



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



Maestría en Salud Pública 2007-2009.

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MASTER EN SALUD PÚBLICA

**SISTEMATIZACIÓN DEL MODELO CONVIVENCIA COMUNITARIA EN SALUD
EN EL PUEBLO INDÍGENA SALINAS DE NAGUALAPA, SILAIS RIVAS, MAYO
2007 –DICIEMBRE 2008.**

Autora:
LICDA. MARIA JOSE MENDOZA GALÁN

Tutor:
MSc. MANUEL MARTINEZ MOREIRA
DOCENTE INVESTIGADOR CIES-UNAN-Managua

MANAGUA, NOVIEMBRE 2009



Salinas de Nagualapa

...“Soq guacal Niaca lu echega jut gamba daz, cugui mah güegüe mah”...

...Marchando hacia lo nuestro por el camino de mis ancestros” ...

Contenido

DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN.....	iii
I. INTRODUCCION	1
II. CONTEXTO.....	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
IV. OBJETIVOS	6
V. MARCO DE REFERENCIA	7
VI. DISEÑO METODOLOGICO	16
VII. RESULTADOS	22
VIII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	43
IX. LECCIONES APRENDIDAS.....	56
X. CONCLUSIONES.....	57
XI. RECOMENDACIONES	59
XII. BIBLIOGRAFIA.....	60
ANEXOS.....	62

DEDICATORIA

Al Gran Padre Corazón del cielo y de la Madre Tierra, que nos brinda su luz, la sabiduría, sus energías para que continuemos caminando.

A mi Madre y Padre, QEPD, que me guiaron en la vida hacia un sueño, aunque no fueron letrados, cultos en el saber hacer, me ayudaron con sabiduría y me prepararon para servir a los demás.

Expresaba mi Madre mientras limpiaba el cuadro de un título del hijo de su patrona: “Un día mis hijos obtendrán un título de estudio... aprenderán la escritura y caminarán para ayudar a muchos de mis hermanos... ese es el legado que les dejo a mis nietos... con mi ejemplo, con mi vida.”

Al Don del saber y al Arte de aprender y desaprender en las convivencias de vida que nos han legado nuestros Abuelos y Abuelas.

A la revitalización de esos sueños que hoy en día realizan cada uno de mis hermanos, los líderes, Mayores, ancianos, ancianas, jóvenes, mujeres, grandes Maestros y Maestras que hoy comparten en la colectividad y se encaminan al arte del buen vivir, en los Pueblos indígenas de las Regiones Pacífico Centro Norte, en especial al Pueblo Indígena de Salinas de Nagualapa, Mayor Bartolomé López y Víctor Torres.

A los Mayores, Sabios, Sabias, Maestras Maestros, Médicos, Enfermeras, Cooperantes amigas y amigos, continuemos caminando cultivando esa semilla del buen vivir intercultural para mejorar las condiciones de salud y vida del Mundo.

AGRADECIMIENTO

A todos los Maestros y Maestras del CIES, a los Sabios y Sabias de la Cátedra Indígena, Maestros de URACCAN, por brindarme sus conocimientos teóricos práctica, su experiencia en el quehacer de la Salud Pública y en el desaprender y aprender del Mundo holístico de la Salud de los Pueblos indígenas y de esa Cosmovisión y Espiritualidad.

A todos los Profesionales indígenas y no indígena, a la Cooperación de Luxemburgo, que ha hecho posible la implementación de esta iniciativa innovadora.

En Especial:

A mis hermanos por todos sus aportes, motivaciones y energías que me brindaron para cumplir este sueño.

A mi tutor Máster Manuel Martínez por tus aportaciones, tus motivaciones en la reconstrucción colectiva de esta experiencia.

A la Maestra Patricia Quintana Campbell, asesora invaluable del proceso de convivencia de estos Pueblos.

Al Maestro Víctor del Cid, por su asesoría y acompañamiento al equipo de investigadoras indígenas y tus aportaciones al proceso de autonomía comunitaria.

Al equipo de investigadoras indígenas que me apoyaron en la facilitación de esta experiencia: Rita Medina, Luz Milda Silva, Martha Alicia Romero, Margine Raquel García, Gilma Suazo y Marbelly Larios

Al equipo del proyecto NIC-020T7, por aportar asistencia técnica especializada a la construcción colectiva de esta experiencia.

A las Autoridades del SILAIS Rivas, del Municipio de Tola y Puesto de salud Salinas de Nagualapa

A las Autoridades indígenas, red de convivencias comunitaria de Salinas de Nagualapa, APRODIN y Red de Pueblos Indígenas Pacifico Centro Norte, porque sin ellos no continuaría los sueños de la re significación de Autonomía comunitaria en Salud.

Continuemos juntos por el camino de nuestros ancestros...

Tlazocomati / Gracias

RESUMEN

El presente documento, es una sistematización de la experiencia, “Modelo de convivencia comunitaria en salud implementada en el pueblo indígena Salinas de Nagualapa”, durante el periodo mayo 2007 a diciembre del 2008. Esta es una iniciativa piloto, que impulsa la red de pueblos indígenas del Pacífico Centro Norte con el Ministerio de Salud que implica un proceso local del empoderamiento comunitario y construcción colectiva para la adaptación del MOSAFC (Modelo de Salud Familiar y Comunitaria) del cual se carecía de información sobre sus avances y lecciones aprendidas, de ahí la pertinencia e importancia de la presente investigación.

Se establecieron criterios de selección para los 50 informantes claves (red de convivencia, autoridades en salud, terapeutas tradicionales y maestros) que reconstruyeron su historia, a partir de grupos focales y entrevistas individuales y grupales. También se realizó la revisión de toda la información existente.

Los resultados registran algunos elementos conceptuales claves acerca de la convivencia en salud. Al respecto las autoridades de salud del Departamento de Rivas, expresaron que responde a las necesidades de esta población y al mandato de las políticas de salud, a su vez comparten una metodología de trabajo que aporta al mejoramiento de las redes de servicios de salud en territorios indígenas.

Todas las personas informantes indígenas coinciden en que este sistema de convivencia es la sinergia de energía en la búsqueda del buen vivir de las colectividades las cuales deben ser incluyentes y trazadoras del MOSAFC y se cultivan en el arte del cuidado, el arte de curar y el arte de educar. Concluyeron que aunque existen avances, los servicios de atención en aún presentan limitaciones de tipo cultural y social. La organización comunitaria que se encontró fue de 38 miembros los cuales formaban la red comunitaria; pero esta aumentó a 84 miembros que constituyen la red de convivencia comunitaria actual.

Existe una amplia participación comunitaria, aunque su enfoque desde la mirada de las autoridades en salud continua siendo asimilista y circunstancial. La educación ha estado centrada en la transferencia de herramientas de trabajo de planificación y diseño de proyecto entre otros, a su vez se ha retroalimentado mediante una educación para la convivencia en salud. La gestión para la convivencia ha logrado la ejecución de proyectos que aportan al desarrollo de esta comunidad.

Se recomienda continuar con ese proceso que es una experiencia enriquecedora que aporta significativamente a cambios de paradigmas que se acercan a la co-responsabilidad compartida, integral y holística de la salud e incluye la cosmovisión de esta población respondiendo de esta manera al proceso de adaptación del actual Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria.

I. INTRODUCCION

En Nicaragua se desarrollan distintas experiencias en el campo de la Salud Pública, que aportan, desde la cotidianeidad comunitaria, al enfoque de la promoción y educación en salud, para la prevención de las enfermedades. El Gobierno de reconciliación nacional, prioriza esta directriz en su actual modelo de Salud familiar y comunitaria (MOSAFIC), a su vez orienta su adaptación a la realidad de las poblaciones indígenas y comunidades étnicas.

Los pueblos indígenas ilustran la necesidad de revitalizar colectivamente su experiencia, que vivencian su enfoque holístico de la salud, su medicina tradicional y que incorpore a la red comunitaria, sus curanderas, parteras, sobanderos, cultivando un sistema en salud integral e intercultural. No obstante este sistema tradicional, para los profesionales de la salud, continúan siendo conocimientos empíricos. Se desvirtúa su cosmovisión en salud, el perfil epidemiológico de las enfermedades de filiación cultural y se desvaloriza la riqueza concentrada en el potencial de talentos humanos comunitarios.

Distintas instancias a nivel internacional y nacional han aportado a los debates generacionales relacionados con la complementariedad, adaptación, articulación ó el simple acercamiento del sistema tradicional y el sistema de salud hegemónico, a fin de lograr la humanización y el acceso a servicios de salud interculturales.

Las Autoridades rectoras de la salud, oficializan el “Modelo de convivencia comunitaria en salud”¹ en el Pacífico Centro Norte. El SILAIS Rivas, propicia la adaptación del MOSAFIC, en el Pueblo indígena Salinas de Nagualapa. El presente documento, sistematiza esta experiencia, a fin de superar la ausencia de información, a cerca de sus avances, aciertos y desaciertos, la generación de nuevos conocimientos descritos, por los propios actores que construyen el puente de la salud intercultural.

