios de salud, con una actitud de responsabilidad compartida en las tareas de planificación, gestión, ejecución y de control social. Al parecer no resultó nada fácil convencer a los directores del SILAIS de un modelo comunitario, el cual consistía en una estrategia organizativa impulsada por el Ministerio de Salud orientada al trabajo comunitario con grupos de la población a nivel local.

Este modelo utiliza la participación comunitaria y promoción de la salud enfocado al empoderamiento de la comunidad. En 1998 se retoma la estrategia de trabajo comunitario dirigido a utilizar acciones del programa de salud sexual y reproductiva, el trabajo con adolescentes y prevención de la violencia intra familiar. Los directores del SILAIS lo consideraban como tareas secundarias a las funciones importantes de la institución.

De acuerdo a CISAS en 1995, el estado de salud es un hecho social determinado por diversos factores macroeconómicos, socio-culturales y otros factores que tienen importancia en la producción y consumo de bienes y servicios básicos. A través de la acción gubernamental mediante la inversión social, el Estado crea una capacidad social determinada por la cobertura de los servicios básicos que componen el sector salud.

Tanto la inversión social como los gastos recurrentes del Estado en materia de salud están determinados no sólo por las necesidades de la población, sino por la situación económica en general que determina la captación de recursos externos y por las concepciones predominantes sobre el rol que el estado debe jugar en materia de prestación de los servicios sociales.

El sector salud está conformado por dos sub-sectores: el público; integrado por el MINSA, SILAIS, Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa, el INSS, y por el sub-sector privado; en el cual se incluyen a hospitales privados, clínicas previsionales, ONG's, farmacias, ópticas, laboratorios de análisis y centros de diagnósticos. (MINSA, OPS, OMS; 2000)

La Ley 290, Ley de Organización Competencias y Procedimientos del Poder Ejecutivo, en su artículo 24, confiere al MINSA la facultad de hacer cumplir lo estipulado en el artículo 59 de la Constitución Política (el derecho a la salud y la competencia del Estado para dirigir y organizar la salud), en este sentido la ley define el ámbito de acción y regulación del MINSA como órgano rector de la salud.

Ante la disminución por parte del Estado en la inversión en los programas de salud, el gasto privado ha crecido en un 28%, principalmente en la atención ambulatoria.

La expansión acelerada de este sub-sector está dirigida a las grandes ciudades principalmente Managua, en ellas se ofrece una atención de carácter general y especialidades básicas. Los servicios de hospitalización crecen en una proporción mucho mayor y se concentran mayoritariamente en la capital.

Pero este crecimiento del sector privado está orientado a satisfacer a los estratos de ingresos medios y altos que no representan más del 10% de la población, ya que el cobro de los servicios está fuera de la realidad de los ingresos de la mayoría de la población del país.

El Consejo Internacional para la Salud del Pueblo determinó que el área de salud a nivel latinoamericano presenta una serie de obstáculos que necesitan ser superados a través de la participación y la promoción en salud. Entre estos problemas se mencionaron los siguientes:

- Monopolio del saber
- Medicación y mercantilización
- Individualización
- Creación de dependencia
- Atención primaria a la salud selectiva (opuesta a la integral)
- Discriminación étnica, cultural y de clase
- Control de la población en nombre de la planificación familiar
- Investigación y tecnología sesgada
- Experimentación en la población pobre y privada de sus derechos
- Privatización
- Militarización de la salud
- Servicio de ayuda en salud como arma política

- Falta de financiamiento.

El CISP considera que los progresos más significativos en la salud se logran a través de la democracia participativa, la equidad, la responsabilidad y la rendición de cuentas de los gobiernos. La precipitación y empeoramiento de la actual crisis en materia de salud se debe en gran parte a las políticas de la estructura de poder ligadas a intereses económicos. Aquellos que se benefician de las injustas estructuras sociales se resisten a cambiar y cuentan al mismo tiempo con basto poder y alcance global ya que son parte del sistema dominante.

De acuerdo al MINSA, OPS/OMS la cantidad, calidad y organización interna de los recursos de salud, la capacidad operativa frente a los principales problemas, las formas y mecanismos de interrelación de la población con los servicios, así como otras cualidades, son componentes fundamentales del SILAIS.

Los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud, tienen entre sus principales funciones las siguientes:

- Representar el territorio que comprende el SILAIS
- Satisfacer la demanda de atención de la población con los recursos disponibles
- Dirigir todos los recursos del MINSA que existen en el territorio
- Establecer coordinaciones con otros sectores para la atención en salud
- Coordinar y precisar las principales comisiones del SILAIS
- Realizar despachos con el equipo de dirección del SILAIS
- Responder por las funciones de los consejos técnicos de dirección
- Aprobar la distribución de los fondos fiscales
- Elaborar el programa de colaboración externa para cada período planificado
- Tomar la decisión final para la apertura de cualquier establecimiento vinculado con la salud y la clausura de los que atenten contra la misma.

En el caso del SILAIS - León, éste está dirigido por un director general, el equipo de dirección está conformado por el director general, los directores de servicios de salud de epidemiología, enfermería y de administración financiera. La estructura administrativa contempla además la atención integral a la mujer y a la niñez, insumos médicos, docencias, enfermedades crónicas no transmisibles, ETS/SIDA, higiene y control de vectores. (SILAIS-León, 2002)

Este SILAIS, tiene por funciones velar por el buen servicio del área de salud, fomentar la prevención de las enfermedades más frecuentes como son: diarrea, infecciones respiratorias, malaria, dengue, control de embarazos, control de crecimiento y desarrollo de los niños y un activo esfuerzo por mantener las campañas de salud pública preventiva. (Plan Estratégico de León, 2000)⁷

⁷ Instrumento de planificación del municipio de león, el cual es validado anualmente y cuya vigencia esta del 2000-2015

El Plan Estratégico de León establece que el SILAIS cuenta con 33 unidades de salud distribuidas por todo el municipio, dentro de los cuales están:

El Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales, HEODRA, ubicado el barrio El Sagrario de la ciudad de León, su cobertura es departamental y está dotado aproximadamente de 100 médicos especialistas, 350 enfermeras auxiliares, 395 paramédicos, 300 técnicos en higiene y cuenta con 325 camas.

Hospital Sanatorio Rosario Lacayo, actualmente ubicado en el antiguo Hospital San Vicente. Este atiende consultas externas y posee un área restringida con atención a pacientes con tuberculosis.

Existen cuatro centros de salud que atienden a la población por sectores, dentro de estos centros de salud se tienen organizados 15 puestos para atender los distintos barrios.

Según este mismo plan, el personal médico que atiende estos centros y puestos de salud está constituido por 199 médicos, 500 paramédicos, 250 enfermeras y 509 camas.

Además de las unidades de atención pública existen 9 centros de atención médica privada y previsional. Entre éstas se encuentran: Clínica provisional HEODRA, AMOCSA, BEMENIC, Clínica SAN JOSÉ, La UNIÓN, SAN FRANCISCO; SUMÉDICO, POLIMESA y La MERCED.

Por otra parte existen otras personas independientes que atienden la salud, algunos de éstos no pertenecen a ninguno de los sectores organizados y también forman parte del sector privado. Por ejemplo, los curanderos tradicionales, los médicos que atienden en sus consultorios, los dentistas, los farmacéuticos y otros miembros del personal de salud que se dedican al ejercicio privado de sus profesiones.

Aunque los profesionales de la salud que ejercen privadamente actúan sobre todo individualmente en locales privados, pocas veces están enteramente aislados. Los que ejercen en privado en una zona establecen con frecuencias redes para la consulta mutua de casos, incluida la práctica en grupo.

Los servicios prestados por el personal privado llevan consigo normalmente el pago de honorarios que suelen ser abonados directamente por los pacientes.

En términos generales puede decirse que el sector privado es el servicio de salud complementario del público.

Actualmente el SILAIS atiende el 92% de la población total del municipio de León, el otro 8% es atendido por las diferentes clínicas previsionales y privadas.

Según la evaluación del SILAIS-León. Forman parte de las unidades de salud de la ciudad de León:

- Centros de salud⁸: Mántica Berio, Sutiaba, Perla María Nororis, La Recolección.
- Puestos de salud⁹ Primero de Mayo, William Rodríguez, Oscar Pérez Casar, William Fonseca, Benjamín Zeledón, La Providencia, Gollena, Walter Ferreti, El Calvarito, Villa 23 de Julio, La Arrocería, Fundeci, Santa Ana y Benito Mauricio Lacayo.

El impulso de la participación ciudadana.

El término PARTICIPACIÓN es usado con alcances y significación diferentes; que van en algunos casos desde la consecución de soluciones instantáneas, hasta revestir los programas con este término que le conferirá una imagen de avanzado a cualquier proyecto social.

Participación es un término en el cual aparecen también elementos de tipo político e ideológico. En este sentido, la conceptualización que se tenga de la misma estará cargada por esas perspectivas que matizan su significado.

Características de estas formas falseadas o aparentes de participación son el verticalismo, el caudillismo, la direccionalidad y la dependencia de la base de los grupos que controlan el poder y los recursos y por ello, las decisiones.

Ante esta realidad surge la necesidad de lograr una participación activa y crítica, que integre al individuo y al grupo en la toma de decisiones en una línea de democratización de la sociedad, de búsqueda de una mayor equidad social y de compartir el poder en sus diversos niveles de presencia.

⁸ El MINSA tiene la clasificación de los centros de salud de la siguiente manera:

- A: Son los centros de salud que brindan el servicio de hospitalización hasta por 48 horas.
- B: Son los que no tienen especialistas y el médico llega 1 vez por semana.
- C: Centros de salud que no tienen especialistas, ni médicos tan solo está una enfermera.

⁹ EL MINSA clasifica los puestos de salud

- A: Tienen médico permanente.
- B: El médico llega 1 vez por semana.
(SILAIS-León, 2002)

Rasgos básicos para una auténtica participación.

La participación no es un don, es el derecho de las personas, grupos y poblaciones a decidir acerca de su propio destino.

La promoción de la participación debe respetar las diferencias individuales en cuanto a los modos de participar y las diferentes formas culturales en que se expresan las colectividades.

Imponer una única forma de participación, válida para todos los casos y circunstancias, es la negación de la participación. " No hay en tal sentido formulas o recetas para la participación.

Importa mucho destacar que la ciudadanía, como derecho ciudadano, sólo ha sido posible mediante un largo proceso de construcción social el cual ha tenido matices y alcances distintos en los diferentes estadios sociales y también en las diferentes sociedades.

Al respecto Marshall señala que la ciudadanía se debe entender a partir de la acumulación de una serie de derechos de tipo civil, político, económico y social, los cuales son inherentes a la persona humana.

La participación ciudadana, fundamentalmente como parte de los derechos políticos, se constituye así en un derecho ciudadano y un deber solidario que permite la cooperación de iniciativas, capacidades y recursos privados para el desarrollo armónico de la sociedad. Contribuye además al buen funcionamiento del Estado al dar mayor transparencia y hacer posible una mejor rendición de cuentas.

Indiscutiblemente la Revolución Sandinista de 1979 abrió importantísimos espacios para la participación, sobre todo en las labores productivas y en el sector social como la educación y la salud. Además, con la constitución de 1987 se crean las bases jurídicas para desarrollar la participación ciudadana.

A partir de 1990 el gobierno de Violeta Chamorro¹⁰, es claro que asumió un país en guerra con una sociedad dividida y polarizada, enfrentando una problemática socioeconómica causada por la guerra misma con altos niveles de pobreza y desintegración familiar, pérdida de poder adquisitivo del salario, problemas de propiedad, etc.

Con el fin de atender esta problemática social que atravesaba el país se creó el Fondo de Inversión Social de Emergencia, FISE, para dar atención a los sectores marginados. La poca coordinación de las instituciones del Estado dio origen al compromiso del gobierno de mejorar las condiciones de vida de la población mediante el involucramiento de las comunidades en la ejecución de las acciones sociales, definiéndose así el término de reactivación solidaria, cuyo concepto implica una dinámica para el crecimiento económico y social compartido, con la

¹⁰ Presidenta de Nicaragua durante el periodo de 1990-1994 , actual presidenta de la fundación de periodistas nicaragüenses que lleva su mismo nombre

característica de no ser excluyente en los beneficios sociales, compensando así la eficiencia a través de la captación y rehabilitación de todos los actores.

No obstante, ésta idea de la participación como elemento coadyuvante del proceso de desarrollo humano sostenible fué producto de la implementación del nuevo modelo de desarrollo que se estaba impulsando en América latina desde hace ya una década. Este modelo de desarrollo económico y social (desarrollo humano sostenible) viene a poner el acento en el ciudadano como sujeto de una serie de derechos económicos, sociales y políticos y como actor de su propio desarrollo.

Otro énfasis de la implementación de este modelo es el enfoque de desarrollo local, con lo cual las alcaldías empiezan a adquirir importancia y protagonismo en el impulso del desarrollo integral de sus municipios. La idea de la descentralización tanto en las estructuras centrales del Estado como en las locales se empezó a perfilar como una estrategia de la gestión gubernamental y social para procurar el referido desarrollo. Por tanto darle poder al ciudadano se volvió un asunto clave en este nuevo proceso.

En este sentido la democracia no se agota con los votos o con la democracia representativa, además de la expresión en las urnas existen numerosas oportunidades en que la ciudadanía puede participar en la gestión pública, siendo el involucramiento de los diversos actores presentes en el tejido social el fundamento de la democracia participativa que conlleva a la participación de la población en la gestión del gobierno.

La sociedad moderna sólo es gobernable si los ciudadanos participan en la gestión pública haciendo uso de los principios que rigen a la misma, estos son: voluntariedad, universalidad, institucionalidad, transparencia, equidad, pluralidad y solidaridad. (Centro de Derechos Constitucionales, 2000)¹¹

Los ciudadanos pueden activar la participación ciudadana haciendo uso de los espacios que existen, tales como los cabildos ordinarios y extraordinarios, los concejos populares y municipales, etc. También se puede lograr a través de la organización de los grupos y otras iniciativas ciudadanas. (Prochileon, 2003)¹²

En la actualidad el sistema de salud promueve la participación ciudadana para impulsar una serie de programas de salud. Paradójicamente se observa un aumento de las enfermedades inmunoprevenibles, una reducción de la capacidad institucional para la prestación de los servicios y un deterioro del estado de salud de la población.

¹¹ Centro de derechos constitucionales, "Hacia una ley de participación ciudadana" publicado en septiembre 2000

¹² Proyecto rural León – Chinandega, financiado por la GTZ.

Por otra parte es observable también la disminución del acceso de la población a las unidades de salud, la cual se ha visto mermada por el cobro de muchos de los servicios. Al existir altos índices de desempleo y pobreza en el país esta política de cobro va en contra de grandes sectores de la población.

Marco Jurídico del Sector Salud.