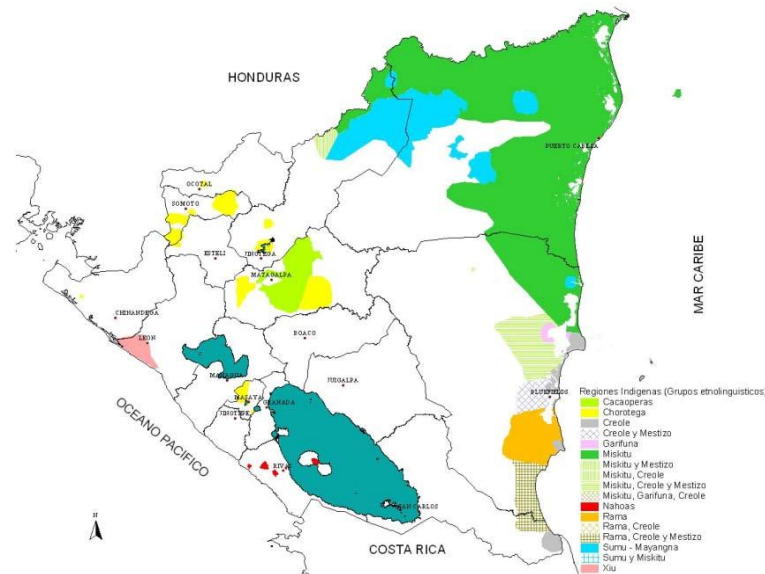
Entre los resultados se describieron los valiosos aprendizajes adquiridos en esta experiencia. El Modelo de convivencia comunitaria en salud, es una metodología de trabajo conjunto que sinergia una red comunitaria que empoderan la gestión y educación, para la convivencia que aportan a la accesibilidad de los servicios.

Desde la convivencia, las Autoridades indígenas aportan sustancialmente al MOSAFIC. Por parte de las autoridades en salud, no logran la comprensión de la visión holística e integral en salud que generan la movilización social en este pueblo. Sin embargo se avanza en los diálogos e intercambios generados como puente de comunicación intercultural que busca el equilibrio para establecer una corresponsabilidad compartida, para lograr mejorar su salud.

¹ APRODIN, Documento oficial Modelo de convivencias comunitarias en salud comunitarias de los Pueblos indígenas Pacífico Centro Norte de Nicaragua, Agosto 2007.

II. CONTEXTO

Nicaragua, país multiétnico con 5, 142,098 habitantes, de los cuales el 15%, esta representados por los distintos pueblos indígena, etnias². Como observara en el siguiente mapa, en la Costa Caribe, se ubican los pueblos indígenas (Mayagnas-Sumus, miskitos y Ramas) y afrodescendientes (Creole y garífunas). En las regiones Pacífico Centro Norte se ubican 333,000 habitantes de Pueblos indígenas de ascendencias Chorotegas, Cacaoperas, Xiu y Nahoas.



De acuerdo a Martínez Olgún (2006)³, estos veintidós pueblos indígenas del pacífico centro norte abarcan 9 departamentos y 29 municipios. Tienen distintos documentos históricos legales que acreditan su derecho de propiedad colectiva, sus propias formas organizativas, costumbres, creencias y tradiciones identitarias según el pensamiento de estas culturas.

Población dispersa geográficamente, con marcados indicadores de pobreza que distan sustancialmente de los acostumbrados parámetros de medición actuales. Pero a su vez tienen relación estrecha con la salud. Aunque, sin estadísticas desagregadas por etnia, género y con conflictos sobre la tenencia de la tierra por poseer un marco jurídico legal obsoleto y en papel mojado.

² Análisis de situación de salud y recomendaciones para el desarrollo sanitario de Nicaragua, OPS-2006.

³ Olgún Martínez, Gabriela. (2006) Estudio base sobre las condiciones de vida de los Pueblos Indígenas del Pacífico, Centro y norte de Nicaragua, San José Costa Rica, Oficina Internacional del Trabajo, pág. 14. La ascendencia de mayor población es

la chorotega, se encuentra dispersa en seis Departamentos del País: Madriz, Nueva Segovia, Jinotega, Matagalpa, Chinandega y Masaya, los Cacaoperas en el Departamento de Matagalpa, los Xiu en el Departamento de León y parte de Chinandega y los Nahoas en el Departamento de Rivas.

¿Quiénes son los indígenas del Pueblo Salinas de Nagualapa?

Este Pueblo, protagonista de nuestro estudio, forma parte de los seis pueblos indígenas de ascendencia Nahoá, que comparten sus territorios con población no indígena en el Departamento de Rivas.

Se encuentra a 30 kilómetros del municipio de Tola en la zona costera, posee título real, con una extensión de 8 caballerías y cuarenta y tres manzanas.

Las Autoridades indígenas se organizan en una junta directiva que administra los bienes del Pueblo y una red de convivencias comunitarias integradas por parteras, sobadores, naturistas, líderes y consejeros mayores.

Tienen un Puesto de Salud con un equipo básico familiar y comunitario, que brinda atención a esta población y tres comunidades aledañas. Cuentan con una red comunitaria integrada por: colaboradores voluntarios, brigadistas y parteras que apoyan las acciones comunitarias en salud. El personal de enfermería, es nativo, realiza sesiones de trabajo con los comunitarios, ésto facilita la comunicación con las Autoridades indígenas, para realizar cogestión y educación en salud.

Sin embargo el personal Médico, migrante de alta rotación, tiene poca o ausente comunicación con los comunitarios. Cuando brinda atención a sus pacientes, les discrimina, por no reconocer las enfermedades tradicionales, esto obstaculiza la atención y confianza de los usuarios.

Los reportes de vigilancia comunitaria que realizan los comunitarios, no se registran conforme a la realidad de las intervenciones en salud. Todas las enfermedades de filiación cultural son traducidas a códigos occidentales enmascarando los indicadores de salud de esta población.

La accesibilidad de los servicios de salud es poco accesible y asequible, para esta población por los siguientes factores:

- Por la ausente organización de redes comunitarias que respondan a la idiosincrasia de esta población.
- Por el desconocimiento de su primera fuente de atención y presencia de curanderas, sobanderos que brindan consejería.

- Por los largos tiempos de espera, por la ausencia de médico permanente en la unidad de salud.
- Por largas distancia, para obtener exámenes e interconsultas médicas.
- Por la carencia de medicamentos.
- Por el no reconocimiento de las prácticas de medicina tradicional.

Estos factores ligados a la estructura y a la cultura, han generado conflictos por la manera de intervenir las acciones en salud las que no se ajustan a las necesidades de esta población.

Con la firma de convenio de APRODIN⁴, se unen esfuerzos con el Ministerio de Salud, para mejorar el acceso a la red de atención en salud. Al respecto, durante el lanzamiento del I foro de convivencias comunitarias⁵, la Directora de servicios de salud, la Doctora Vega, Leana (2007), expresó lo siguiente:

“Nuestro Ministerio quiere abrir espacios de conversación y diálogos interculturales que permitan llevar salud a los pueblos indígenas de manera eficiente. Implementar un modelo de salud, que ponga fin a la inequidad, mejorando el acceso y atención con énfasis en la medicina tradicional, que mejor oportunidad de implementar las convivencias, nos hemos comprometidos a respetar sus costumbres, tradiciones de los 22 pueblos Indígenas existentes en esta región”.

Esta decisión política estratégica, permitió a las autoridades del SILAIS Rivas y Masaya, iniciar experiencias innovadoras en salud, contando con el apoyo del proyecto Nic/020 de la Cooperación de Luxemburgo⁶. De ahí se concretiza la implementación de este Modelo, en este pueblo.

⁴ Nicaragua, Ministerio de Salud. Convenio marco de colaboración Ministerio de Salud y la Asociación de promotores y Defensoría de los derechos indígenas de Nicaragua, Abril 2007.

⁵ Foro de convivencias comunitarias de los Pueblos indígenas pacifico centro norte de Nicaragua en el renacimiento de los saberes ancestrales, 1er., Nicaragua, 9-08 2007. Memoria final. APRODIN.

⁶ Foro de convivencias, et al. (2007), La Jefe del proyecto Nic-020, Doctora Christine Chevalier expreso... “la ayuda mutua es la llave, lo que se siembra en buena tierra florecerá” como dijo el escritor y médico francés Louis- Ferdinand “forzar su sueño a todas las convivencia, es vivir en un mundo de descubrimientos, es ver en la noche, es quizás forzar el mundo en su sueño” Es esto lo que deseamos desde la Cooperación, entrar en su sueños y concretizarlos.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el pueblo indígena Salinas de Nagualapa, de ascendencia Nahoá, ubicado en el Departamento de Rivas, durante el período del mes de Mayo 2007, hasta Diciembre del 2008, se implementó el Modelo de Convivencia Comunitaria en Salud a fin de “adaptar” el **Modelo de Salud Familiar y Comunitaria**. Experiencia piloto única, incluyente de la pertinencia étnica en el Pacífico Centro Norte que ha generado una acumulación de aprendizajes valiosos que aportan a la interculturalidad, proceso del cual se carece de información, por lo que es necesario sistematizar, para identificar las lecciones aprendidas.

Por lo tanto se desea saber los aprendizajes y describir las valiosas lecciones aprendidas en esta experiencia, para lo cual se plantearon las siguientes preguntas de investigación:

¿Se podrán identificar los elementos fundamentales que conceptualizan el modelo de convivencia comunitaria en salud a partir de sus descriptores, que permitan trazar los ejes conductores que fortalecen este modelo?

¿Se podrán valorar los avances alcanzados, sus aciertos, desaciertos en el desarrollo de los componentes del Modelo: accesibilidad, participación comunitaria, organización, educación en salud, autogestión para las convivencias?

¿Se podrán describir las lecciones aprendidas por el Personal de Salud, Autoridades indígenas en la complementariedad del quehacer en salud, que facilitan la continuidad de este proceso?

¿Es posible describir los conocimientos y aprendizajes adquiridos de la experiencia de implementar la convivencia comunitaria en salud del Pueblo indígena Salinas de Nagualapa, Silais Rivas, Mayo 2007 – Diciembre 2008?

IV. OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir los conocimientos y aprendizajes adquiridos de la experiencia de implementar la convivencia comunitaria en salud del Pueblo indígena Salinas de Nagualapa, Silais Rivas, Mayo 2007 – Diciembre 2008.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los elementos fundamentales del modelo de convivencia comunitaria en salud que permiten trazar los ejes conductores que fortalezcan este modelo.
2. Valorar los avances alcanzados, aciertos y desaciertos en el desarrollo de los componentes del Modelo de convivencia comunitaria en salud: accesibilidad, participación comunitaria, organización, educación en salud.
3. Describir las lecciones aprendidas por las Autoridades Indígenas y el personal de salud en la complementariedad del quehacer en salud, que facilitan la continuidad de este proceso.

V. MARCO DE REFERENCIA

Diversas disciplinas utilizan la palabra “Sistematización” refiriéndose, principalmente a clasificar, ordenar o catalogar datos e informaciones, a “ponerlos en sistemas”.

La sistematización de experiencias, se utiliza en un sentido más amplio, referido, no solo a datos o informaciones que se recogen y ordenan, sino a obtener aprendizajes críticos ⁷

Cada experiencia, es una riqueza acumulada de aprendizajes, conocimientos inéditos que se busca comprender, describir e identificar las lecciones aprendidas, para comunicarlas, compartirlas, para generar nuevos paradigmas.

La sistematización, es aquella interpretación crítica de una experiencia que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas; los factores que intervinieron, como se relacionaron entre sí y porque lo hicieron de ese modo ⁸ Es un proceso de conocimientos que persigue aprender de la práctica, superando el o los conocimientos previamente obtenidos, mediante los cuales participamos desarrollando una experiencia y una nueva práctica.⁹

Esta se orienta a la descripción de los sistemas desarrollados que permiten el funcionamiento efectivo y en forma consistente de la experiencia sistematizadas, tanto institucionales como comunitarias, lo que permite definir el “como se hace” cada componente del proyecto, permitiendo su reproductibilidad en una experiencia similar a partir de la identificación de lecciones aprendidas.¹⁰

El punto de partida en la sistematización, es haber vivido la experiencia, es a partir de la propia práctica de lo que sentimos y hacemos, a diario cada hombre y mujer protagonista de la experiencia es que se reconstruye el conocimiento.

El punto de partida de la sistematización es la identificación y priorización del proyecto o experiencia acumulada en el desarrollo de la iniciativa, tal es el caso que nos amerita el proceso en construcción de un modelo de Convivencia comunitaria en salud que aporta la pertinencia étnica al Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

Convivir según Antanas Mockus y Jimmy Corzo en su libro “Cumplir para Convivir” Presupone el cumplir normas comunes, generar y respetar acuerdos,

⁷ Jara Holliday, Oscar. Guía para sistematizar experiencias- UICN Oficina regional para Mesoamérica- Serie Alianzas Metodologías Pág. 9

⁸ Espinoza González José, Manuel Martínez, Salud comunitaria, conceptos métodos -Acción Médica Cristiana 1999, pag, 134

⁹ Manuel Martínez, Docente Investigador CIES. Sistematización de experiencias en salud. Modulo Tesis I

¹⁰ Piura López, Julio/Metodología de la investigación científica: un enfoque integrador, 6ta edición Managua 2008, pág. 153.

confiar y tolerar. La convivencia indígena son las relaciones que tienen entre sí, los pueblos indígenas en la vida cotidiana, cuyos orígenes, se basan en los Valores, costumbres y tradiciones culturales a través de un sistema de transferencia de conocimientos.¹¹

Cada pensamiento milenario tiene sus propias formas de concebir la vida, su relación intrínseca de su ser íntimo y su base de valores espirituales, relacionados con la Madre tierra, el Buen Vivir en las comunidades son un engranaje vital de los procesos salud enfermedad en los Pueblos. Este concepto holístico de la salud y enfermedad basado en su cosmovisión y espiritualidad, nos conlleva a la integralidad, a plan de vida a desarrollo con identidad

Para abordar el modelo de convivencias es necesario conocer el concepto desde la concepción del pueblo indígena Salinas des Nagualapa: Armonía de los seres humanos con la madre naturaleza, para alcanzar la plenitud corporal, mental, espiritual y social. Así mismo la concepción de la enfermedad como la pérdida de la armonía de los seres humanos con la madre naturaleza, lo que conlleva a no tener la plenitud corporal, mental, espiritual y social.

El saber médico indígena ha evolucionado a través de los años y la presencia de sus especialistas al igual que la vigencia de sus prácticas, depende de la intensidad de los procesos descritos. Su primera fuente de atención es la medicina tradicional y sus primeros consejeros son los hermanos y hermanas mayores, sobanderos, consejeros, parteras, curanderos, los que son definidos como terapeutas tradicionales por la OMS-OPS.

La solidez de su organización interna y la fuerza de su cultura son aspectos que juegan papel importante en la transmisión y difusión de estos conocimientos. Sin embargo, en algunos pueblos éste saber se viene diluyendo y faltan los especialistas, dando lugar a un mayor desorden interno, pues ellos además de cumplir las funciones de vigilantes de la salud del grupo, regulan las relaciones sociales y ambientales y lo reviste de poder, tanto interno como externamente, por lo que hablan de la resignificación de sus procesos de autonomía comunitaria.

Referentes del Modelo de convivencias comunitarias:

Este Modelo de convivencias comunitarias en salud es ejecutado de forma conjunta entre las Autoridades del Ministerio de Salud y las Autoridades del Pueblo indígena Salinas de Nagualapa; con financiamiento del Pueblo Indígena y del proyecto Nic-020 T7¹², su propósito es adaptar el modelo de salud familiar y comunitaria (MOS AFC) a la realidad sociocultural que comparten a diario con esta población uniendo esfuerzo en la complementariedad de la medicina tradicional

¹¹ APRODIN, Documento Convivencias comunitarias de los pueblos indígenas Pacífico Centro Norte de Nicaragua.

¹² Proyecto Nic/020T7 "Apoyo integrado a los SILAIS, Carazo y Rivas" financiado por el Gran Ducado de Luxemburgo.

Su objetivo general es contribuir a la búsqueda de la equidad, accesibilidad e integralidad en la salud de este Pueblo, a través de la participación en la toma de decisiones, el empoderamiento, la autogestión y el respeto a las tradiciones ancestrales.

Los objetivos específicos:

- 1) Promover el desarrollo humano sostenible a través de la cooperación horizontal que apoye las experiencias locales y facilite el trabajo en redes. Basados en la retribución de la recíproca relación mutua y bajo el principio que la tierra, no nos pertenece sino que nosotros le pertenecemos a ella.
- 2) Desarrollar espacios de confianza, entre los pueblos indígenas y los equipos básicos de Atención en salud, preservando la esencia natural de la vida, del pensamiento y la estructura social indígena mediante el respeto mutuo y corresponsabilidad compartida en salud.
- 3) Viabilizar la atención de salud, por grupos con problemas comunes. (Niñez, clanes juveniles, mujeres, adultos y ancianos) respetando los saberes y conocimientos tradicionales, basados en principios de religiosidad y espiritualidad para el bienestar de estos pueblos.
- 4) Desarrollar acciones educativas promocionales y preventivas de manera participativa. Estas acciones son encaminadas a la búsqueda de Pueblos indígenas saludables.

1.- ¿Cuál es la base legal que sustenta el Modelo de convivencias comunitarias en salud?