Las normas jurídicas relacionadas con la salud que se encuentran vigente son las siguientes:

- Ley de Sistema Único de Salud
- Ley de Educación Popular para la Salud y la Comunicación Gratuita de sus Mensajes
- Reglamento de Inspección Sanitaria
- Ley Orgánica de Seguridad Social
- Resolución Ministerial sobre el Régimen de Farmacias
- Ley de Control de Sustancias Tóxicas y Peligrosas
- Ley de Organización, Competencias y Procedimientos del Poder Ejecutivo.

Dentro del plan operativo anual 1999 del ministerio de salud, se señala la formulación de un ante proyecto de ley de reforma y reglamento concerniente ha:

- Ley de Empresas Médicas Previsionales
- Ley que Regule el Ejercicio de los Profesionales en Salud
- Ley Básica de Protección y Control de Alimentos.

Dentro de las leyes por promulgarse se encuentran:

- Ley General de Salud que contenga normas y disposiciones que contempla la legislación en materia de salud vigente
- Ley de Sistema Nacional de Salud que modifique y perfeccione la ley del SNUS vigente desde 1979.

La Constitución Política y las leyes del país abren espacios a la participación ciudadana. La constitución establece en su artículo 7 que la democracia en Nicaragua es participativa y representativa. En el artículo 50 se establece el derecho de los ciudadanos a participar en los asuntos públicos y en la gestión estatal.

El artículo 59 se refiere a que los nicaragüenses tienen derecho por igual a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. (Constitución Política de Nicaragua, 2000)¹³

¹³ Constitución política de la republica de Nicaragua con sus reformas, 9na edición, 2003

No obstante para el MINSA, OPS/OMS, el sector salud adolece actualmente de un marco legal incompleto y desactualizado, las normas que existen son dispersas y han sido aprobadas por la coyuntura, muchas están obsoletas y son inaplicables a la realidad sanitaria y social actual. La política nacional de salud de 1997-2002 establece que es necesario un proceso de revisión del marco jurídico a través de la promulgación de determinadas leyes y reglamentos. Entre estas se señalan la ley general de salud, ley del sistema único de salud, ley orgánica de la seguridad social, la ley y reglamento para la regulación y control de sustancias tóxicas y plaguicidas, ley de medicamentos y farmacias, reglamento de alimentos, reglamento sobre ionizantes, reglamento sobre el ejercicio profesional de la medicina, reglamento de la ley de carrera administrativa, entre otras.

3. Conceptos.

Capital Social:

Se constituye por las reglas, normas y capacidades de reciprocidad y confianza que están supuestas en las relaciones, estructuras e instituciones sociales que les permite a los miembros lograr objetivos individuales y comunitarios. (Nadayan Deepa, 1997)

Centralización:

Es la actividad monopolizadora que realiza el Estado o cualquier otra organización social, en la dirección y ejecución de sus funciones. La característica de estos entes es que actúan de una manera vertical amparados en las atribuciones que las normativas correspondientes les confieren y existe una dependencia económica y política del resto de organismos que los subordinan. (Grupo de investigación, 2005)

Centralización Antidemocrática:

Es la actividad homogenizadora que realiza el Estado o cualquier otra institución, en donde no se consulta ni hay decisión por parte de la comunidad. Es una orientación vertical por parte del pequeño grupo que está en el poder. (Grupo de investigación, 2005)

Centralización Democrática:

Es el proceso mediante el cual se consulta a los actores sociales sobre las competencias, funciones o decisiones del gobierno o las instituciones del Estado, sin embargo el titular del poder conserva su facultad decisoria. (Grupo de investigación, 2005)

Centralización Excluyente:

Es la concentración de poder político en la que sólo participan de la ejecución de las acciones las estructuras del gobierno, sin incluir a los diferentes sectores sociales, y que a su vez la administración, los recursos y las decisiones siempre se mantienen a nivel central. (Grupo de investigación, 2005)

Centralización Incluyente:

Es la concentración de poder político en la que de alguna manera participan los diferentes sectores institucionales o sociales en la ejecución de acciones, no obstante la administración, los recursos y las decisiones siempre se mantienen a nivel central. (Grupo de investigación, 2005)

Ciudadanía:

Entendida como la plena pertenencia de los individuos a una comunidad política por medio de un estatus que garantiza a los individuos el ejercicio de un conjunto de derechos civiles, políticos, sociales y económicos. (T.H. Marshall, 1965)

Desarrollo Comunitario:

Es el conjunto de acciones dirigidas a las mejoras del bienestar de una colectividad generalmente retrasada o enfrentada a dificultades de adaptación, implica la realización de esfuerzo de los poderes públicos, los de la comunidad, de sus grupos, de sus organizaciones, de sus miembros y de sus líderes locales etc., para la promoción global de la comunidad integrada en un plan de desarrollo equilibrado y sostenible. (Henry Pascal, 1994)

Desarrollo Humano Sostenible:

Es el proceso por el cual se pretende alcanzar una vida saludable acompañada por el sentido comunitario para tener oportunidades de ser creadores, productivos y de una manera participativa. Con este proceso se alcanza una libertad política, social, económica cultural y por ende una ampliación de opciones equitativas, estas opciones deben comunicarse con deberes y derechos. (PNUD, 1999)

Desarrollo Local:

Es el conjunto de prácticas y políticas sociales de radicalización de la democracia, universalización de la ciudadanía así como prácticas económicas que siguen nuevos patrones de producción y de consumo que satisface necesidades actuales sin comprometer las futuras. (Augusto de Franco, 1999-2000)

Descentralización:

Son las transferencias de atributos y recursos de un centro decisorio hacia las instancias intermedias y de base, incluyendo no sólo aspectos institucionales y normativos sino otros más complejos como la transformación de la conducta de los sujetos involucrados en la misma. (Proyecto de Desarrollo Local, 2001)

Desconcentración:

Es la transferencia de atribuciones y funciones administrativas del poder central al plano local. (CEPRODEL, 2000).

Elementos y Condiciones de la Participación:

Según el Proyecto de descentralización y desarrollo municipal son los siguientes. Autonomía, canales de intervención, conciencia de los problemas, educación, organización, información y libertades políticas y sociales. (PADCO, 1998)

Estructura de la Participación Ciudadana:

Esta puede ser la que se realiza de la forma siguiente: La que se realiza con comités o estructuras propias de la organización; la que se realiza con comités o estructuras ajenas a la organización y por último la que se realiza sin estructuras formales de participación. (Ficha técnica de Instituciones y Organizaciones Sociales de la UNAN-León, 2003)

Estructura Organizacional de la Salud:

Es la composición de la estructura administrativa de manera vertical del sistema de salud que comprende desde el ministro, viceministro, secretario general, directores generales, otras instancias de dirección, hasta los empleados de menor responsabilidad. Esta estructura tiene por funciones velar por el buen servicio del área de salud y promover la prevención de las enfermedades más frecuentes. (Grupo de investigación, 2005)

Incidencia:

Es un cúmulo de actividades que tratan de influir en un individuo o grupo con poder de decisión para promover intereses individuales o colectivos para su bienestar a favor de intereses particulares. (Loza Yacer, otros, 2000)

Incidencia Continua:

Se trata de ganar acceso y generar influencia de manera constante y permanente sobre las personas que tiene poder de decisión en asuntos de importancia para un grupo en particular o para la sociedad en general. (Grupo de investigación, 2005)

Incidencia Dinámica:

Ocurre cuando las personas inciden de manera activa involucrando a una serie de actores sociales y generando iniciativas a partir de las potencialidades de las personas, grupos, organizaciones e instituciones. (Grupo de investigación, 2005)

Incidencia Efectiva:

Es cuando personas o grupos inciden para cambiar las maneras en que funcionan las instituciones u organizaciones, logrando cambios necesarios que vienen a beneficiar a un grupo en particular o a la ciudadanía en general. (Grupo de investigación, 2005)

Mecanismos de Participación Popular:

Es la manera en que se manifiesta el involucramiento de la población en la promoción de la salud. Estas pueden ser: Recursos humanos, aportación de recursos financieros, aportación de recursos materiales, participación en comités, reuniones o asambleas, participación en talleres, seminarios y otras capacitaciones. (Ficha técnica de Instituciones y Organizaciones Sociales de la UNAN-León, 2003)

Mecanismos de Participación:

Espontánea: Se da cuando un individuo o grupo social toma la iniciativa, dice participar en una acción conjunta. (PADCO, 1998)

Inducida: Consiste fundamentalmente en agentes externos frente a un individuo o grupo social, que promueven la participación para realizar un programa o proyecto que se presume es del interés del conjunto. (Ander Egg E., 1987)

Obligatoria: Se da cuando por determinados mecanismos institucionales se coloca a un individuo o grupo social en posición de tomar la iniciativa de participar, tenga o no intereses en hacerlo. (PADCO, 1998)

Mecanismos de Persuasión:

Son los que se realizan mediante el contacto directo con los beneficiarios, contacto a través de líderes, familiares, maestros u otras personas, realización de propaganda gráfica, perifoneo, radio, televisión y/o periódicos. (Ficha técnica de Instituciones y Organizaciones Sociales de la UNAN-León, 2003)

Niveles de Participación en Estructuras:

Los niveles en los que participa la población pueden ser: A nivel de comunidad, participando en estructuras en los centros y puestos de salud y a nivel central del SILAIS. (Grupo de investigación, 2005)

Niveles de Promoción de Participación:

Activo: Se ejerce con la influencia de parte de los que tienen poder o incidencia sobre el grupo.

Autogestión: Se refiere a que las personas involucradas en el programa participan con poder y decisión en el estudio, investigación, diagnóstico, programación, ejecución y evaluación de sus programas.

Cogestión: Es la participación de los distintos actores sociales en el ciclo de los proyectos.

Cooperativo: Es un proceso en el cual los involucrados cooperan y colaboran en programas y proyectos sociales.

Pasivo: Se da cuando se brinda únicamente una información sobre una determinada situación o simplemente se consulta la opinión sobre lo informado. (PADCO, 1998)

Participación:

Es la calidad que tiene el ciudadano común para involucrarse e incidir en los procesos de toma de decisiones, lo cual tiene un momento relevante en la participación electoral; aunque no se limita a ella. Es un proceso de construcción democrática, deviene un medio para transformar las relaciones de poder y separar la brecha entre decisores y ejecutores. (PADCO, 1998)

Participación Ciudadana:

Es el proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva, con el objeto y finalidad de incidir y participar en la toma de las decisiones, gestión y diseño de las políticas públicas en los diferentes niveles y modalidades de la administración del territorio nacional y las instituciones públicas con el propósito de lograr un desarrollo humano sostenible en corresponsabilidad con el Estado. (Ley nacional de Participación Ciudadana, 2003)

Participación Comunitaria:

Es el proceso mediante el cual los miembros de una comunidad participan en los programas o actividades que se lleven a cabo en interés de los mismos. (Proyecto de Desarrollo Local, 2000)

Prevención de Enfermedades:

Es el conjunto de actividades y medidas anticipadas a la enfermedad y su riesgo, actuando sobre el ambiente. (Natalio Kirnesrrman, 2003)

Promoción de la Salud:

Es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el grado de control que ejercen sobre su estado de salud y la mejoren. (Cooperación Española, 2000)

Red Social:

Es la intervención social de diversos actores individuales, organizaciones, instituciones y sociedad civil la cual la hace de manera integral y sin existencia de jerarquías rígidas. (René Olate, 2002)

Salud:

Salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades. (Política de Salud, 1993)

Salud Comunitaria:

Es el resultado de las relaciones que se dan en la sociedad entre el medio ambiente, la forma en que vivimos, la educación, la cultura, las condiciones genéticas y los recursos de que dispone la sociedad para hacerle frente a los problemas que la gente enfrenta. (www.minsa.org.ni)

Salud Pública:

Es el Conjunto de actividades interdisciplinarias que competen al Estado y todos los habitantes de un país para promover, prever y rehabilitar la salud en una sociedad. (Natalio Kirnesrrman, 2003)

Movimiento Social:

Son formas de acción colectiva que responden a dos condiciones: por una parte son expresión de un conflicto social y no sólo la respuesta a una crisis, es decir la expresión de la oposición entre dos actores por la apropiación o el control de recursos que ambos valoran. Por otra parte tienden a provocar una ruptura de los límites de compatibilidad del sistema dentro del cual se haya situados. (Alberto Jiménez, 1995)

Nivel de Incidencia Alto:

Para efectos de este estudio este término debe interpretarse como la expresión de al menos el 67% de nivel de incidencia del liderazgo en la gestión del desarrollo local. Igual consideración porcentual debe entenderse para la calificación del término “mucho”. (Incidencia del liderazgo comunitario en el gobierno local, 2004)

Nivel de Incidencia Bajo:

Para efectos de este estudio este término debe interpretarse como la expresión de no más del 33 % del nivel de incidencia del liderazgo en la gestión del desarrollo local. Igual consideración porcentual debe entenderse para la calificación del término “muy poco”. (Incidencia del liderazgo comunitario en el gobierno local, 2004)

Nivel de Incidencia Medio:

Este término debe interpretarse como la expresión de entre más del 33% y menos del 67% del nivel de incidencia del liderazgo en la gestión del desarrollo local. Igual consideración porcentual debe entenderse para la calificación del término “poco”. (Incidencia del liderazgo comunitario en el gobierno local, 2004)

V. HIPÓTESIS

Los mecanismos de participación ciudadana implementados de manera centralizada, por el SILAIS-León, poco inciden en el mejoramiento del estado de salud de la población.

VI. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variables	Definición de variables	Dimensión	Indicadores	Índices
Variable independiente: Los mecanismos de participación ciudadana implementados de manera centralizada por el SILAIS León.	Es la manera en que se manifiesta el involucramiento de la población en la promoción de la salud.	Social - organizacional	Espontáneos Obligatorios Inducidos	Mucho Poco Nada
			Aportación de: Recursos humanos Recursos financieros Recursos materiales	
			Incluyente Excluyente	Mucho Poco Nada
Variable Dependiente: Poco <u>inciden</u> en el mejoramiento del estado de salud de la población.	Es el resultado desfavorable de la actuación del SILAIS –León, producto de la intervención social que realiza.	Social	Continua Dinámica Efectiva	Mucho Poco Nada

VII. DISEÑO METODOLÓGICO.

1. Tipo de Estudio:

De acuerdo al enfoque del trabajo realizado nuestro estudio es de tipo cualicuantitativo, porque profundiza en la comprensión del fenómeno estudiado y porque está orientado hacia acciones humanas de la vida social, como es el caso de la participación que debe tener la población en la toma de decisiones y el involucramiento en situaciones que afectan la vida diaria que influyen el estado de salud de la misma. Para lo cual se valora el fenómeno de la participación a partir de entrevistas en profundidad y encuestas.

Considerando el análisis de los resultados nuestro estudio es descriptivo-analítico. Es descriptivo porque se determina cómo está el nivel de promoción de la participación ciudadana en el sector de la salud, la incidencia que este fenómeno tiene en el estado de salud y con qué magnitud se está desarrollando en la población a través de los diferentes mecanismos de participación que utilizan los directores del sector salud. Es analítico o explicativo porque está dirigido a contestar cómo es el estado de salud de la población a través de la participación ciudadana comparando la relación causa-efecto, además, los resultados de este estudio están determinados a validar o rechazar la hipótesis planteada.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos, nuestra investigación es retrospectiva porque toma en cuenta la relación causa-efecto (implementación centralizada de la participación ciudadana - estado de salud de la población) y porque se analiza el fenómeno de la participación ciudadana en la medida que se van presentando los hechos.