Todos los nicaragüenses, según el artículo 59 de la Constitución Política tienen derecho, por igual a la salud, el Estado establece las condiciones básicas, para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. El artículo 105, confirma la gratuidad de la salud, para los sectores vulnerables de la población...

El artículo 5, reconoce una nación “multiétnica y multicultural”. Somos una Nación multiétnica, por encontrarse en todo el territorio diversos pueblos indígenas comunidades étnicas. Es multicultural, porque cada pueblo y comunidad tienen su pensamiento desde su propia cultura.

No obstante este reconocimiento de la multiculturalidad, se aplica desde la uniformidad a todos los programas y proyectos, negando así las diferencias. Sin embargo la multiculturalidad puede entenderse como una situación de hecho o como una propuesta de organización social.

Lamo de Espinosa define así ambas interpretaciones:

“Entiendo por multiculturalismo, como *situación de hecho* a la *convivencia en un mismo espacio social de personas identificadas con culturas variadas*; y entiendo también por multiculturalismo, como proyecto político, (en sentido normativo) *el respeto a las identidades culturales, no como reforzamiento de su etnocentrismo, sino al contrario, como camino, más allá de la mera coexistencia...*”.

Pero a su vez es coherente con los principios básicos del multiculturalismo, el respeto y promoción de todas las culturas, el derecho a la diferencia y la organización de la sociedad de tal forma que exista igualdad de oportunidades, de trato y de posibilidades reales de participación en la vida pública y social para todas las personas y grupos con independencia de su identidad cultural, étnica, religiosa o lingüística.¹³

La multiculturalidad es la coexistencia dinámica de diversas construcciones mentales, colectivas y significa riqueza, si existe un reconocimiento mutuo. No puede ser la “domesticación de lo diverso”, tal y como lo explica Armand Mattelart (2005,6).

La Política en Salud, mandatada por el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, asume la universalización de los derechos sociales, y particularmente, el derecho a la salud como expresión del derecho a la vida. Garantiza la salud, para toda la población nicaragüense, desde la rectoría del Ministerio de Salud en coherencia con los principios de gratuidad, solidaridad, universalidad y participación comunitaria, y enfatiza el trato respetuoso, cálido y humano que la población debe recibir en condiciones de equidad establecidos en la ley general de salud.

La Política No.5, delinea la relación con los pueblos y comunidades étnicas:

Adaptar las intervenciones de salud a la realidad de cada espacio, población (...) de manera especial se debe atender a todas las personas de los pueblos indígenas tradicionales, etnias de la Costa Atlántica, así como a las personas con discapacidad.

En este sentido, se debe trabajar, por garantizar a estas personas en la curación, prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades, combatiendo su discriminación social. Este esfuerzo debe complementarse con el rescate de la medicina popular tradicional y otras formas de medicina no occidental (...)

Reorienta estrategias de fortalecimiento, articulación y transformación del Sistema Nacional de Salud, hacia el desarrollo de un nuevo modelo en salud

¹³Roncal Martínez, Federico (2006). Educación intercultural, Guatemala, pág. 32

familiar y comunitario (MOSAFCS) ¹⁴. El MOSAFCS, pretende cambiar el modelo de atención curativo, fragmentado e individualizado hacia un modelo de atención integral, que considera a la familia, la comunidad y el ambiente, como parte del proceso salud-enfermedad basado en estos principios:

- Este modelo se enmarca en la construcción del poder ciudadano y promueve la responsabilidad compartida entre los ciudadanos y el Ministerio de Salud, mediante el empoderamiento de la organización comunitaria y el poder ciudadano.
- A su vez reestructura su organización y articula la red de servicios con la atención en salud, la instalación de equipos básicos de atención en salud familiar y comunitario (EBAFCS).
- Realiza la dispensarización con un enfoque clínico epidemiológico y social, para diagnosticar la situación casa a casa, diseñar programas y planes ajustados a su realidad, desarrollar acciones de educación, para la salud hacia la mejora del medio ambiente, brindando amplia participación ciudadana en las actividades de prevención y promoción.
- Con este modelo se traslada los EBAFCS, de la unidad de salud a la comunidad reforzando la promoción de la salud, la atención ambulatoria y las acciones comunitarias e individuales dirigidas a mejorar su estado de salud.
- Promueve ferias de salud, jornadas Nacionales Populares de Salud (Jornada de Verano, Plan Invierno) con amplia participación de la comunidad organizada y jornadas de Lucha del Pueblo contra las Epidemias.

Este marco legal y la estrategia del MOSAFCS, aporta al establecimiento de alianzas, para el abordaje del enfoque holístico de la salud y su complementariedad con el rescate de la medicina tradicional en este Pueblo. También se sustenta en el precepto de la política Nacional de Población (1997) donde se reconoce:

- a) “El respeto a los principios legales, culturales, morales y religiosos de la población.”
- b) “El papel integrador de la familia con relaciones basadas en el respeto, solidaridad e igualdad absoluta de derechos y responsabilidades entre el hombre y la mujer”.
- c) “El respeto a la diversidad étnica y el derecho que tiene cada comunidad para preservar y desarrollar su propia identidad cultural”.

¹⁴ Nicaragua, Ministerio de Salud, Modelo de salud familiar y comunitario (MOSAFCS), Mayo 2008. pag4

En este marco de convivencias y búsqueda de alianzas, se firmó un convenio, entre el Ministerio de Salud y la Asociación para la Promoción de los Derechos Indígenas de Nicaragua (APRODIN), con los Pueblos Indígenas del Pacífico, Centro y Norte de Nicaragua para celebrar y cumplir acuerdos y obtener una convivencia armónica.

En celebración del día internacional de los Pueblos indígenas, 9 de agosto 2007, el Ministerio de Salud realizó el lanzamiento oficial del Modelo de Convivencias Comunitarias en salud para los Pueblos Indígenas de las Regiones Pacífico Centro Norte de Nicaragua¹⁵. La implementación del mismo se ha realizado como iniciativas pilotos, en el Departamento de Rivas con la anuencia de las autoridades del SILAIS Rivas y autoridades indígenas de Nancimi y Salinas de Nagualapa.

2.- ¿En qué consiste el modelo de convivencias comunitarias en salud?

Las convivencias comunitarias en salud, están basadas en la promoción de la salud a los Seres Humanos.

Es un proceso en el cual el equipo de salud del MINSA y los pueblos indígenas organizados, se movilizan, para mejorar la calidad de vida y salud de sus poblaciones al cual llamamos Convivencia Compartida en Salud. Abarca la planificación, la ejecución, seguimiento y control social de las acciones de salud, para la toma de decisiones desde dentro y fuera de los establecimientos del MINSA en sus territorios. También se reconoce los principios espirituales de las comunidades indígenas.

Esta convivencia compartida en salud genera un espacio de deliberación entre las estructuras institucionales y las estructuras sociales a nivel local, donde se toman las decisiones desde la colectividad aportando a su desarrollo comunitario. La interrelación de los distintos actores sociales indígena y no indígena, establecen alianzas que permitan equilibrar la gestión de una salud compartida en beneficio de las familias, comunidad y medio ambiente, revitalizando el valor al sistema de convivencias y su medicina tradicional.

El primer contacto del MINSA con la población indígena es el equipo básico familiar y comunitario del Puesto de Salud de Salinas de Nagualapa, el cual realiza su trabajo con la comunidad en coordinación con la Junta Directiva Indígena, consejeros ancianos y comité de convivencia mediante las asambleas comunitarias.

3.- ¿Cuáles son los componentes del Modelo de Convivencias comunitarias en salud?

Dicho Modelo, está basado en la promoción de la salud hacia los Seres Humanos,

¹⁵ APRODIN, Documento Convivencias comunitarias de los pueblos indígenas Pacífico centro Norte de Nicaragua.

sus componentes principales hacen referencia a la intersectorialidad, la interculturalidad y la operativización del MOSAFC:

- Accesibilidad
- Organización comunitaria
- Participación comunitaria
- Educación sanitaria.

1. La accesibilidad:

El MOSAFC establece: “el ordenamiento de los servicios de salud se basará en criterios de accesibilidad... que garanticen una puerta de entrada para favorecer el primer contacto de los usuarios, incluyendo a las comunidades indígenas... “este documento es una contribución a la búsqueda de esa puerta que nos lleve a una relación de mutuo respeto.

2. Organización comunitaria:

Según el MOSAFC, se define red comunitaria, como una organización donde participan un grupo de personas, agentes de salud, colaboradores voluntarios, brigadista, grupos de lactancia y Parteras que provienen de la comunidad y se preocupan, por la atención en salud comunitaria. Su fin es trabajar por la salud participando en todas las actividades que se le asignan.

La organización comunitaria, es el primer pilar en el modelo de convivencia comunitaria, se rige por el principio de convivencia, se comparte información, para la toma de decisiones, se ejecutan acuerdos y evalúan los planes. Se trata de lograr la plena participación en los asuntos relacionados con su pueblo, a través de la redes de comités de convivencia para la toma de decisiones a partir de su propia cosmovisión.