Según el período y secuencia del estudio es de corte transversal porque aborda el fenómeno de participación ciudadana en el sector salud, precisamente en un período determinado (2004-2005), por tanto se caracteriza por no dar seguimiento a todo el desarrollo o evolución posterior del fenómeno.

2. Área de Estudio:

La ubicación donde se realizó nuestra investigación es en el área urbana de la ciudad de León, que se encuentra ubicada a 90 Km de la capital Managua, posee una extensión de 1,114 Km² y una población estimada hasta el 2005 en 181,941 habitantes a nivel municipal; tomándose el SILAIS-León como la institución que representa al MINSA y que rige el sistema de salud. El SILAIS se encuentra ubicado en el sector Noreste en la Avenida Debayle. Este SILAIS está compuesto por un hospital (Oscar Danilo Rosales), tres centros de salud (Mántica Berio, Sutiaba y Perla María Norori) y veintisiete puestos de salud, de los cuales 16 pertenecen al área urbana.

3. Universo:

- 10 Funcionarios del nivel central del SILAIS-León
- 19 Directores entre centros y puestos de salud urbanos
- 56 Líderes comunitarios urbanos que trabajan con las estructuras de salud

- 85 Total

4. Muestra:

- 3 Funcionarios del nivel central del SILAIS-León (30% del segmento, 3.5% del total del universo y 7.9% del total de la muestra)

- 7 Directores entre centros y puestos de salud urbanos (36.8% del segmento, 8.2% del total del universo y 18.4% del total de la muestra)

- 28 Líderes comunitarios urbanos que trabajan con las estructuras de salud (50% del universo del segmento, 32.9% del total del universo y 73.7% del total de la muestra)

- 38 TOTAL (44.71% del universo)

De acuerdo a los objetivos planteados la muestra es no probabilística del tipo por conveniencia porque hemos seleccionado a los sujetos de investigación que nos parecieron más importantes para la obtención de información clave para el estudio.

5. Descripción de las Unidades de Análisis:

- 3 Funcionarios del nivel central del SILAIS-León. (Director del SILAIS, Responsables de área)

- 7 Directores de puestos y centros de salud

- 28 Líderes comunitarios (barrios de Sutiaba, Guadalupe, Aledaños al hospital San Vicente)

6. Método de Obtención de la Información:

Para la comprobación de la hipótesis fue necesario recoger información a través de diferentes instrumentos, en nuestro estudio “promoción de la participación ciudadana en el sector salud” obtuvimos información de diferentes fuentes y por medio de diversos instrumentos para comparar los resultados y ver como incide la promoción de la participación ciudadana en estado de salud de la población.

Los instrumentos utilizados fueron:

- Entrevistas en profundidad.
- Encuestas.

Las entrevistas en profundidad se realizaron de manera individual a los funcionarios y directores de centros y puestos de salud del SILAIS-León, de donde extrajimos información sustantiva sobre la promoción de la participación ciudadana que se realiza en la institución. Este instrumento está fundado en la flexibilidad respecto a las preguntas y a las temáticas que abordamos, para lo cual empleamos la observación y trataremos de seguir el hilo conductor a las respuestas de los entrevistados a fin de obtener la mayor información posible sobre el tema en cuestión.

Para la implementación de la entrevista, nos pusimos en contacto, previa cita, con los funcionarios del SILAIS-León, responsables de las principales áreas de dirección de la institución y los directores de centros y puestos de salud. Para la aplicación de este instrumento utilizamos como medios de apoyo, además de los apuntes, grabadoras para registrar fielmente la información que se nos proporcionaron los entrevistados.

La encuesta se implementó a los líderes comunitarios pertenecientes a la ciudad de León, de tal forma que el liderazgo que rige a la población, sujeto activo en el proceso de promoción de la participación ciudadana, fue fuente importante para el análisis de la incidencia de este instrumento ciudadano en el estado de salud de la población.

Para la aplicación de la encuesta recurrimos a la información que tenía el SILAIS-León y demás instituciones y organizaciones sociales, sobre el listado del liderazgo comunitario que promueve la participación ciudadana y seguidamente encuestamos en sus casas a los mismos, previa selección de éstos.

Todos los instrumentos utilizados fueron validados de tal manera que sirvieron de verdaderos instrumentos para la mejor obtención de la información y poder dar respuesta a los objetivos planteados en nuestra investigación.

7. Plan de Procesamiento, Tabulación y Análisis de la Información:

Una vez recogida la información se organizó la misma para los diferentes instrumentos a través de campos o categorías, sobre todo para la entrevista en profundidad, de tal forma que la información fuera manejable y poder buscar así las regularidades y modelos entre ellos, identificando lo más importante para la investigación.

Posteriormente diseñamos una pantalla de captura, por cada instrumento, para introducir toda la información a través del sistema computarizado denominado SPSS. Luego presentamos los resultados brutos de acuerdo a cada uno de los objetivos específicos, los cuales a su vez se representaron por medio de tablas de frecuencia, porcentajes y gráficas.

Después de esto analizamos los resultados realizando los respectivos cruces de variables para cada uno de los instrumentos y la correspondiente triangulación entre los mismos. Esto fue con el propósito de analizar los diferentes ángulos de la información, fundamentando la interpretación en el marco teórico.

Finalmente planteamos las conclusiones para dar respuesta al objetivo general y las recomendaciones en base a la justificación planteada.

PLAN DE TABULACIÓN

ACAPITES	ENCUESTA	ENTREVISTA
<p>Descripción de las formas de participación ciudadana promovidas por el SILAIS</p>	<p>Objetivo I- Pregunta 1: mecanismos de participación ciudadana que promueve el SILAIS.</p> <p>Objetivo IV- Pregunta 9: grado de incidencia que tienen en el mejoramiento del estado de salud de la población. Inciso A: mecanismos de participación promovidos por el SILAIS.</p> <p>Objetivo I – Pregunta 2: formas de persuasión que promueve el SILAIS.</p> <p>Objetivo IV – Pregunta 9: Valoración del grado de incidencia que tienen en el estado de salud de la población. Inciso C: estructuras de participación promovidas por el SILAIS.</p>	<p>Objetivo I- Pregunta 2: formas de participación ciudadana que promueve el SILAIS y su efectividad.</p> <p>Objetivo I- Pregunta 2: formas de participación ciudadana que promueve el SILAIS y su efectividad.</p> <p>Objetivo I – Pregunta 3: mecanismos de persuasión promovidos por el SILAIS y su efectividad.</p> <p>Objetivo I – Pregunta 4: tipo de estructuras de participación con las que trabaja y su efectividad.</p>
<p>Factores que facilitan o debilitan la participación de la población en el área de salud.</p>	<p>Objetivo II – Pregunta 6: Valoración de la efectividad de los factores que inciden en la promoción de la participación ciudadana en el sector salud</p> <p>Objetivo II- Pregunta 4: tipo de participación en el sector salud.- Pregunta 5: calificación del tipo de participación que realizan en la comunidad.</p>	<p>Objetivo II – Pregunta 7: factores que facilitan o debilitan la participación de la población en el área de salud.</p>

<p>Marco Normativo de la participación ciudadana en salud</p>	<p>Objetivo III – Pregunta 7: valoración del nivel de aplicación de las normas jurídicas relacionadas con la salud y la participación ciudadana. Objetivo III – Pregunta 8: adecuación de las leyes de acuerdo a la realidad de nuestro país.</p>	<p>Objetivo III – Pregunta 8: conocimiento sobre las leyes que promueven la participación ciudadana. Pregunta 9: las leyes que rigen la participación ciudadana en el sector salud. Objetivo III – Pregunta 11: valoración si el marco jurídico que regula la participación ciudadana facilita o dificulta la participación en el sector salud.</p>
<p>Mecanismos de participación ciudadana que inciden en el mejoramiento de la salud de la población.</p>	<p>Objetivo IV – Pregunta 9: grado de incidencia que tienen en el mejoramiento del estado de salud de la población los mecanismos, formas de persuasión, estructuras y niveles de participación promovidos por el SILAIS.</p>	<p>Objetivo IV – Pregunta 12: cual de las formas, mecanismos de persuasión, estructuras y niveles de participación incide positivamente en el mejoramiento del estado de salud de la población.</p>

VIII. RESULTADOS.

Objetivo Especifico N° 1: Descripción de los mecanismos de participación ciudadana promovidos por el SILAIS-León.

Encuesta:

1. Los líderes encuestados definieron los mecanismos de participación ciudadana que promueve el SILAIS- León de la siguiente manera:

En cuanto a los recursos humanos los líderes refieren que se promueven en un 60.71% correspondiendo a la categoría de mucho, seguido del mecanismo de participación en reuniones, seminarios y talleres con un 28.57%. En tanto la categoría de poco los mismos encuestados expresan que el mecanismo antes mencionado se promueve a través del SILAIS en un 42.85%, seguido de la integración a comités con un 39.28% en la misma categoría. Al referirse a la categoría de nada los mayores porcentajes se obtuvieron en relación a la promoción de los recursos financieros con 67.85% y para los recursos materiales un 53.57%

2. Mecanismos de persuasión que promueve el SILAIS-León.

Los líderes encuestados, al referirse a los mecanismos de persuasión promovidos por el SILAIS, expresan que en la categoría de mucho el contacto a través de líderes, maestros, familiares y otros es promovido en un 28.57%, así mismo lo expresaron para la propaganda gráfica con un porcentaje igual del 28.57%. Refiriéndose a la categoría de poco los líderes señalan, que el perifoneo como mecanismo de persuasión es promovido en un 50% y en un porcentaje más bajo se encuentra la propaganda gráfica con un 46.42%, en tanto lo que destacó para la categoría de nada fue la televisión y los periódicos como los mecanismos de persuasión que el SILAIS no está promoviendo con un 50% para ambos casos.

3. La participación de los líderes en los diferentes programas implementados por el SILAIS en escala de presencial es de 46.42%, con lo cual sólo asisten para ser informados de situaciones y programas que están siendo ejecutados. Un 32.16 % de los encuestados respondieron que su participación es de consulta cuando el SILAIS necesita obtener alguna información necesaria para la aprobación de un programa o proyecto y solamente, el 21.42 % dijeron que participan de la toma de desiciones.

Entrevista:

1. Los directores y funcionarios del SILAIS entrevistados definieron la participación de la siguiente manera:

- Participación ciudadana es toda actividad donde se involucra la población de manera organizada en conjunto con las diferentes instituciones en la planificación ejecución y evaluación de cualquier proyecto y programa ejecutado por el SILAIS = 38%.
- Participación ciudadana es el poder que tiene la población de involucrase en los diferentes programas y hacer presencia en todas las actividades =25%.

- La Participación ciudadana es una orientación para la población de cómo hacer uso de los servicios implementados por el SILAIS =13%.
- Participación ciudadana es el derecho al voto para elegir a nuestros representantes =13%
- No saben que es la Participación ciudadana = 11%.

2. Los funcionarios y directores del SILAIS manifestaron que los mecanismos de participación ciudadana que promueven y la efectividad de la misma es la siguiente:

1- Recursos Humanos 24.99%	Efectividad 40%
2- Recursos Financieros 16.68%	Efectividad 10%
3- Integración a comités 8.33%	Efectividad 15%
4- Participación a reuniones y asambleas 50%	Efectividad 35%

3. Mecanismos de persuasión promovidos por el SILAIS León y efectividad de los mismos.

Los funcionarios y directores del SILAIS refieren que los mecanismos de persuasión que utilizan son:

1-Contacto directo con los beneficiarios 53%	Efectividad 70%
2-Contacto a través de Líderes, etc. 47%	Efectividad 30%
<hr/>	<hr/>
100%	100%

4. Estructuras de participación con las que trabaja el SILAIS y efectividad de las mismas.

Los directores y funcionarios del SILAIS manifestaron que trabajan con estructuras formales, entre éstas señalaron las siguientes:

1- Organización comunitaria 55%	Efectividad 65%
2- Organización del SILAIS 45%	Efectividad 35%
<hr/>	<hr/>
100%	100%

5. Nivel de las estructuras en que participa la Población.

Los directores y funcionario del SILAIS refieren que la población participa en.

- 1- Líder 22.23%
- 2- Organizaciones Comunitaria 22.22%
- 3- Todas las estructuras del numeral cinco (recursos humanos, financieros, integración a comités, participación a reuniones y asambleas). 22.22%
- 4- Equipo de salud 11.11%

- 5- Parteras 11.11%
- 6- No saben 11.11%

Objetivo Específico N° 2: Identificar los factores que desde el liderazgo de la comunidad facilitan o dificultan la participación de la población en el sector salud.

Encuesta:

4. La participación de los líderes en el sistema de salud es para el 25% muy continua, en situaciones de participar a reuniones o talleres, para el 39.28%, su participación es poco continua y para el 35.71% la participación no es nada continua. Para hacer referencia a otro factor como es la dinámica de participación los líderes expresan en un 3.57% la participación como muy dinámica, en tanto es poco dinámica en un 39.28% y no es nada dinámica para el 57.15%.

5. Los líderes encuestados refieren que el mecanismo de participación que se realiza en la comunidad es inducida en un 71.42%, para el 17.85% de los encuestados la participación es espontánea y la participación obligatoria tiene una menor incidencia con un total de 10.73%

6. Los líderes valoraron la efectividad de los factores que inciden en la promoción de la participación ciudadana en el sector salud de la manera siguiente:

	Muy efectivo		Poco efectivo		Nada efectivo		No sabe		No responde		%
Existencia de organizaciones comunitarias	22	78.57%	5	17.85%	1	3.57%	0	0	0	0	100%
Nivel de participación de la población	10	35.71%	14	50%	2	7.14%	2	7.14%	0	0	100%
Interés de la gente	15	53.57%	11	39.28%	2	7.14%	0	0	0	0	100%
Nivel de ingresos	5	17.85%	12	42.85%	11	39.28%	0	0	0	0	100%
Desempleo	5	17.85%	9	32.14%	12	42.85%	0	0	2	7.14%	100%
Religión	2	7.14%	6	21.42%	17	60.71%	0	0	3	10.71%	100%
Incidencia del movimiento comunal	11	39.28%	7	25%	8	28.57%	0	0	2	7.14%	100%
Influencia de los partidos políticos	4	14.28%	8	28.57%	16	57.14%	0	0	0	0	100%
Incidencia del Estado (central)	2	7.14%	2	7.14%	21	75%	3	10.71%	0	0	100%
Incidencia del gobierno municipal	1	3.57%	17	60.71%	9	32.14%	0	0	1	3.57%	100%
Incidencia de ONG's	6	21.42%	8	28.57%	14	50%	0	0	0	0	100%
Nivel educativo	6	21.42%	13	46.42%	6	21.42%	1	3.57%	2	7.14%	100%
Tipos de persuasión que se promueven	3	10.71%	14	50%	6	21.42%	2	7.14%	3	10.71%	100%
Desconfianza en el SILAIS	3	10.71%	8	28.57%	12	42.85%	5	17.85%	0	0	100%
Desconocimiento sobre la participación en salud.	6	21.42%	7	25%	12	42.85%	1	3.57%	2	7.14%	100%
Coordinación entre el SILAIS y la sociedad civil	12	42.85%	11	39.28%	5	17.85%	0	0	0	0	100%
Seguimiento a los programas de salud	14	50%	9	32.14%	5	17.85%	0	0	0	0	100%
Integralidad del servicio de salud	12	42.85%	8	28.57%	6	21.42%	0	0	2	7.14%	100%
Tipo de atención que brinda	10	35.71%	11	39.28%	5	17.85%	1	3.57%	1	3.57%	100%

Entrevista:

7. Los directores y funcionarios refieren que los factores que facilitan o debilitan la participación de la población en el área de salud son los siguientes:

Factores	Facilitan	Debilitan	Ninguna incidencia	No saben	No existe	Total %
La existencias de Organizaciones Comunitarias	100					100
Acceso a la información	87			13		100
El nivel en que participa la población	13	38	25	25		100
Lo referido al interés	87			13		100
El nivel de vida	25	50		25		100
El desempleo	25	75				100
La religión	50		25	25		100
La incidencia del movimiento comunal	63		25	13		100
La influencia de los partidos políticos	13	25	38	25		100
La incidencia del Estado	38	13	13	38		100
La incidencia de ONGS	87		13			100
El nivel educativo	50	13	13	25		100
Los tipos de persuasión que se promueven	100					100
La desconfianza en el SILAIS		25		13	63	
El desconocimiento sobre la participación en salud	25	38		13	25	100

Objetivo Específico N° 3: Analizar si el marco normativo de la participación ciudadana facilita o dificulta la promoción de la salud pública.

Encuesta:

7. Los líderes valoraron según sus conocimientos el nivel de aplicación de las normas jurídicas relacionadas con la salud y la participación ciudadana en Nicaragua:

Promoción de la participación ciudadana en el sector salud

	Mucho		Poco		Muy poco		Nada		No sabe		No responde		%
Ley de educación popular para la salud y la comunicación gratuita de sus mensajes.	3	10.71%	5	17.85%	3	10.71%	9	32.14%	7	25%	1	3.57%	100%
Reglamento de inspección sanitaria	4	14.28%	4	14.28%	4	14.28%	12	42.85%	4	14.28%	0	0	100%
Ley orgánica de seguridad social	4	14.28%	4	14.28%	6	21.42%	10	35.71%	4	14.28%	0	0	100%
Resolución ministerial sobre régimen de farmacias	5	17.85%	2	7.14%	1	3.57%	16	57.14%	3	10.71%	1	3.57%	100%
Ley de control de sustancias tóxicas	4	14.28%	5	17.85%	3	10.71%	10	35.71%	2	7.14%	4	14.28%	100%
Constitución política	7	25%	13	46.42%	5	17.85%	2	7.14%	1	3.57%	0	0	100%
Ley de participación ciudadana	6	21.42%	15	53.57%	3	10.71%	3	10.71%	1	3.57%	0	0	100%
Ley de municipios	7	25%	15	53.57%	2	7.14%	3	10.71%	1	3.57%	0	0	100%
Reglamento de organización y funcionamiento municipal	5	17.85%	14	50%	8	28.57%	1	3.57%	0	0	0	0	100%
Ley de régimen presupuestario	2	7.14%	7	25%	5	17.85%	10	35.71%	1	3.57%	3	10.71%	100%
Código de la niñez y la adolescencia	7	25%	12	42.85%	5	17.85%	3	10.71%	0	0	1	3.57%	100%
Ley general de medio ambiente y los recursos naturales	6	21.42%	14	50%	6	21.42%	2	7.14%	0	0	0	0	100%
Ley de defensa de los consumidores	8	28.57%	14	50%	3	10.71%	3	10.71%	0	0	0	0	100%
Reglamento de ley general del medio ambiente y los recursos naturales.	6	21.42%	11	39.28%	4	14.28%	6	21.42%	0	0	1	3.57%	100%
Reglamento de la ley de defensa de los consumidores	5	17.85%	14	50%	3	10.71%	3	10.71%	1	3.57%	2	7.14%	100%
Creadora del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención a los Desastres. Ley 337.	4	14.28%	12	42.85%	8	28.57%	2	7.14%	1	3.57%	1	3.57%	100%

8. De acuerdo a la realidad de nuestro país, los líderes consideran que las leyes antes mencionadas son poco adecuadas en un 60.7%, para el 28.5% las leyes son adecuadas; el 7.1% respondían no saber y el 3.7% dijo que no son para nada adecuadas.

Entrevista:

8. Las leyes de participación ciudadana que conocen los funcionarios y directores del SILAIS son.

➤ Ley de educación popular	40%
➤ Código de la niñez	7%
➤ Ley de municipios	10%
➤ Ley de participación ciudadana	6%
➤ No conocen ninguna ley	37%
	<hr/>
	100%

9. Los directores y funcionarios refieren que las leyes que rigen la participación en el sector salud son:

➤ Ley general de salud	25%
➤ Ley de promoción, protección y defensa ante el SIDA	10%
➤ Reglamento y política sobre discapacidad	10%
➤ No saben si existen leyes	43%
➤ No existen leyes	12%
	<hr/>
	100%

10. Sobre la existencia de algún marco normativo institucional propio del sistema de salud que regule o promueva la participación, si creen que es necesario y como funciona. Los directores y funcionarios del SILAIS refieren que.

Si existe marco normativo	62%
No lo conocen	38%
	<hr/>
	100%

En un 100% refieren que es necesario que exista un marco normativo propio que regule o promueva la participación ciudadana en el sistema de salud.

Sobre su funcionamiento expresan que:

Funciona	60%
No saben su funcionamiento	40%
	<hr/>
	100%

11. El marco jurídico que regula la participación ciudadana facilita o dificulta la participación de la población en el sector salud:

Los directores y funcionarios del SILAIS manifiestan que:

Facilita = 88%

No saben si el marco normativo facilita o debilita = 12%

Objetivo Específico N°4: Conocer los mecanismos de participación ciudadana que inciden en el mejoramiento de la salud de la población.

Encuesta:

9. Valorar el grado de incidencia que tienen los mecanismos en el mejoramiento del estado de salud de la población.

a) Los líderes manifiestan que los mecanismos de participación promovidos por el SILAIS son:

Mecanismos	Mucho		Poco		Nada		No existe		No sabe	No responde	%
Recursos humanos	20	71.42%	6	21.42%	2	7.14%	0	0	0	0	100%
Recursos financieros	18	64.28%	7	25%	3	10.71%	0	0	0	0	100%
Recursos Materiales	18	64.28%	9	32.14%	1	3.57%	0	0	0	0	100%
Comités	17	60.71%	10	35.71%	1	3.57%	0	0	0	0	100%
Consejos de salud	16	57.14%	9	32.14%	3	10.71%	0	0	0	0	100%
Reuniones	15	53.57%	11	39.28%	2	7.14%	0	0	0	0	100%
Asambleas	15	53.57%	11	39.28%	2	7.14%	0	0	0	0	100%
Talleres	15	53.57%	9	32.14%	4	14.28%	0	0	0	0	100%
Seminarios	15	53.57%	10	35.71%	2	7.14%	1	3.57%			100%

b) Los líderes refieren que los mecanismos de persuasión y de participación promovidas por el SILAIS son:

	Mucho		Poco		Nada		NE	NS	NR	
Contacto directo con los beneficiarios	15	53.57%	7	25%	6	21.44%	0	0	0	100%
Contacto a través de líderes, maestros, familiares, otros.	19	67.85%	7	25%	2	7.14%	0	0	0	100%
Propaganda gráfica	14	50%	12	42.85%	2	7.14%	0	0	0	100%
Perifoneo	16	57.14%	9	32.14%	3	10.71%	0	0	0	100%
Radio	14	50%	12	42.85%	2	7.14%	0	0	0	100%
Televisión	13	46.42%	10	35.71%	5	17.85%	0	0	0	100%
Periódicos	12	42.85%	11	39.28%	5	17.85%	0	0	0	100%

- c) Según los líderes las estructuras de participación más promovidas por el SILAIS son las siguientes:

La organización comunitaria se promueve mucho con un 53.57%, en la categoría de poco esta misma se promueve en un 26.43% y para el 20% de los líderes la organización comunitaria no se promueve nada.

Al referirse a otro aspecto como es la organización del SILAIS los líderes manifiestan que se promueve Mucho en un 10.15%, poco con un 67.85% y para el 22% no se promueve nada.

- d) Entre los niveles de participación promovidos por el SILAIS-León los líderes destacaron que a nivel general el funcionamiento de los puestos, centros de salud y el SILAIS Central son en la categoría de mucho en un 39.28% y en la categoría de poco con un 60.71%.

10. Con respecto a la calidad de los servicios brindados por el SILAIS-León,

El 56.02% de los líderes manifestaron estar poco satisfechos por la carencia de medicamentos, estructuras inadecuadas y atención deficiente; el 32.14% dijeron estar satisfechos con la calidad de los servicios, el 8.14% de los líderes respondieron que están muy satisfechos y el 3.70% dijo que no está nada satisfecho con la calidad de los servicios que a nivel general brinda el SILAIS a la población.

11. Respecto a que si los mecanismos, niveles y estructuras de participación ciudadana implementadas por el SILAIS-León son adecuado a las necesidades de la población, los líderes respondieron de la forma siguiente:

SÍ 32.14%
NO 53.57%
NO SABEN 14.29%

Entrevista:

12. Los directores y funcionarios refieren que los mecanismos, estructuras y niveles de participación que inciden en el mejoramiento de la salud son:

- a) Mecanismos de participación:

1- Talleres	33%
2- Recursos Humanos	60%
3- Seminarios	7%
	<hr/>
	100%

b) Mecanismos de persuasión:

1-Contacto directo con los beneficiarios	60%
2-Contacto a través de líderes y maestros	30%
3-Periódicos	10%
	<hr/>
	100%

c) Estructuras:

Organización comunitaria	55%
Organización del SILAIS	45%
	<hr/>
	100%

13. En cuanto a que si los mecanismos estructuras y niveles de participación implementados por el SILAIS son adaptados a las necesidades de la población, los directores y funcionarios expresaron:

Si =	62.5%
No saben =	25%
No =	12.5%
	<hr/>
	100%

14. Respecto a que si se debe ser más eficaz en la aplicación de mecanismos de participación ciudadana, los directores y funcionarios dijeron:

Si =	87.5%
NO =	12.5%
	<hr/>
	100%

IX. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.

Mecanismos de participación ciudadana promovidos por el SILAIS- León.

Sobre los diferentes mecanismos de participación ciudadana que promueve el SILAIS-León, los líderes encuestados manifestaron que participan en un 60.71% con recursos humanos y la participación en reuniones y asambleas es de un 28.57%. Los encuestados al referirse a estos mismos mecanismos expresaron que gran parte de los recursos humanos se dan a través de la contratación de trabajadores de las comunidades para las campañas de abatización que se vienen realizando de manera coordinada y permanente a lo largo de todo el año.

Por su parte los funcionarios y directores del SILAIS que fueron entrevistados refieren que los mecanismos que ellos más promueven son la participación en reuniones y asambleas con un 50% y los recursos humanos que según ellos son promovidos en un 24.99%.

Los recursos humanos generalmente se materializan a través de mano de obra como contraparte que corresponde a la comunidad en los diferentes proyectos que se llevan a cabo y cuyo mayor porcentaje es asumido por el ente ejecutor, a pesar de que los funcionarios del SILAIS están concientes de que los recursos humanos es el mecanismo de participación ciudadana más efectivo, pero según los resultados obtenidos éstos no toman como una prioridad la promoción de este aspecto.

Como refiere Ander Egg en su teoría, es también un mecanismo de participación inducida ya que a través de agentes externos al individuo (SILAIS) se promueve la participación de la población en acciones que se presume son del interés del conjunto.

Si bien es cierto que el SILAIS ha logrado incrementar la cobertura de atención, no ha conseguido integrar a la población en la definición priorización y superación de los problemas y necesidades más sentidas de la comunidad. La participación de la ciudadanía ha sido insuficiente, pues no se ha realizado una participación efectiva ya que la población es tomada en cuenta para brindar información y cuya presencia es solamente para llenar un requisito solicitado por el ente financiador de los programas.

En lo que no existe coincidencia entre líderes y funcionarios es la integración en comités como mecanismo de participación debido a que los primeros afirman que este mecanismo se promueve en un 25% en la categoría de mucho y los funcionarios refieren que lo promueven en un 8.33%. Esto hace ver que no se presta la atención adecuada por parte del sistema hacia la integración de la población a comités, no obstante por parte del liderazgo se está tomando una mayor conciencia sobre este aspecto, esto tiene mucho que ver con los programas educativos comunitarios que llevan acabo los diferentes ONG's que trabajan en el territorio.

Con respecto a los recursos financieros es posible deducir que el área de salud a pesar de ser muy importante para el desarrollo humano, se encuentra muy desprotegida en cuanto a recursos necesarios se refiere para la adquisición de equipos y medicinas que permitan asegurar una atención de calidad en los servicios, así lo demuestra la opinión de los líderes quienes refieren que los recursos financieros no se promueven nada con un 67.85%, poco con un 10.71%, el 17.85% expresa no saber nada al respecto y un 3.57% no respondió.

El desarrollo del sistema nacional de salud y por tanto de los SILAIS pasa por integrar un modelo de participación social que estimule la relación de la población y los servicios con una actitud de responsabilidad compartida utilizando también la participación comunitaria y la promoción de la salud enfocado al empoderamiento¹⁴ de la comunidad y así poder alcanzar una vida saludable acompañada por el sentido comunitario para tener oportunidades de ser creadores de su propio desarrollo.

Mecanismos de persuasión que promueve el SILAIS-León.

Contrastando los instrumentos aplicados a los encuestados y entrevistados sobre los mecanismos de persuasión promovidas por el SILAIS, los líderes refieren que los mecanismos de persuasión que más promueve el SILAIS son el contacto a través de líderes, maestros y familiares con un 28.57% y la propaganda gráfica con el mismo porcentaje.

Los funcionarios y directores del SILAIS refieren que los más promovidos son el contacto directo con los beneficiarios con un 53 % y el contacto a través de líderes, maestros y familiares en un 47%.

Entre atención gratuita y visitas domiciliarias; estando claro que la atención gratuita es únicamente cuando se recurre a algún puesto o centro de salud y por otro lado las visitas realizadas por medio de brigadistas en función de abatización y fumigación para prevenir enfermedades.

Los programas y actividades que ejecuta el SILAIS en base al contacto directo con la población no están siendo efectivos, porque según lo señalado en el marco conceptual los mecanismos de persuasión utilizados sólo alcanzan un nivel de participación pasiva pues los beneficiarios no conocen mas allá de una información general sobre la situación que compete al caso de su vivienda o de su persona.