Desde la organización de los comités de convivencias, se trabaja en la búsqueda del consenso, en donde prevalezca el respeto a las diferencias independiente del tamaño del grupo que los represente. Se respeta a los ancianos, parteras, curanderos que son los guías y preservadores de la cultura ancestral, la cual se reproduce de generación a generación.

El comité de convivencia en salud comunitaria (COSACI) es la expresión organizativa electa en asamblea comunitaria, por la mayoría de la población y dirigida por las juntas directivas indígenas que en conjunto con los equipos básicos de salud desarrollan el proceso de participación.

El equipo básico de salud familiar y comunitaria, sirve de facilitador en los aspectos de capacitación, para elaborar el Diagnóstico participativo, el plan estratégico participativo, la elaboración de proyectos participativos en la

búsqueda conjunta y concertada de pueblos indígenas saludables.

3. Participación comunitaria:

El MOSAFC lo considera como principio transversal del modelo o sea que debe estar presente en todo el accionar de la atención de salud. Los pueblos indígenas lo comprenden, como un derecho a decidir de manera sistemática e interactiva, sobre la salud de sus pueblos y por tanto corresponde a un deber en la búsqueda del bienestar social de las comunidades.

4. Educación sanitaria:

Se basa en el fortalecimiento de la organización comunitaria mediante la instalación de los comités de convivencias, por sectores a quienes se les capacitara en los temas: organización ancestral, diagnóstico participativo, mapa comunitario, expediente comunitario, documentos de proyectos elaborados, gestionados, planes de vida, registro de la vigilancia en salud comunitaria.

El MOSAFC nos dice: “La integralidad requiere que se identifique de manera adecuada la gama completa de necesidades de salud de los usuarios que se dispongan recursos, para mejorarlas teniendo en cuenta sus intereses y particularidades culturales”.

Para los pueblos indígenas de las regiones pacífico centro norte, la integralidad, es un todo, donde las personas, las comunidades y el medio ambiente forman la razón del SER en este mundo.

Se expresa como un mosaico armónico dónde se combina la espiritualidad, el respeto mutuo, la armonía con la naturaleza, con la Madre Tierra, con los seres humanos, cada individuo, familia y comunidad.

La interculturalidad, se construye con el diálogo, el respeto, el reconocimiento, la valoración y aceptación de los diferentes saberes, promoviendo su articulación y complementariedad, para mejorar la capacidad de actuar en la solución de los diferentes problemas de salud, calidad de la atención, conocimientos, creencias y prácticas de salud.

En la reconstrucción del proceso vivido en esta experiencia, hemos encontrado otros elementos que entretejen el tejido conceptual que aportan al modelo. En relación al concepto de convivencias, se expresa que es el arte de aprender a compartir procesos dinámicos colectivos que implican responsabilidad y tolerancia compartida en salud, respeto a las diferencias culturales y a la igualdad de derechos.

Se promueven espacios de interacción positiva que vayan abriendo y generalizando relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación

efectiva, diálogo y debate, aprendizaje e intercambio, regulación pacífica del conflicto, cooperación y convivencia, buscando que las relaciones que de hecho existen sean positivas mutuamente enriquecedoras para la convivencia e interacción del equipo básico de salud y el comité de convivencias comunitarias indígena.

Convivir es tener *accesibilidad a la red de servicios en salud y contar con una red comunitaria* que responda a su cultura y sea incluyente, sus consejeros, mayores, los curanderos, las parteras, los sobadores, compone huesos como una sola red de convivencias comunitarias con participación real en los consejos de salud en pro de la salud.

El empoderamiento de los gabinetes populares comunitarios (GPC) y la participación comunitaria implican ir más allá de asumir una simple participación por asimilación. Es más bien buscar una participación integral e intercultural que implica asumir responsabilidad de contenido de trabajo que traspasa lo institucional y que respeta las diferencias, es realizar una reflexión colectiva de la situación comunitaria, fomentar liderazgos proactivos y la construcción de capacidades locales como procesos autónomos.

De forma explícita o implícita, toda convivencia se basa en un conjunto de convenciones, normas y rutinas, sobre las cuales tienen lugar los hechos y episodios diarios, que constituyen un marco normativo, que se convierten en ley, el derecho consuetudinario.

Este marco involucra una **gestión para las convivencias**, donde se debe tomar conciencia desde la forma de gestionar los proyectos y actividades. Esta puede realizarse de una manera unidireccional, por las autoridades en salud o de manera compartida por ambas autoridades, donde la gestión adquiere un formato de democracia participativa.

Así pues, lo primero es asumir que el plan de vida del pueblo, requiere una gestión y que ésta puede, y debe, ser democrática, sin que ello elimine la autoridad de los Consejos de Ancianos, Juntas Directivas y Terapeutas de un lado y por el otro de las Autoridades en Salud. Es un puente de comunicación entre visiones diferentes.

Esta gestión para la convivencia, promueve el diálogo, la interacción con la comunidad, propicia un ambiente para favorecer la aceptación de la diferencia y la convivencia pacífica, necesarios para fomentar un desarrollo comunitario sostenible, su autonomía comunitaria.

Para fomentar este desarrollo comunitario sostenible con identidad, se sustenta la autonomía comunitaria, se desarrollará la comprensión de valores, partir desde el compromiso personal y el hábito de aprender a reflexionar sobre el actuar comunitario, sobre la vida sobre lo que se aprende y construir relaciones humanas cuidadosas y atentas con los miembros de la comunidad.

VI. DISEÑO METODOLOGICO

El presente estudio cualitativo, es una sistematización de experiencia de las convivencias comunitarias en salud, del pueblo de las Salinas de Nagualapa ejecutada durante el período Mayo 2007 – Diciembre 2008.

Etapas del proceso de sistematización:

1. **El punto de partida:** la identificación de la experiencia que ameritó ser sistematizada, tal es el caso del Modelo de convivencia comunitaria en salud que aporta a la adaptación del MOSAFC con pertinencia étnica, proceso que carecía de información sobre avances y lecciones aprendidas, el área de estudio fue el Pueblo de las Salinas de Nagualapa.

Fueron los actores protagonistas de la experiencia, hombres y mujeres, participantes del estudio quienes a partir de su práctica, de lo que hacen, lo que piensan y sienten aportaron en esta sistematización.

2. **Delimitación del objeto de sistematización:** los aspectos centrales que interesó sistematizar fueron los componentes y los elementos fundamentales del modelo de convivencia en salud que aportan a la adaptación del MOSAFC, sus alcances, aciertos y desaciertos y lecciones aprendidas de esta experiencia.
3. **Objeto de estudio:** el pueblo indígena seleccionado fué Salinas de Nagualapa, única experiencia piloto que se implementa en los Pueblos indígenas Pacifico Centro Norte.
4. **Unidad de análisis:** la población lo constituyeron los protagonistas del estudio en total 50 talentos humanos, de estos (9) corresponde a las Autoridades en salud y (41) a las Autoridades indígenas más la documentación existente.

El equipo de investigadores estableció criterios de inclusión que garantizaran la participación democrática y efectiva de los protagonistas de este proceso:

- **Para el Personal de salud:** ser miembro del pueblo, con experiencia laboral de más de 10 años.
- **Para las Autoridades indígenas:** ser nativos, representantes del pueblo mayores de 40 años, miembros del consejo de anciano y/o junta directiva del pueblo, que tenga vinculación con la implementación del modelo.
- **Para los Médicos tradicionales:** ser consejeros de la comunidad, miembro activo del comité de convivencias.

- **Para los Miembros del Pueblo:** ser líderes indígenas que forman parte de los comités de convivencias comunitarias.

5. Componente descriptores de la sistematización: los componentes a trabajar son:(ver anexo tabla de descriptores)

- Accesibilidad territorial
- Organización comunitaria
- Participación comunitaria
- Educación sanitaria y educación para la convivencia

6. Ejes de la sistematización: se consideraron como eje conductor de esta sistematización el marco de trabajo del modelo de convivencia comunitaria en el tejido sociocultural al Modelo de salud familiar y comunitario MOSAFC.

7. Obtención de la información: se identificó la ubicación de la información: actas, censos, mapas, informes entre otros que se necesitaban para recuperar en el proceso de la experiencia. También se identificó la información requerida, por los protagonistas del estudio según componentes.

Las fuentes de información fueron:

Fuentes primarias:

Fuentes	Componentes
Autoridades rectoras en salud: <ul style="list-style-type: none"> • Dirección del SILAIS • Personal de salud del Municipio de Tola • Puesto de Salud Salinas de Nagualapa 	Accesibilidad Organización Participación comunitaria Educación sanitaria.
Autoridades indígenas: <ul style="list-style-type: none"> • Miembro de Junta Directiva • Mayores, Ancianos • Maestros Especialista del Entendimiento ancestral: <ul style="list-style-type: none"> • Partera • Sobador • Curandera Red convivencias comunitarias indígenas: <ul style="list-style-type: none"> • Coordinadora del comité por sector. • Secretaria del comité de convivencia por sector. • Miembro del CPC 	Organización comunitaria participación comunitaria Accesibilidad geográfica. Educación para la convivencia

Fuentes secundarias:

- Informe de trabajo de comadronas, brigadistas, sobanderos y curanderos.
- Informe de evaluación mensual y semestral de trabajo comunitario del Puesto de Salud.
- Actas de reuniones del comité de convivencia comunitaria.
- Expedientes y censo por sectores.