Por lo tanto es necesario que se practiquen mecanismos de persuasión innovadores que motiven y que orienten a la población a ser parte de programas donde se compartan experiencias y conocimientos entre funcionarios y beneficiarios directos.

¹⁴ Concebida como la apropiación de todos los sectores de la sociedad, asegurando a aquellos sectores más vulnerables de los instrumentos jurídicos y políticos necesarios para colocarlos en un plano de igualdad y con ello mejorar su condición de vida.

El contacto directo del SILAIS con la población, el cual se limita a las consultas gratuitas y visitas domiciliarias a través de la abatización o fumigación de casas, no genera el impacto social esperado porque el mismo sistema no tiene en cuenta las necesidades reales de la población que aunque reciba atención gratuita no cuenta con recursos económicos y tampoco otras alternativas más accesibles; situaciones como ésta generan en la población un clima de desinterés por la prevención, esto se puede ver cuando la población tiene un rechazo hacia los trabajadores del SILAIS (brigadistas). Lo mismo ocurre con la atención gratuita donde no existe una calidad adecuada, la cual termina por buscar alternativas fuera del sistema en virtud de encontrar un mejor servicio y orientación para su caso.

De acuerdo a la teoría, el nivel de promoción puede ser activo cuando ejercen influencia los que tienen incidencia sobre el grupo, otras veces podría estarse promoviendo una participación a nivel cooperativo cuando se involucran para colaborar en función de actividades beneficiosas para todos, en otras ocasiones pasa a un nivel de cogestión cuando participan los distintos actores en el ciclo de los proyectos.

En cuanto a la persuasión realizada a través de los medios es recepcionada con mayor éxito a través de la propaganda gráfica, esto porque el resto de los medios (radio, televisión, prensa) no son accesibles al 100% de la población, muchas veces por falta de cobertura del tendido eléctrico pero en la mayoría de ocasiones por falta de recursos económicos para obtener aparatos o comprar un periódico que les permita mantenerse informado sobre lo que ocurre en esta el área de salud. En cambio la propaganda gráfica puede ser encontrada en cualquier lugar público o puede ser adquirida como afiches a través de otras personas y sobre todo de manera gratuita.

De manera que este tipo de persuasión a pesar de tener una buena recepción por parte de la población, el SILAIS prioriza otros mecanismos que realmente obtienen una menor recepción del beneficiario.

Así mismo se puede afirmar que la propaganda gráfica es un mecanismo de persuasión que alcanza apenas el nivel pasivo donde únicamente se transmite una información que el sistema cree necesaria debe ser manejada por la población sin consultar con los mismos cuales son las deficiencias que presenta el sistema en este aspecto y que limita la obtención de resultados exitosos.

Los líderes refieren que su participación en los diferentes programas implementados por el SILAIS es de tipo presencial en un 46.42% de consulta en un 32.14% y de decisión en un 21.42%, lo que viene a reforzar el comentario anterior referido a la participación ciudadana en reuniones y asambleas donde los líderes son convocados con el fin de obtener información con relación a situaciones y aspectos concretos que son del interés de la institución.

Estructuras de participación ciudadana con las que trabaja el SILAIS – León.

Con relación a este aspecto de la participación ciudadana en el área de salud, al contrastar los instrumentos, los resultados obtenidos fueron coincidentes puesto que para los directores y funcionarios del SILAIS con la organización que más trabajan y la que más incide es la organización comunitaria con un 55% y según los líderes aparece con un 53.57%.

De acuerdo a los resultados se puede decir que la organización comunitaria es la vía más exitosa para promover la participación en el área de salud. Aquí es importante destacar que ésta estructura funciona en diferentes áreas del desarrollo por muchas razones, entre ellas por que es una estructura que generalmente ya existe en el territorio. Además se tienen experiencias previas de trabajos con instituciones, hay disponibilidad por parte de los líderes quienes trabajan voluntariamente y entre otras hay una capacidad de trabajo comunitario que se ha venido enriqueciendo con la intervención de programas de educación no formal implementados por ONG's que trabajan en el territorio.

Sin embargo, no se puede omitir que también la organización comunitaria tiene sus debilidades ya que expresan los líderes que participan de manera inducida en un 71.42%. Como lo plantea la teoría de Ander Egg, inducida por agentes externos que promueven la participación para realizar un programa o proyecto que se presume es del interés del conjunto, pero que muchas veces sólo lo utilizan para complementar un requisito del programa mismo sin tomar en cuenta las necesidades reales.

En el área de la salud está más que claro que hay un trabajo muy fuerte con las estructuras comunitarias, pero como refiere PADCO es a nivel pasivo, de información con respecto a situaciones muy propias de una situación que ya ha sido analizada y decidida por un grupo haciendo uso de una estructura vertical dentro del sistema mismo.

Aunque se tiene el espacio, aparentemente la voluntad y las condiciones para una efectiva participación de la comunidad dentro del sistema de salud, el involucramiento en la toma de decisiones de éstos no es incidente con lo cual no se puede cambiar la realidad de las personas de una manera efectiva y conciente.

Es importante también destacar que el 75% de los líderes sostienen que las estructuras propias del SILAIS poco o nada son promovidas para la participación ciudadana. En este caso se confirma una vez mas la efectividad de la organización comunitaria con un 53.57%. Es importante señalar que existe deficiencia dentro de la estructura del SILAIS mismo cuyo funcionamiento no está contribuyendo a obtener resultados de mayor impacto dentro del área de salud.

Factores que facilitan o dificultan la participación de la población en el sector salud.

Los factores que intervienen en la participación de la población de alguna manera inciden en la práctica de los diferentes procesos que se llevan a cabo en función del desarrollo del territorio.

A través de la contrastación de instrumentos aplicados para nuestro estudio hemos obtenido que para los líderes la organización comunitaria es un factor que facilita la participación en un 78.57% seguido del interés de la gente con un 53.57%; y para los directores y funcionarios de centros y puestos de salud en un 100%, de manera que se puede ver que para ambos este factor es esencial para una participación ciudadana activa. Seguido del acceso a la información en un 87% y los tipos de persuasión en un 100%.

Como se ha mencionando en acápite anteriores la organización comunitaria es una estructura que tiene mucha presencia y es importante para avanzar en un función del desarrollo, pero es necesario insistir en que la población también manifiesta que su participación en el sistema de salud es inducida en un 71.42% y además nada dinámica en un 57.14 %.

De esto se desprende que la organización comunitaria como un factor que potencialmente facilita la participación ciudadana no está siendo aprovechada para promover una participación activa orientada hacia la gestión y la incidencia en el área de salud que vaya más allá de la prevención de enfermedades.

Evidentemente hay una gran debilidad de fondo en este aspecto y es que la población aún no comprende o no tiene información suficiente para saber que la participación ciudadana activa no se limita a tener un mínimo nivel de información sobre algunas situaciones sino a poder incidir de manera efectiva en las políticas que garanticen una salud de calidad.

Así mismo ocurre con los directores quienes a pesar de estar conscientes de la importancia de la organización comunitaria no ejecutan programas donde se involucre a la población a lo largo de todo el proceso y sobre todo para la planificación de acciones concretas con bases concertadas desde la comunidad. Como hemos mencionado en varios acápite anteriores los líderes refieren que su participación mayoritariamente es pasiva y no tienen que ver con la toma de decisiones.

La diferencia en cuanto a los factores que dificultan la participación de la población en el sector salud se encuentra sobre todo según funcionarios y directores del SILAIS en el desempleo con un 75%, el nivel de vida de la población con un 50%, el nivel que participa de población y el desconocimiento sobre la participación en salud; en cambio los líderes refieren que no son nada efectivos la incidencia del Estado Central con un 75% y la religión con un 60.71%, la incidencia de ONG's con un 50%.

Podemos agrupar el desempleo y el nivel de vida ya que este último depende mucho del primero lo que conlleva a que la población oriente sus prioridades hacia la participación en sectores y proyectos que generan beneficios estructurales o financieros, evidentemente sin conciencia clara de la importancia de la salud. Esto se puede confirmar con la consideración de los directores y funcionarios quienes han referido que el desempleo debilita la participación en un 75% y el nivel de vida en un 50%.

Todo esto no permite un desarrollo integral del individuo que por razones de limitados conocimientos al respecto busca alternativas para solucionar en primera instancia una dificultad financiera; de alguna manera se pierde un poco la visión de que la salud es vital para alcanzar un nivel de vida integral en busca del desarrollo humano sostenible de las personas.

Estos aspectos vienen siendo retomados a lo largo del estudio y el mayor énfasis está en que la población no tiene información suficiente para hacer uso de los espacios y las formas de participación como lo rige la ley donde se concede mucha fuerza a la población para incidir de manera activa en las políticas que afectan su vida diaria. A pesar de que los funcionarios están concientes de esto en un 87% no lo ponen en práctica considerando que los líderes tienen una participación de consulta y no de incidencia directa.

De igual manera ocurre con el sistema de salud quienes además del desconocimiento sobre el tema de participación ciudadana se encuentran limitados por una descentralización de funciones pero no de recursos y por lo tanto continúan con líneas verticales en cuanto a la planificación e inversión de los recursos, lo cual no permite ejecutar programas apegados a la realidad de cada territorio.

Marco normativo de la participación ciudadana en salud.

Sobre el marco normativo en el ámbito de la salud, se valoró el conocimiento y nivel de aplicación tanto en los líderes como en los funcionarios del SILAIS sobre una serie de leyes que rigen o tienen relación con la salud.

Las leyes que son más conocidas por los líderes son la Ley de Defensa de los Consumidores con un 28.57%, seguido por Código de la Niñez y la Ley de Municipios con un 25%, un 7.1% no conoce nada de las leyes. Sobre las leyes que rigen directamente la salud un 14.28% dice conocer mucho el Reglamento de Inspección Sanitaria, 17.85% la Resolución Ministerial sobre Régimen de Farmacias, 14.28% la Ley de Control de Sustancias Tóxicas.

El nivel de conocimiento de los funcionarios está orientado a la Ley de Educación Popular para la Salud y la Comunicación Gratuita de sus Mensajes con un 40%, seguida de la alternativa que no conocen ningún tipo de Ley con un 37%, un 10% conoce la Ley de Municipios, 7% el Código de la Niñez y un 6% la Ley de Participación Ciudadana.

Debemos aclarar que tanto los líderes como los funcionarios tienen conocimiento de forma general sobre el marco normativo, con lo cual no conocen el contenido de las leyes y por lo tanto no se ponen en práctica de la manera más adecuada.

La ley de la que tienen mayor conocimiento los funcionarios es precisamente donde se encuentran estipulados sus derechos como trabajadores del área de salud.

Los resultados antes expuestos sobre el conocimiento del marco jurídico indican la debilidad que poseen quienes las implementan. Estas leyes no se están utilizando para mejorar las condiciones y calidad de vida de la población y lo más esencial la salud. No se están tomando en cuenta ni utilizando las estrategias primordiales ni las herramientas necesarias para buscar una respuesta satisfactoria a la realidad vivida.

En cuanto a la pertinencia del marco normativo los líderes manifiestan que son poco adecuadas en un 60.7%, adecuadas en 28.5% y facilita la participación de la población en un 39.3%. En el caso de los funcionarios estos consideran que las leyes son adecuadas en un 12% y facilitan la participación de la población en un 88%.

La diversidad existente sobre la legislación en salud indica que el marco jurídico del sector es muy difuso, incompleto y desactualizado, específicamente con aquellos que delimitan las funciones, obligaciones y derechos tanto de los trabajadores y funcionarios como de la población misma. Esto conlleva a que no se conozcan las leyes, las instancias a las que pueden recurrir, los derechos y todo lo que a ello se refiere.

Ciertamente las condiciones de vida o de bienestar dependen de una gran cantidad de factores, uno de éstos son las normas como formas de las formas sociales para ordenar las necesidades básicas en la salud. Para ello hay que tener muy en cuenta que el objeto de las leyes en salud es tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar la salud en armonía con las disposiciones legales y normas especiales, así como lo estipula la Ley General de Salud, Ley N° 423, que tiene como principios la gratuidad, universalidad, solidaridad, integralidad, participación social, eficiencia, calidad, equidad y sostenibilidad, los cuales en teoría deben garantizar el buen estado de salud de la población.

Claramente más que de las normas que rigen el comportamiento de la ciudadanía, el desarrollo y bienestar de la misma depende mucho de la voluntad política, el conocimiento y el respeto que de ésta se tenga.

Incidencia de la participación ciudadana en el mejoramiento de la salud de la población.

Uno de los grandes problemas en Nicaragua es el estado de salud de la población y el hecho de no tener un acercamiento con datos específicos sobre el impacto que generan los diferentes programas que se ejecutan, por lo que es necesario desarrollar indicadores que nos permitan medir su evolución. Una de las formas es conocer el grado de satisfacción de la población en cuanto a la calidad de los servicios brindados por el sistema.

Según los líderes manifiestan que existe satisfacción en un 32.14%, 8.14% dice estar muy satisfecho, poco satisfecho en un 56.02% y nada satisfecho el 3.70%.

En cuanto a los mecanismos y estructuras organizativas implementadas por el SILAIS, los funcionarios refieren que los mismos se adaptan a las necesidades en un 62.5%, 25% dice no saber y 12.5 % dice no estar de acuerdo.

A pesar de que según lo expresado por los funcionarios los mecanismos y estructuras organizativas se adaptan a las necesidades, éstos también refieren que el SILAIS debe ser más eficaz en la aplicación de los mecanismos en un 87.5%.

Al realizar la triangulación es evidente que no existe una visión compartida entre líderes y funcionarios sobre la satisfacción de la prestación de los servicios en salud. Es claro que la población reciente la falta de un sistema de salud que garantice el acceso a los servicios básicos para todos los sectores sociales con eficiencia y calidad, priorizando la salud preventiva de alta calidad en la que se integren las prácticas modernas y tradicionales.

Con respecto a los niveles de promoción utilizados ya señalamos que es pasivo. Aquí es aplicable lo señalado en la teoría por PADCO, quien plantea que sólo se brinda a la población la información sobre una determinada situación o se le consulta la opinión sobre lo informado.

Efectivamente al no ser tan determinante la respuesta de los funcionarios sobre el grado de satisfacción de la población en materia de salud contrastando con el alto grado de insatisfacción de los líderes, la población no está satisfecha con el servicio a la salud que brinda el SILAIS.

X. CONCLUSIONES.

1. El SILAIS, e incluso el liderazgo comunitario, promueve mayoritariamente mecanismos de participación inducidos, esto con el propósito de cumplir con los requisitos establecidos por la institución. Con lo cual se observa que la población participa muy poco de manera espontánea en las tareas de salud impulsadas por el SILAIS.
2. La forma en que más participa el liderazgo es aportando sus propios recursos humanos. El mecanismo de participación que muy poco se promueve es la obtención de recursos financieros propios de la comunidad debido a la problemática económica y social que afecta a la población en general.
3. La participación del liderazgo en las reuniones y asambleas comunitarias que se organizan tiene un carácter presencial y de consulta, más no de decisión, porque los líderes que son convocados asisten únicamente para ser informados de programas a ejecutarse o en ejecución.
4. Al ser la participación mayoritariamente de tipo presencial y consulta, se realizan actividades de tipo vertical por parte del SILAIS, lo cual disminuye la incidencia de la población y el liderazgo. Esto hace que no se promuevan mecanismos de participación más democráticos y que como consecuencia se excluyan a grupos de población de la participación y toma de decisiones en los asuntos que sean de interés para mejorar el estado de salud de la población.
5. A parte de lo ya señalado, otros factores que dificultan la participación ciudadana en el sector salud son el desempleo, el nivel de vida y el desconocimiento sobre las formas de involucramiento para la atención de la salud. La gente está más interesada en la economía familiar para la subsistencia que en hacer uso de espacios de participación donde su incidencia y decisión mejoren su situación en materia de salud pública.
6. Encontramos que entre los factores que facilitan la participación de la población están la organización comunitaria, el acceso a la información sobre los programas y proyectos de salud y los mecanismos de persuasión referidos al contacto directo con líderes, maestros y familiares. No obstante, como señalamos antes la participación es más inducida que espontánea.
7. Existe poco conocimiento de parte de los líderes y funcionarios sobre el marco normativo que rige la participación ciudadana y el sistema de salud en específico. Con lo cual, a pesar de lo no tan adecuado y difuso del mismo, no se aprovechan las ventajas que el marco legal brinda.

8. El actual sistema de salud no garantiza el acceso al servicio con eficiencia y calidad. Esto se refleja en el grado de insatisfacción de la población en cuanto a los servicios brindados por el SILAIS – León.

9. A pesar que los mecanismos de participación más promovidos son la participación de los recursos humanos y la organización comunitaria, no se está incidiendo en la mejora del estado de salud de la comunidad.

10. La falta de una mejor promoción de la integración de la población en el proceso que va desde la planificación hasta la ejecución de los programas de salud no permite una incidencia continua, dinámica y efectiva en el estado de salud de la población.

XI RECOMENDACIONES.

1. Es preciso promover la planificación participativa del liderazgo para que los mismos tomen conciencia de la problemática de salud y sean parte de la solución en sus comunidades. Esto puede contribuir a que la población se involucre más en los asuntos comunitarios, pero sobre todo que la participación surja de la misma gente.
2. Se deben desarrollar iniciativas comunitarias para la consecución de recursos financieros y materiales. Este aumento de recursos debe servir de contraparte para los programas y proyectos de salud dirigidos a la comunidad o para que los propios pobladores lo inviertan en la mejora del estado de salud comunal.
3. El SILAIS debe de implementar como línea estratégica la participación activa de la población. Esto implica que las autoridades de salud deben promover plenamente el derecho de la población a decidir lo referido a las medidas que tiendan a mejorar el estado de salud de la comunidad.
4. El SILAIS debe promover la integración de los sectores, familias y personas de la comunidad que por lo general no participan ni siquiera de manera presencial en los asuntos comunitarios, específicamente en lo concerniente a la salud.
5. Se debe persuadir a la población de que su nivel de vida no es un obstáculo para la participación, sino que una situación que debe impulsarlos a la participación activa. Con lo cual la población debe estar apropiada de que involucrándose en las acciones de salud puede elevar su nivel de vida. A su vez se deben divulgar las formas en que la población puede involucrarse para atender su estado de salud.
6. Es preciso potenciar la organización comunitaria y promover, desde y a través de ésta, la participación de la comunidad en materia de salud. Pero a su vez el SILAIS debe de apoyar y fortalecer el liderazgo comunitario para facilitar el involucramiento de la población.
7. Se deben realizar talleres, charlas, reuniones, entre otros, en el que se divulguen los principales aspectos del marco normativo que regula la salud y la participación ciudadana. Por otra parte el SILAIS en consulta con la población debe proponer e implementar iniciativas que adecuen las normativas a las necesidades comunitarias, de tal forma que se puedan poner en práctica instancias y mecanismos que faciliten la participación comunitaria en salud.
8. Si no es posible aumentar los recursos económicos y materiales para mejorar la cobertura y acceso al sistema de salud, al menos se deben capacitar y motivar a los recursos humanos existentes para mejorar la eficacia y eficiencia del sistema de salud.

XII. BIBLIOGRAFÍA.

Canales, De Alvarado, Pineda, Metodología de la investigación. 1989.

Centro de Derechos Constitucionales, Hacia una Ley de Participación Ciudadana. Primera edición, Managua septiembre; Impresiones Helios 2000.

CISAS, La salud y los ajustes estructurales en Nicaragua. Managua, febrero 1995.

CISP, La atención a la salud en sociedades en transición. Traducción Ricardo Loewe, coordinadora de la versión en español María Zúñiga, Managua, Editado por la fundación Hesperian, diciembre 1991.

CONPES CONADES, Visión de Nación, documento base para la construcción de la agenda de nación. 2002.

Constitución Política de la Republica de Nicaragua con sus reformas, 9na edición, 2003

Cooperación Española en Nicaragua. Manual de salud pública, 2000.

De franco Augusto, Folleto Política social, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 1999.

Grijalbo Mondadori, Gran diccionario enciclopédico ilustrado. Litografía Roses S.A., 1998.

INDES-Nicaragua, Estudio de casos sobre buenas prácticas de gestión de proyectos y programas de salud del SILAIS-Carazo, 2002.

Kinersman Natalio, Salud pública y trabajo social, 2003.

Kleczkowski, Bogdan M., Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos, 1984.

Lizana Fernando, ¿Qué es la política de salud? Centro de estudios y publicaciones Alforja, julio 1993.

Loza Jarquín Yader Amilcar, Colón Rafael, Martínez Silvia Manual de prácticas para la incidencia, publicación de Hagamos Democracia; Managua-Nic. Impresiones Helios, 2000.

MINSA, BID, MSH, Estudio de demanda de servicios de salud en Nicaragua. Editorial Imprimatur, Managua, agosto, 1995.

MINSA, OPS, OMS, Sistemas locales de atención integral en salud, 1991.

MINSA, OPS/OMS, Análisis del sector salud Artes gráficas. Managua, 2000.

MINSA, Política Nacional de Salud. Managua, Ediciones internacionales, octubre 1993.

Olate René, ¿Cómo construir instituciones y capital social? Folleto, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, 2003.

OMS, La salud el bien máspreciado. Folleto, 2000.

PADCO, Proyecto de descentralización y desarrollo municipal, 1998.

Pineda, De Alvarado, Canales. Manual para el desarrollo del personal de salud. 2 edición, 1994.

Piura López Julio, Introducción a la Metodología de la investigación científica. Editorial El Amanecer, Managua, 1994.

Proyecto de desarrollo local. Folleto, Carazo, 2001.

Rosales Salvador, Evaluación Noriestral. SILAIS-León, 2002.

Sanz Cintora Ángel, Políticas Sociales y Bienestar Social. 1998.

SILAIS-León, Evaluación. 2001- 2002.

UNAN-León, SILAIS, Alcaldía, Movimiento Comunal, Una nueva iniciativa en la educación de los profesionales de la salud. León, enero 1993.

Wallace Salinas Guadalupe. Participación ciudadana y su importancia para la transparencia en la gestión del gobierno municipal y el desarrollo local. Impresiones Helios.

www.asamblea.gob.ni

www.legislacion.asamblea.gob.ni

www.inss.org.ni/b-marcojuri/leyReg/leyGralsal

www.presidencia.gob.ni/buscador_gaceta/BD/LEYES/2002

www.Minsa.gob.ni/pns/plan/pns

www.undp.org.ni/idhnicaragua (PNUD - El Desarrollo Humano en Nicaragua 2000, Unidad de Comunicaciones)

ANEXOS

INSTRUMENTOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

Entrevista en profundidad dirigida a funcionarios y directores de centros y puestos de salud del SILAIS - León

Objetivo Específico N° 1: Describir los mecanismos de participación ciudadana promovidos por el SILAIS –León.

1. ¿Qué entiende por participación ciudadana?
2. ¿Cuáles son las formas de participación ciudadana que promueve el SILAIS –León y cuál es la efectividad de las mismas?
3. ¿Cuáles son los mecanismos de persuasión promovidos por el SILAIS-León y cuál es la efectividad de las mismas?
4. ¿Con qué tipo de estructuras de participación trabaja el SILAIS-León, si es que trabaja con estructuras formales, y cuál es la efectividad de las mismas?
5. ¿A qué nivel de las estructuras participa la población?
6. ¿Qué formas, mecanismos, estructuras y niveles de participación ciudadana son los que más utiliza o es más susceptible de persuasión de la población?

Objetivo Específico N° 2: Identificar los factores que desde el liderazgo de la comunidad facilitan o dificultan la participación de la población en el sector salud.

7. ¿Cuales son los factores que facilitan o debilitan la participación de la población en el área de la salud?

La existencia o no de organizaciones comunitarias

Acceso a la información

El nivel en el que participa la población

Lo referido al interés

El nivel de vida

El desempleo

La religión

La incidencia del movimiento comunal
La influencia de los partidos políticos
La incidencia del Estado
La incidencia de los ONG's
El nivel educativo
Los tipos de persuasión que se promueven
La desconfianza en el SILAIS
El desconocimiento sobre la participación en salud

Objetivo N° 3: Analizar si el marco normativo de la participación ciudadana facilita o dificulta la promoción de la salud pública.

8. ¿Conocen las leyes que promueven la participación ciudadana? ¿Cuáles?
9. ¿Cuáles son las leyes que rigen la participación de la población en sector salud?
10. Existe algún marco normativo institucional del sistema de salud que regule o promueva la participación? ¿Cree que es necesario? ¿Cómo funciona?
11. ¿Cree que todo el marco jurídico que regula la participación ciudadana (Leyes generales, las específicas de salud, las normativas internas del sector) facilita o dificulta la participación ciudadana en el sector salud?

Objetivo Específico N° 4: Conocer los mecanismos de participación ciudadana que inciden en el mejoramiento de la salud de la población.

12. ¿De todas las formas de participación, mecanismos de persuasión, estructuras y niveles de participación, cuáles son las que inciden positivamente en el mejoramiento del estado de salud de la población y por qué?
13. ¿Las formas, mecanismos, estructuras y niveles de participación implementadas por el SILAIS- León, se adaptan a las necesidades de la población?
14. ¿Considera usted que el SILAIS-León debe ser más eficaz en la aplicación de mecanismos de participación ciudadana?

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

Encuesta dirigida a líderes comunitarios

Edad _____

Sexo _____

Nivel académico _____

Profesión/ocupación _____

Objetivo Especifico N° 1: Describir los mecanismos de participación ciudadana promovidos por el SILAIS –León.

1. Los mecanismos de participación ciudadana que promueve el SILAIS- León son:

	Mucho	Poco	Nada	No sabe	No responde
Recursos financieros					
Recursos materiales					
Campanñas abatización					
Integración a comités					
Participando en reuniones, asambleas, seminarios o talleres					
Otros					

2. ¿Cuáles son las formas de persuasión que promueve el SILAIS-León?

	Mucho	Poco	Nada	No sabe	No responde
Contacto directo con los beneficiarios					
Contacto a través de líderes, maestros, familiares, otros.					
Propaganda gráfica					
Perifoneo					
Radio					
Televisión					
Periódicos					
Otros					

3. Su participación en los diferentes programas implementados por el SILAIS- León es de tipo:

- a. Presencial _____
- b. Consulta _____
- c. Decisión _____

Objetivo Específico N° 2: Identificar los factores que desde el liderazgo de la comunidad facilitan o dificultan la participación de la población en el sector salud.

4. Su participación el sistema de salud es:

Continua: Mucho _____ Dinámica: Mucho _____
 Poco _____ Poco _____
 Nada _____ Nada _____

5. ¿Cómo califica el tipo de participación que se realiza en su comunidad?

Espontánea _____
 Inducida _____
 Obligatoria _____

6. Valore la efectividad de los factores que inciden en la promoción de la participación ciudadana en el sector salud.

	Muy efectivo	Poco efectivo	Nada efectivo	No sabe	No responde
Existencia de organizaciones comunitarias					
Nivel de participación de la población					
Interés de la gente					
Nivel de ingresos					
Desempleo					
Religión					
Incidencia del movimiento comunal					
Influencia de los partidos políticos					
Incidencia del Estado (central)					
Incidencia del gobierno municipal					
Incidencia de ONG's					
Nivel educativo					
Tipos de persuasión que se promueven					

Desconfianza en el SILAIS					
Desconocimiento sobre la participación en salud.					
Coordinación entre el SILAIS y la sociedad civil					
Seguimiento a los programas de salud					
Integralidad del servicio de salud					
Tipo de atención que brinda					

Objetivo N° 3: Analizar si el marco normativo de la participación ciudadana facilita o dificulta la promoción de la salud pública.

7. Valore según sus conocimientos el nivel de aplicación de las normas jurídicas relacionadas con la salud y la participación ciudadana en Nicaragua:

	Mucho	Poco	Muy poco	Nada	No sabe	No responde
Ley de educación popular para la salud y la comunicación gratuita de sus mensajes.						
Reglamento de inspección sanitaria						
Ley orgánica de seguridad social						
Resolución ministerial sobre régimen de farmacias						
Ley de control de sustancias tóxicas						
Constitución política						
Ley de participación ciudadana						
Ley de municipios						
Reglamento de organización y funcionamiento municipal						
Ley de régimen presupuestario						
Código de la niñez y la adolescencia						
Ley general de medio ambiente y los recursos naturales						
Ley de defensa de los consumidores						
Reglamento de ley general del medio ambiente y los recursos naturales.						
Reglamento de la ley de defensa de los consumidores						
Ley creadora del Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención a los Desastres. Ley N° 337.						

8. De acuerdo a la realidad de nuestro país, considera que las leyes antes mencionadas son:

- Adecuadas _____
 Muy adecuadas _____
 Poco adecuadas _____
 Para nada adecuadas _____
 No sabe _____
 No responde _____

Objetivo Específico N° 4: Conocer los mecanismos de participación ciudadana que inciden en el mejoramiento de la salud de la población.

9. Valore el grado de incidencia que tienen en el mejoramiento del estado de salud de la población:

a) Los mecanismos de participación promovidos por el SILAIS:

	Mucho	Poco	Nada	No existe	No sabe	No responde
Recursos humanos						
Recursos financieros						
Recursos materiales						
Comités						
Consejos de salud						
Reuniones						
Asambleas						
Talleres						
Seminarios						

b) Formas de persuasión promovidas por el SILAIS

	Mucho	Poco	Nada	No Existe	No sabe	No responde
Contacto directo con los beneficiarios						
Contacto a través de líderes, maestros, familiares, otros.						
Propaganda gráfica						
Perifoneo						
Radio						
Televisión						
Periódicos						

c) Estructuras de participación promovidas por el SILAIS:

	Mucho	Poco	Nada	No existe	No sabe	No responde
La organización comunitaria						
La organización del SILAIS						

d) Niveles de participación promovidos por el SILAIS-León.