8. Instrumentos de sistematización:

Con relación a los instrumentos, se diseñaron guías de preguntas abiertas para facilitar las entrevistas individuales, entrevista colectiva y el grupo focal dirigido a los líderes comunitarios. Se constató a través de revisión documental y la observación participante, el deslinde territorial, mojones delimitados en el título real.

9. Técnicas de recolección de la información:

Entrevistas individuales:

La investigadora se reunió previamente con los entrevistados para conocer la disposición de tiempo, para realizar la entrevista. Se construyó la guía de preguntas abiertas que se aplicarían con los informantes claves.

Para el diseño de las preguntas dirigidas al personal de salud, se tomó como base los descriptores: accesibilidad, organización y participación comunitaria, educación sanitaria y gestión en salud.

Para los informantes claves, líderes comunitarios que no asistieron a la entrevista colectiva, se les aplicó las mismas preguntas utilizadas en la entrevista colectiva. Cada uno de los informantes fue entrevistado de manera personalizada, en un ambiente tranquilo.

Entrevista colectiva.

Se diseñó una guía de preguntas abiertas para conducir la entrevista colectiva narrativa. El instrumento se construyó sobre la base de los descriptores: organización y participación comunitaria, educación y gestión para la convivencia.

Informantes claves fueron los Terapeutas tradicionales, abuelos mayores y miembros de juntas directivas fueron citados a la casa comunitaria. Esta técnica permitió el acercamiento a la experiencia del entrevistado de una manera más

amplia y espontánea en lo que se refiere a su participación en este proceso de convivencias.

Para realizar la entrevista colectiva narrativa se organizó una rueda de sabios, la entrevistadora les explicó la dinámica de trabajo. Se inició el periplo de preguntas, cada pregunta fue contestada, por cada uno de los informantes. Las narraciones realizadas por los entrevistados colectivamente no solo nos describan hechos, sino que nos permitieron comprender o reconstruir la lógica de los hechos, como en el caso de una sistematización de experiencias.

□ **Grupo focal.**

Se diseñó una guía de preguntas abiertas para conducir el grupo focal. El instrumento se construyó sobre la base de los descriptores organización y participación comunitaria, educación y gestión para la convivencia.

Los informantes claves fueron los líderes comunitarios, miembros de los comités de convivencias comunitarias. Se organizó un círculo con diez informantes claves. La facilitadora explicó la metodología de trabajo. Se inició con la primera pregunta y de manera simultánea cada informante expresaba su sentir reviviendo todo, lo actuado, durante la ejecución del modelo de convivencias comunitarias en salud.

Revisión documental:

Se establecieron previas coordinaciones con las autoridades de salud e indígenas y se solicitó autorización, para la revisión de los libros de actas, informes y otra documentación necesaria, para el ordenamiento de la información generada de la presente experiencia.

10. Reconstrucción de la historia análisis de la información:

Una vez obtenida toda la información sobre la experiencia, se organiza toda la información disponible, sobre los distintos componentes de la experiencia. Para este ordenamiento se utilizó la matriz de asociatividad, donde se registran por cada componente descriptor, cada una de los conceptos relevantes y significativos aportados por los distintos actores.

Se entenderá como conceptos relevantes aquellas expresiones que más remarcan como forma de reconocimiento y que persiste de forma reiterada por los actores protagonista. Se entenderá como conceptos significativos aquellas expresiones consideradas como punto esencial y considerado en su roll, importancia y articulación que expresan los actores protagonista.

Así se inició a reconstruir la historia, se utilizó una línea de tiempo (ver anexo) y el ordenamiento de la información, ¿Por qué pasó lo pasó? se analizó el comportamiento de cada componente, por separado y luego se estableció las

relaciones entre estos componentes, así se identificaron los puntos críticos e interrogantes, se observaron las expresiones personal y lo colectivo.

Posteriormente se realizó la interpretación crítica del proceso, a partir de las interrogantes identificamos las contradicciones, las interrelaciones entre los distintos elementos buscando entender los factores claves fundamentales de forma clara, la lógica que ha tenido la experiencia, en este momento confrontamos los hallazgo entre ambos modelos, sus formulaciones teóricas.

Finalmente se extraen los principales testimonios de los actores protagonista y formulaciones teóricas que surgen como resultados de este proceso de sistematización respondiendo a los objetivos planteados en esta sistematización.

11. Aspectos Éticos

Para iniciar todo proceso de investigación, se hace necesario e indispensable conversar sobre el consentimiento libre previo e informado con los actores involucrados.

En relación a los Derechos colectivos de este Pueblo, se discutió con las Autoridades indígenas, la instalación de un equipo de investigadoras constituido por talentos indígenas locales el cual se complementaba con dos talentos indígenas con experiencia en esta temática y la facilitadora de la presente investigación como una forma de transferir capacidades técnicas a su vez trabajar una metodología adecuada, pertinente y que empodere a este Pueblo.

Por ello desde este equipo de investigación se construyó la pirámide metodológica la cual fue aprobada por los comités de convivencias comunitarias, se informó sobre la sistematización y se establecieron los mecanismos de ejecución y retroalimentación al trabajo a desarrollar con los distintos actores protagonistas del estudio.

En relación al consentimiento libre previo e informado a nivel individual, se explicó a cada entrevistado acerca del estudio y se le solicitó su consentimiento, para brindarnos la información requerida. Todos los participantes expresaron su anuencia, para ser nombrados en el presente estudio.

12. Trabajo de terreno:

A continuación se detalla las distintas actividades que se ejecutaron en el contexto de la presente investigación:

Plan de actividades que se ejecutaron en el campo:

Tareas	Responsable	Personas a participar	Técnica a aplicar
Coordinar con las Autoridades indígenas y de Salud el proceso de sistematización de esta experiencia	Lic. María José Mendoza Galán. Presidente APRODIN, Red de Pueblos Indígenas PCN.	Personal de salud del municipio y local Autoridades indígenas	Expositiva
Capacitación al equipo de investigación sobre sistematización.	Docente Víctor Cid.	Equipo de Investigación	Expositiva
Revisión de documentos que aportan a la experiencia	Lic. María José Mendoza Galán. Maestra Luz Milda Silva	Personal del Puesto de Salud. Junta Directiva del Pueblo Indígena	Revision documental
Organización del grupo focal y entrevista con la	Equipo de investigadoras. Presidente APRODIN	de responsable de la unidad de salud y Presidente del Pueblo indígena	Selección de los informantes claves
Aplicación de instrumentos	Equipo de investigación	de Informantes claves seleccionados	Grupo focal Entrevista
Taller de retroalimentación de la sistematización	Equipo de investigadoras. Presidente APRODIN	de La junta directiva, Presidente de los comités de convivencias y personal de salud local.	Expositiva, grupos de trabajos.

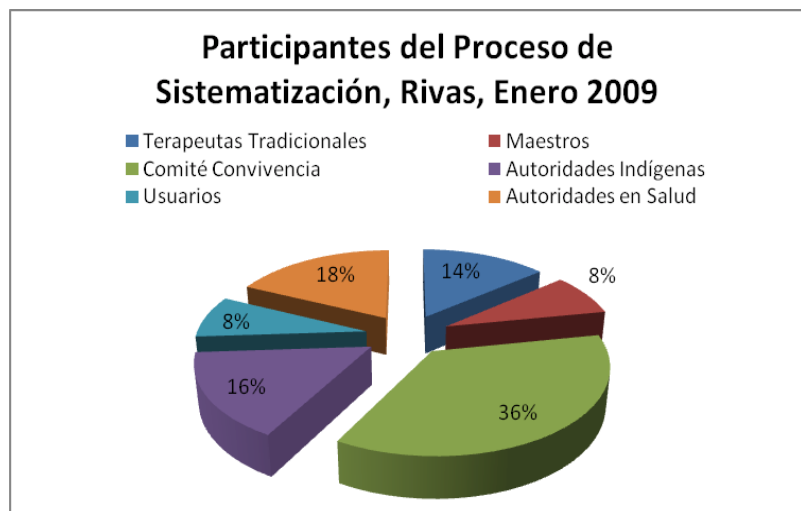
Las herramientas que se utilizaron durante la fase de terreno fueron:

- libreta de campo para registrar la información verbal.
- Grabadoras digitales que permitieron tener las evidencias de audio del trabajo realizado.
- Internet, para la revisión de información requerida.
- Equipo informático para la transcripción e impresión del informe.