	Mucho	Poco	Nada	No existe	No sabe	No responde
El funcionamiento de los puestos/centros de salud/SILAIS-central						

10. Con respecto a la calidad de los servicios brindados por el SILAIS-León usted se encuentra:

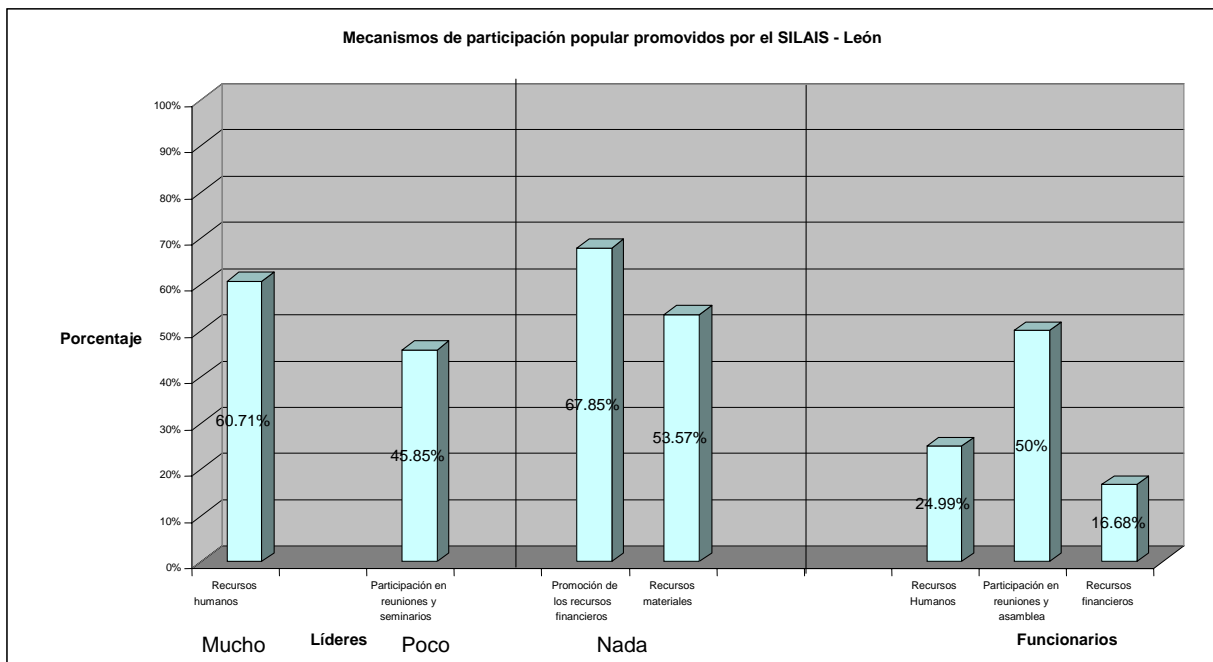
Satisfecho _____
Muy satisfecho _____
Poco satisfecho _____
Nada satisfecho _____
No sabe _____
No responde _____

11. Considera que las formas, niveles y estructuras de participación ciudadana implementadas por el SILAIS-León son adecuadas a las necesidades de la población:

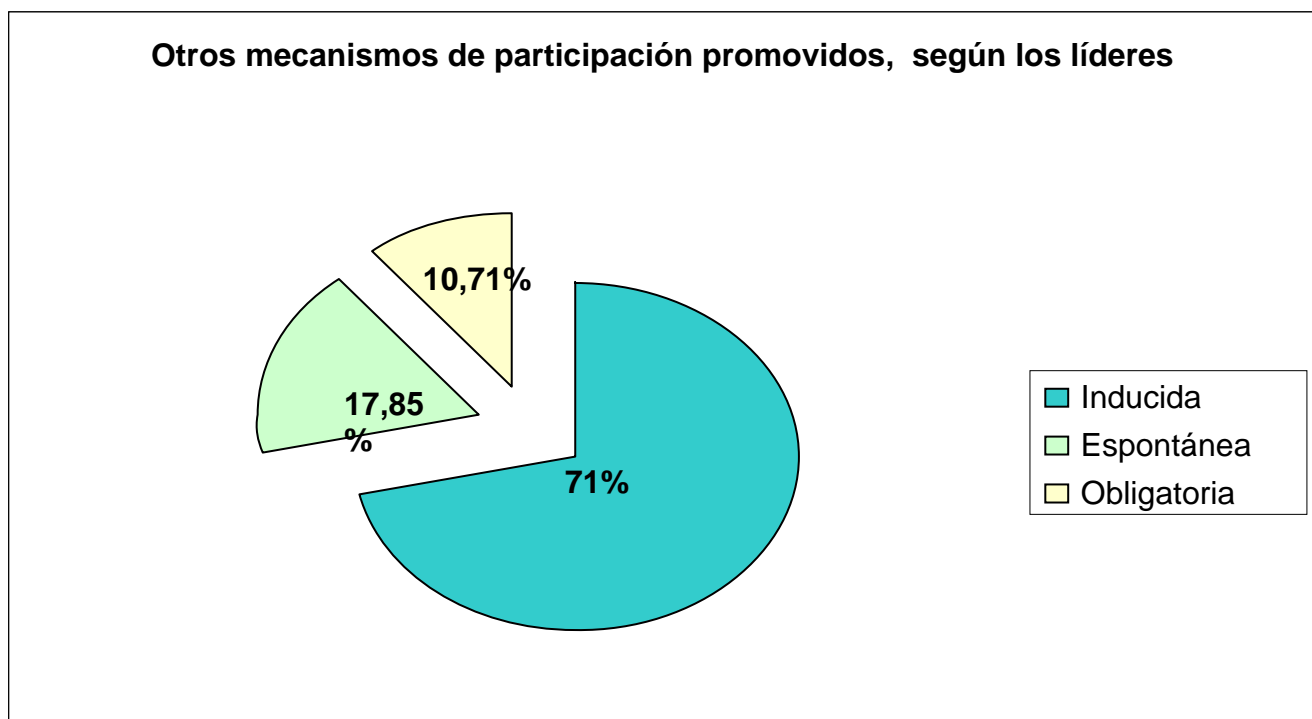
Sí _____
No _____
No saben _____

Gráficos

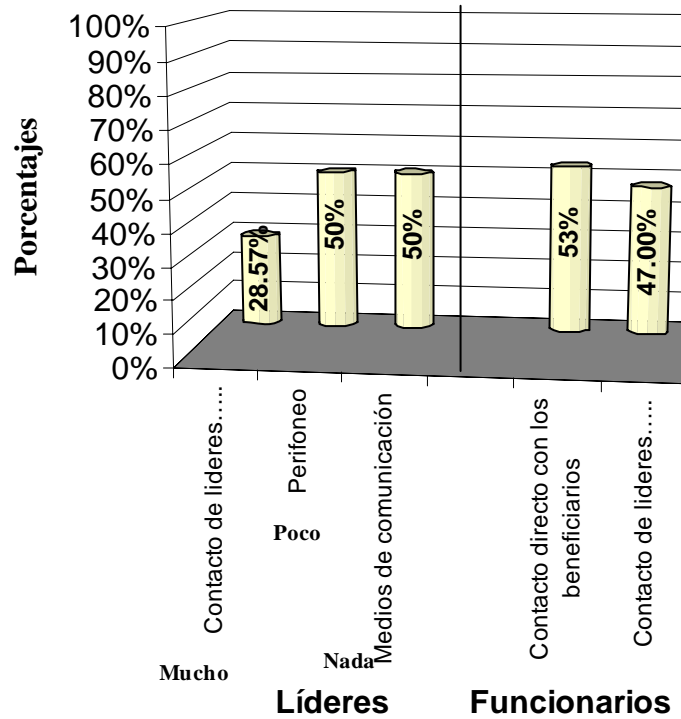
Nº 1



Nº 2

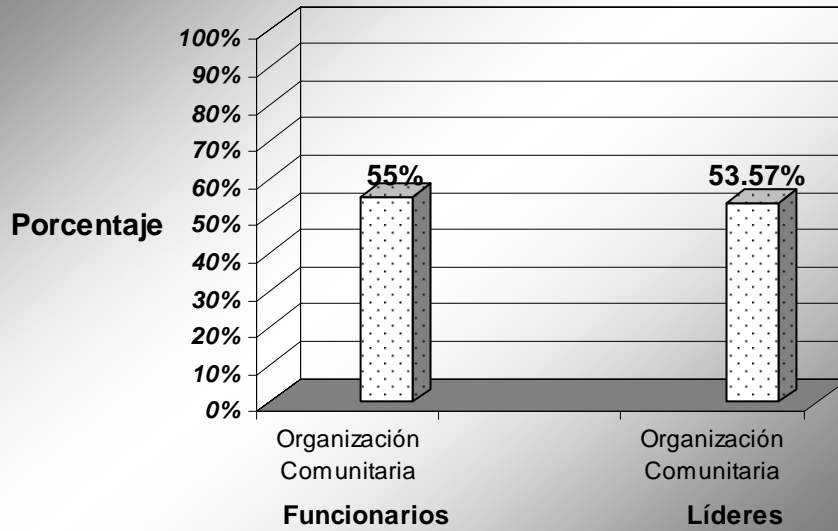


Mecanismos de persuasión promovidos por el SILAIS-León



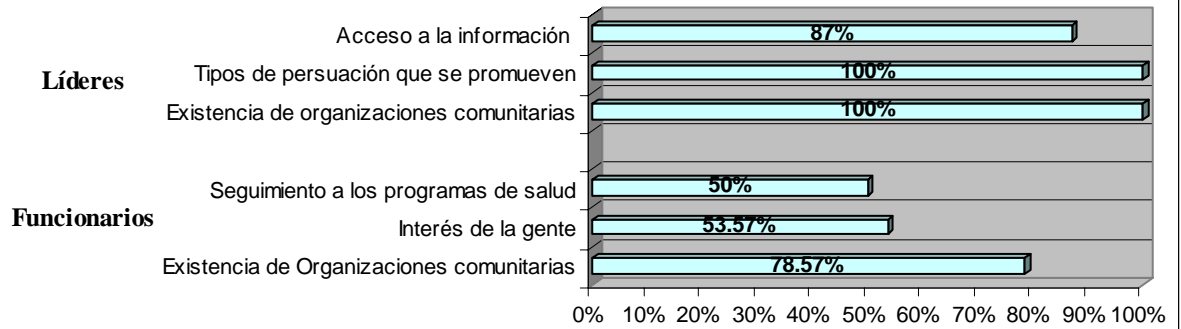
Nº4

Estructuras de Participación Ciudadana con la que más se trabaja y de mayor incidencia



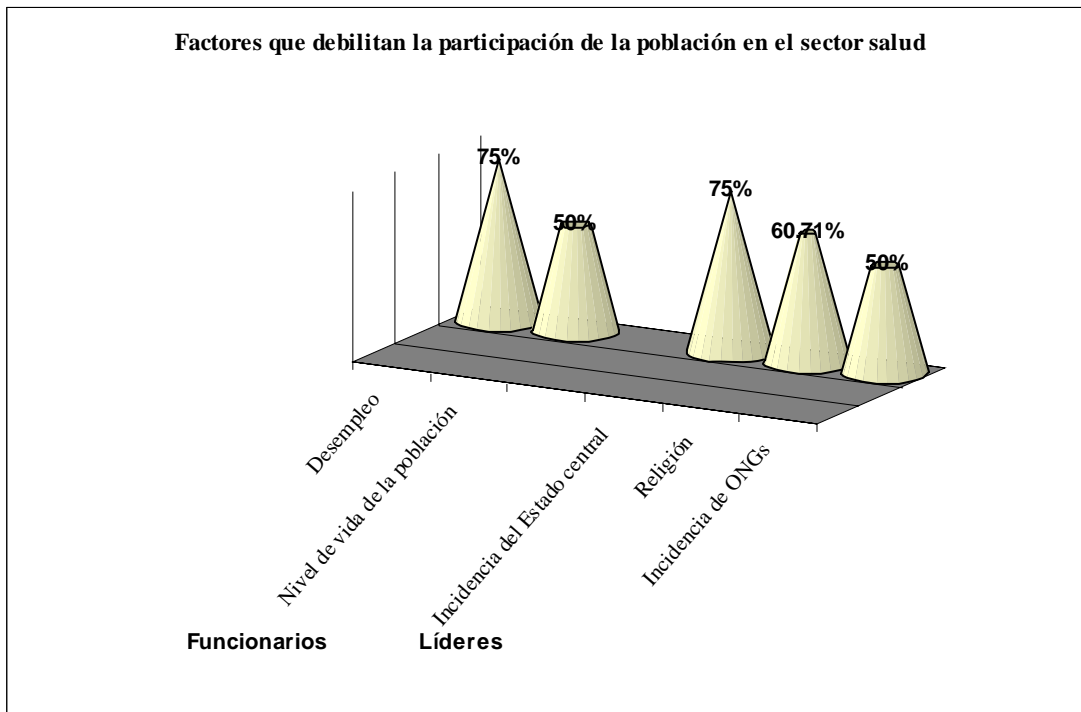
Nº 5

Factores que facilitan la participación de la población en el sector salud



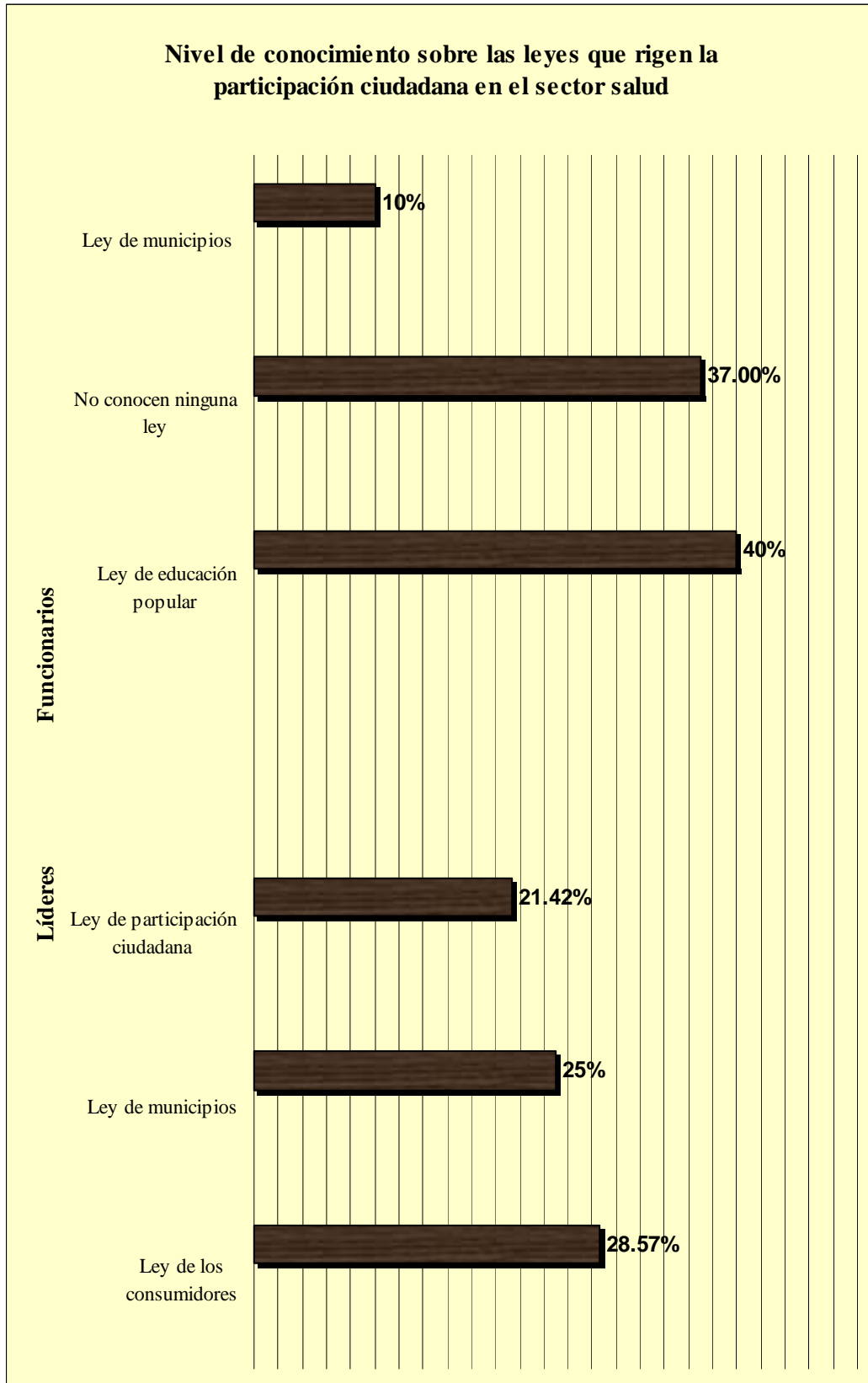
Nº 6

Factores que debilitan la participación de la población en el sector salud

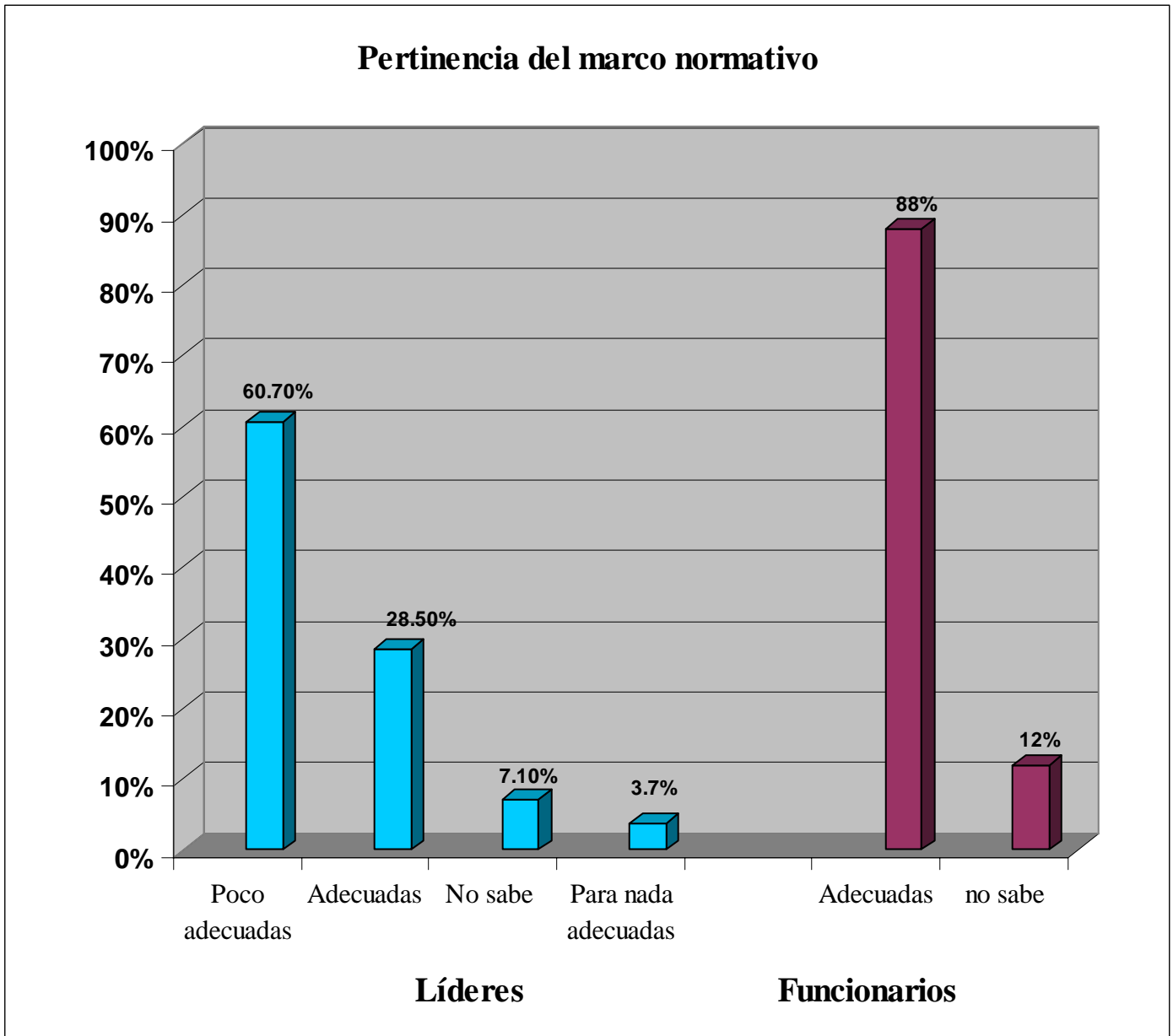


Nº 7

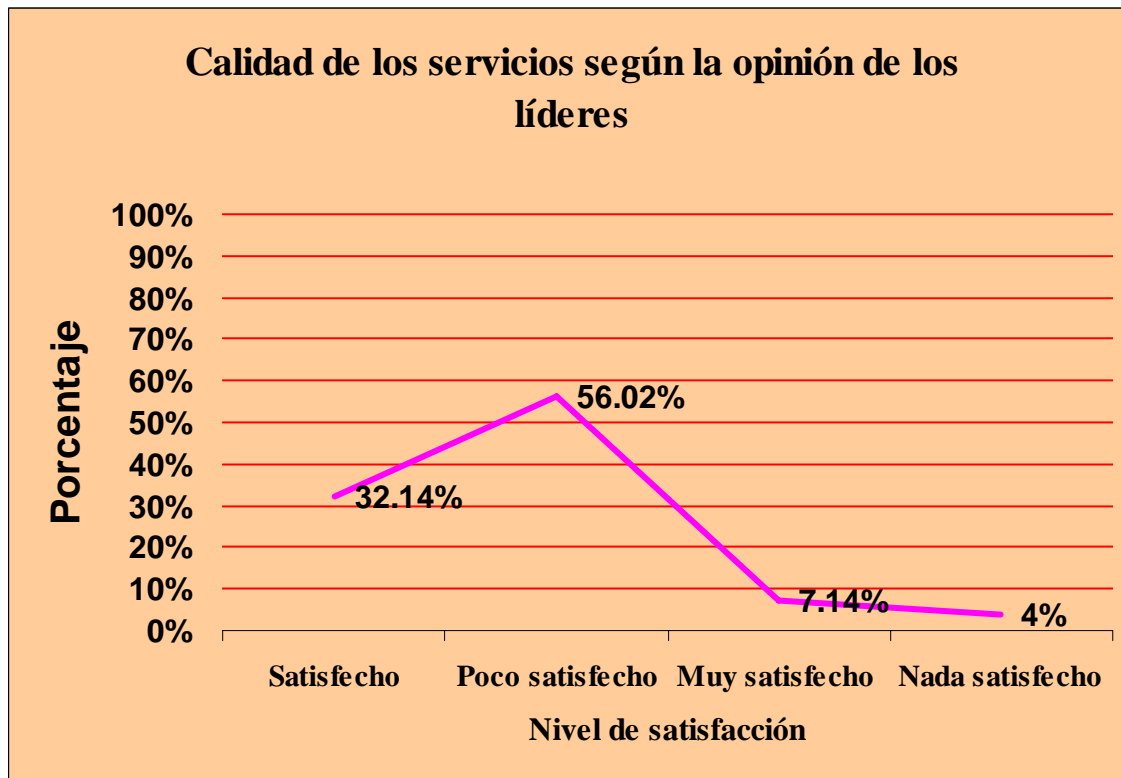
Nivel de conocimiento sobre las leyes que rigen la participación ciudadana en el sector salud



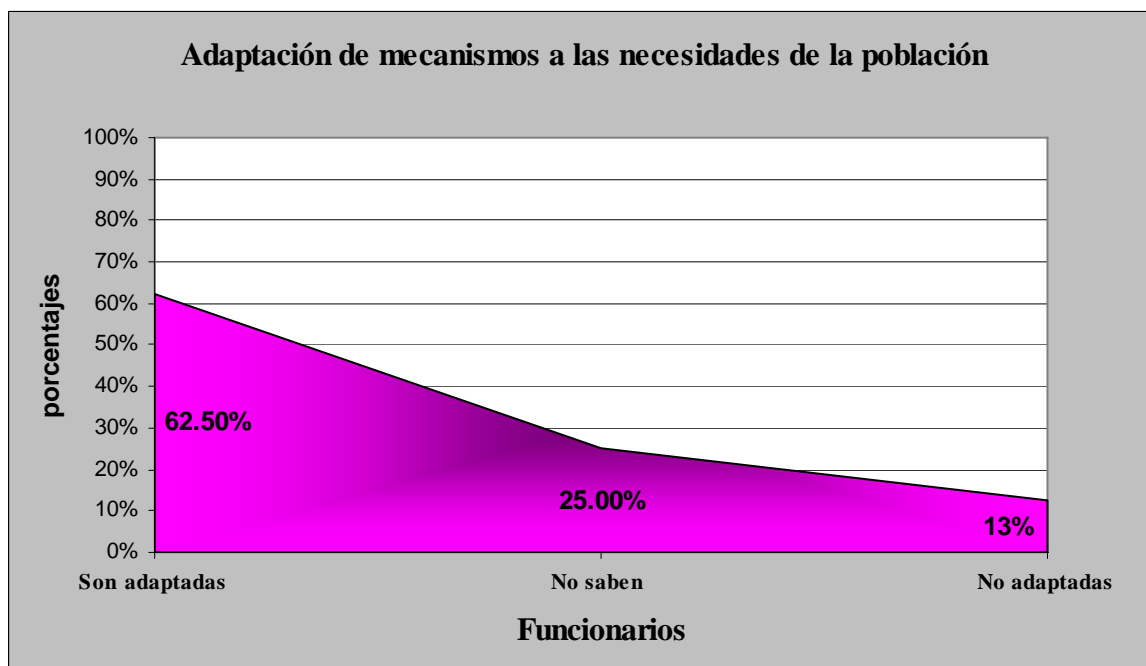
Nº 8



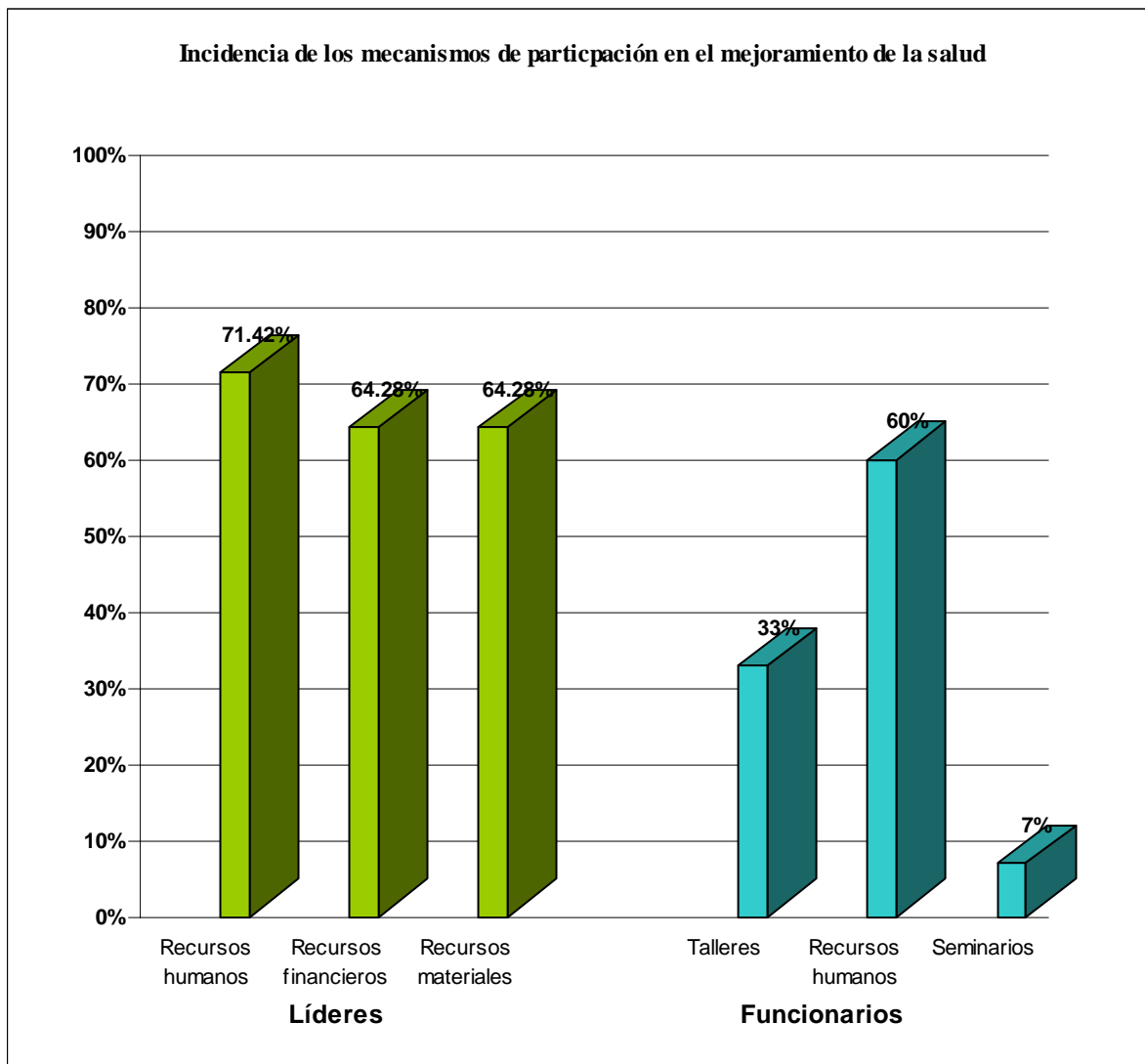
Nº 9



Nº 10



Nº 11



Nº 12