VII. RESULTADOS

7.1. Participantes en el proceso de sistematización

En la presente sistematización de experiencias participaron Autoridades del Ministerio de Salud y Autoridades indígenas involucradas en el proceso de implementación de dicho Modelo. Como se observa en el gráfico, del total (50) de los entrevistados, 36% (18), corresponde a los líderes representantes de los comités de convivencias comunitarias que trabajan en redes procedentes de los ocho sectores de este Pueblo Indígena.



Fuente: Encuesta de los participantes 09

Con relación a las Autoridades en salud, personal de enfermería y médicos a nivel local, municipal y de la Dirección del SILAIS Rivas, representó el 18%(9), y un 16% (8) fueron los miembros de la junta directiva de este Pueblo.

Los terapeutas tradicionales, con un 14% (7), fueron incluidos con este término retomando la definición de la Organización Panamericana de la Salud y así son llamados por el personal de salud. No obstante es necesario aclarar que en la comunidad son reconocidos como parteras, curanderos/as, sobadores y compone hueso. También se incluye a los maestros 8% (4) y usuarios 8% (4) que forman parte del comité de convivencias comunitarias en salud.

7.2.-Resultados obtenidos de los informantes:

- **Por parte del Personal de salud:** Subdirector SILAIS, Jefa de Enfermera y Responsable de la red comunitaria del SILAIS Rivas:

¿Cómo ha sido la implementación del nuevo Modelo de salud, en Salinas de Nagualapa, tomando en cuenta que es Pueblo indígena?

MOSAFCS tiene como principio acceder a los lugares donde no se puede entrar, se han priorizados a las comunidades indígenas, en Rivas hay 6 comunidades, ahora son atendidos, por un equipo compuesto: por un médico, por una enfermera, auxiliar de enfermería. En las salinas tienen el equipo completo, EBAFCS, para que la población vea que esta el médico permanente.

Lo que nosotros nos interesa son aquellas embarazadas que se pueden complicar. Nos organizamos con los comités, para llevarlos de una vez al hospital, no queremos que esa embarazada se nos muera o que el bebé se muera, entonces eso es el MOSAFCS de organizar la comunidad en el sentido que nos apoya, en cualquier paciente para que sea trasladado oportunamente a la unidad de mayor resolución que tenemos como los hospitales Aunque no tenemos medios con los puestos, las comunidades en las Salinas cuentan con medios que a lo mejor, nos ayuden a sacar a la gente incluso no indígena.

¿Existe diferencia entre convivencias comunitarias en salud y la red comunitaria?

La red comunitaria, nos ayuda con todas las acciones que hemos venido emprendiendo con la lucha que tenemos con la epidemia, dengue, diarrea, ira, Junto con la red de convivencias fumigamos avisamos un día antes y el día siguiente vamos a la comunidad o otros talleres, para que la gente identifique con sus necesidades.

La participación ciudadana, hace que participe la gente que pertenece a la salud, para que pueda mejorar con la participación ciudadana.

El Ministerio de Salud sin la red comunitaria, no sería como es ahora, juegan un papel fundamental, para nosotros, se les reconoce como agente comunitario, son líderes, de la comunidad, como la partera, sobadora, brigadista, han venido haciendo liderazgo tradicional en la parte de la salud, nos apoyamos de ellos.

La red de trabajo y la red comunitaria es la minsa se trabaja conjuntamente. Su organigrama equivale a la metodología de trabajo del Ministerio de Salud. Es la misma metodología con funciones comunitarias, la idea del MOSAFCS es la comunicación con la comunidad, hacemos los trabajos en la comunidad. La red comunitaria está en la obligación de velar en la comunidad.

Ellos captan a las mujeres en el territorio, lo comunica al sector y el sector lo lleva al centro de salud.

¿Cómo se fortalecen las coordinaciones del EBAFC con la red de convivencia?

Participación de la red comunitaria se incluye en la evolución trimestral con ellos a que es lo que se hace en salud lo que nosotros le llamamos jornadas de análisis balance. Da conocer a la población, evaluándonos, que estamos haciendo, como Ministerio de Salud, en las comunidades presentamos datos estadísticos de la atención, pero también que la gente nos diga en que estamos fallando, hay cuestiones que nosotros podemos mejorar y que la comunidad nos dice y que nosotros podemos mejorar.

¿Existe coordinación entre las Autoridades del MINSA con las Autoridades indígenas?

Participación excelente con todo el sistema de convivencia, abatiza, charla sobre distintas enfermedades, lo que hace el Ministerio de salud en la jornada de verano, estar en las playas, con médicos enfermeras, brigadistas, charla sobre cuidado de los niños, la red es la que nos ha venido apoyando

¿Se implementa el sistema de referencia y contra referencia? ¿Cuáles son las enfermedades más reportadas?

Entre más se involucren en las acciones y nos van apoyando más de ellos quedaran fortalecidos en el área de salud, con más confianza.

Sistema de referencia y contra referencia, queremos fortalecer la referencia hasta el centro de salud, de la partera, brigadista, promotores de salud que tengan esa receptividad en el puesto de salud.

Fortalecer la contra referencia, el plan de seguimiento, en la referencia se trabaja con cada agente con todo lo que ellos manda.

Cuando nos manda una referencia lo que nos mandan paciente es porque nos dice que necesitan una atención ética ese se siente satisfecho con el personal de salud y así tener una contra referencia.

Ellos identifican las embarazadas en riesgo cuidándolas con los médicos de los sectores. Estamos luchando con los médicos de los sectores que es importante para nosotros tener esta información. Ellos lo pueden referir oportunamente y si es por la noche lo buscan como sacar.

¿Se registran todos los reportes comunitarios en las estadísticas local, municipal y Departamental?

En la boleta de dispensarización ya se incluye la variable etnia. Sin embargo no nos llega reporte de esas enfermedades culturales, solo reportamos las que tiene registrada el MINSA.

Participación: Reuniones a finales del 2008, esto es bueno y que apenas está comenzando, tenemos un indicador de la muerte materna, muerte neonatales en cero a pesar del alto índice de parto domiciliario en ese sector.

¿Qué actividades en educación en salud han impartido a los miembros de este comité de convivencias?

Desde el SILAIS, no realizamos directamente la capacitación pero si en los libros de actas se registran las diversas actividades, talleres que realizan el personal de salud local, para lo cual nos informan mensuales.

¿Qué gestiones en pro de la salud han realizado de manera conjunta entre el MINSA y las Autoridades indígenas?

Creemos que la experiencia en salud es muy buena, en el 2004 empezamos a llegar y reunirse con los líderes, expresaron como hacer proyectos comunitarios, algunas necesidades básicas, agua, letrinas, saneamiento ambiental.

Ellos como comunidad indígena pueden gestionar ante la alcaldía, algunas ONG en desarrollo comunitario.

Teniendo esa red comunitaria se tiene mejor salud.

Mejora la higiene ambiental, agua letrinas, empezamos a trabajar con los niños de la escuela.

Todo el trabajo en conjunto hace que tengamos una comunidad sana.

¿Cuál es la visión del MINSA a cerca de la Medicina tradicional?

Es nuestra política, Si la gente tiene confianza en ellos, lo buscan a los terapeutas tradicionales, tenemos parteras de edad avanzada y el relevo generacional, es muy poco, la gente la busca, ellos captan a algunas veces las llevan a las unidad de salud y otros solo se quedan recibiendo consejería y le refiere al centro de salud, ellos son como consejeros.

La participación comunitaria es para promover la salud. El nuevo MOSAFC integra a los sobadores, es fundamental en una comunidad más bien el paciente enfermo cree en los sobadores entonces van donde ellos, a veces se piensa que el Sobador puede superar o no la enfermedad y a veces puede afectar la salud. Otros

curan con hierbas y le llaman Brujo, se han venido tomando en cuenta, pero la lucha es muy dura, pero si es muy importante tomarlo en cuenta porque también son un bastión para la salud.

Personal del Municipio de Tola:

¿Cómo ha sido la implementación del nuevo Modelo de salud, en Salinas de Nagualapa, tomando en cuenta que es Pueblo indígena?

Nos metimos en lleno con el nuevo modelo de salud en Noviembre que fue cuando, nos dijeron las metas que tenemos que hacer, entonces se le asignó a cada unidad de salud, en cuanto a las Salinas que es Comunidad Indígena, nosotros les decíamos a ellos que trabajaran allá con la red de convivencias, que son bien dispuestos, digamos el comité de allá con la responsable de la Unidad de salud, el médico y las enfermeras, igual en Nancimí donde también están participando todo el Mundo, comenzando a unificarse en la red.

La idea con este nuevo MOSAFC, es que nosotros, el paciente se sienta satisfecho, la población se sienta satisfecha verdad con respecto a la atención, no es la comodidad de nosotros sino del paciente, con las convivencias, nos acercamos más a la comunidad.

¿Cómo se fortalecen las coordinaciones del EBAFC con la red de convivencia?

Está trabajando con las convivencias comunitaria, en Salinas, muy bien porque ahí hay una red que se pone las pilas y apoyan a las enfermeras y las veces que hemos revisado están trabajando muy bien, se organizan desde su cultura, fortalecen el trabajo de nosotros sin ellos no podríamos cumplir nuestras metas. Hemos asignado un EBAFCS, con Médico permanente asignado que antes no teníamos, eso hace más accesible

Si tenemos prioridad en cuanto a lo que es la red comunitaria porque allá además de la salida de terreno que normalmente tiene Luxemburgo tienen otra programación ellos especiales verdad directamente a lo que es la red comunitaria indígena para realizar otras actividades.

¿Qué es para el MINSA la Red Comunitaria y Convivencias Comunitarias?

Son una de las redes más fortalecidas las convivencias, se ponen las pilas, ellas hacen actividades comunitarias, ahorita por lo menos se ha hecho en esa zona en este año lo que es la abatización, rociar con lo que es la gente de la red indígena en coordinación con la enfermera del puesto de salud.

Nosotros miramos algo especial diferente, porque ellos se posicionan verdad de este su autoridad que tienen propia en lo que es las convivencias

indígenas, entonces si es la diferencia porque ellos funcionan de una manera posesiva de una manera que dicen ellos hay que hacer esto ellos lo hacen, lo sienten como una responsabilidad propia de la comunidad.

No es como el grupo de la red comunitaria que los que quieren participan algunos otros no, ahí en las convivencias comunitarias siempre hay gente, siempre está todo el comité indígena que son los que a nosotros nos están, consideramos un apoyo grande para nosotros en lo que es salud porque nosotros no tenemos quejas de eso, de esta parte de esta gente sentimos el apoyo diferenciado porque asumen sus responsabilidades y ellos mismos dicen que hacer mientras con la otra red nosotros tenemos que andarle diciendo necesitamos hacer esto y esto, más bien le decimos a ellos.

En cambio en las convivencias comunitarias, tenemos que estar cerca, para saber que están haciendo para nosotros informar de lo que ustedes hacen porque a veces se quedan en el grado que realizan y no lo informan entonces a nosotros sus estrategia de actividades de salud a nosotros, nos interesa esa parte entonces hemos venido pidiendo lo de eso, porque ellos de paso están continuo haciendo actividades, para su comunidad. Cuando nos damos cuenta ellos, ya están haciendo sus actividades.

La red comunitaria es donde están, toditos involucrados inmersos, toditas las partes que son, que corresponde los brigadistas, las parteras los ColVol, los grupos de lactancia materna todos ellos.

Están en contacto con las unidades de salud, además de que sus comunidades cada quien tiene su captación tanto de mujeres embarazadas, ellos tienen que tener una comunicación en captaciones en referencia y referir a las unidades de salud los pacientes, los niños lo que son los controles de mujeres embarazadas.

Están capacitados en una red que maneja toda y cada actividad que se hace de jornadas de limpieza en una estricta coordinación con todos ellos en cuanto a feria, cualquier trabajo que se haga de lucha anti epidémica, de jornada de higiene y limpieza y en eso nos están apoyando.

La convivencia comunitaria es lo que se refiere, es cuando nosotros vamos a la comunidad, es a donde lo que lo la ficha verdad.

Yo pienso que entre la red comunitaria y convivencia comunitaria no hay mucha diferencia, yo pienso que es igual, porque viene siendo el mismo trabajos nada más que un poco más profundo más detallado de lo que es la convivencia, o sea hay más acercamiento con la con la comunidad, porque si se trata de convivencia, de entrada viviendo se está dando cuenta de los problemas y está ahí inmersa para ingresar en la comunidad directamente.

Es lo mismo, la red comunitaria lo que pasa es que ellos como comunidades

indígenas, ellos como que utilizan, otro tipo de nombre a los cuales nosotros tenemos que adaptarlos porque si esa es nuestra política también acostumbrarnos y adaptarnos a la política de ellos.

Ellos nos hablan de consejos de ancianos, nos hablan de convivencias comunitarias que es lo mismo que una red comunitaria, entonces como la mayoría aquí solamente tenemos dos comunidades indígenas que es las Salinas y Nancimi entonces ahí como que el trato es especial tenemos que respetar su cultura, tenemos que respetar sus decisiones, sus costumbres. Gracias a dios hasta la vez no hemos tenido ningún tipo de problema.

¿Cómo se coordinan los miembros EBASFC con las parteras de la comunidad?

Nosotros hemos respetados las costumbres que hay, porque incluso el centro que tenía anterior no el que esta actual, tenían ellas una clínica de atención para atender el Parto, ellas ya tenían su modelo que iban a atender fuera de la unidad de salud, en conjunto con las personas, porque se respeta eso porque, es donde más se da atención del parto domiciliario con parteras y cuando hay dificultades si se coordinan con el personal de salud porque esta parte ha sido capacitada para su atención, el personal de salud brinda educación sanitaria y prioriza en los talleres la atención en la embarazado y los factores de riesgo, eso está contenido en los informes.

Porque si ellos dicen que tienen que parir ahí entonces nosotros dejamos que hagan lo que ellos dicen porque son sus propios costumbres, solamente que sean embarazos complicados también las parteras ellas recortan al médico, no se quedan ellas con los casos complicados por eso no hemos tenido, he digamos prácticamente en las Salinas no hemos tenido muertes maternas, si se nos han presentados son otros problemas menores pero no como esos casos.

¿En qué consiste el proceso de referencia y contra referencia?

En cuanto a lo que son las parteras ahorita nosotros pues el total no, no manejo cuantos porque ellas trabajan lo que es el EBAFC de ahí maneja las convivencias comunitarias y si se coordinan sus actividades que ellos hacen, es mas nosotros pedíamos como un plan de las actividades de ellos para nosotros darnos cuenta que es lo que ellos están haciendo y nosotros tomarnos en cuenta para informarlo al SILAIS porque ellos hacen muchas actividades y nosotros no las reportamos. Ellos informan al proyecto y todo pero si ellos lo están realizando y las parteras viven actualizadas.

¿Se registran todos los reportes comunitarios en las estadísticas local, municipal y Departamental?

Sí, los que son partos domiciliarios, ellas nos pasan directamente cuales

son los partos que estamos atendiendo, pues esos datos los tiene la jefa de enfermería que es la responsable de la red comunitaria y es a ella a quien le envían información.

Pero nosotros lo que sabemos es que siempre, nos buscan, las convivencias comunitarias, que viven en conjunto con nosotros, porque nosotros, la gente de ahí son bien identificadas como su Presidente Indígena, que es su Autoridad que ha sido una persona muy grande sentimos nosotros en apoyo porque el siempre la actividad que él quiere hacer pues nos avisa y coordinamos.

Las parteras tienen mucho cuidado, en los partos que casi siempre lo que hacen es referir, no siempre se quedan porque lo mas que se presentan son presiones altas en embarazos que saben que son complicados no se pueden quedar con ellas, entonces lo que hacen es hacer la coordinación con el personal de salud de ese EBASFC)

Nosotros trabajamos con toda la red comunitaria, hay brigadistas, estas las partera, los CoVol participan muchísimos, el responsable de aquí el evaluador ETB recolecta la información semanal de todo lo que ellos realizan refieren todos los casos fabriles también que ellas atienden.

Hay una hojita de referencia que es donde identifican lo que ellas están refiriendo. En las fichas familiares salen los que son las etnias, entonces nosotros sabemos diferenciar, pero en estos casos de las fichas se quedan allá en cada uno de las unidades de salud, nosotros solo traemos la información recolectada, pero no se analizan solo los indicadores que ya establecieron en el MINSA.

¿Cuál es la visión del MINSA acerca de la medicina tradicional en Salinas?

Si es reconocido en la política de salud, porque incluso el médico que esta allá, ella también receta lo que son las plantas medicinales.

La responsable de la unidad de salud la enfermera otra que está ahí son propias de Salina y conocen las costumbre de cada familia de esa comunidad, todos conocen su medicina.

El MINSA tampoco va a ir de ninguna manera así a decir a contradecir me entiende, sino ellos tienen sus políticas sus formas de cómo explicarle a la paciente pues con la partera, porque la partera ha habido capacitaciones con el proyecto TRADIMED que apoya la cooperación de Luxemburgo, bastante buenas. Luxemburgo nos ha ayudado grandemente en eso ha sido la institución pues que nos ha ayudado a mantener y pienso que ahí el MINSA, no entra mucho en conflicto en contradicciones, en eso porque se sabe cómo manejar como conducir ese aspecto de medicina tradicional.

¿Existe coordinación entre las autoridades del MINSA con las autoridades indígenas de Salinas?

Es reciente la coordinación, aquí se llevan muy bien, los jefes se reúnen con la directiva indígena, nosotros participamos mucho y más bien nos gusta escucharlos porque este todo lo que ellos dicen para nosotros nos llama la atención, porque todo es bienvenido al MINSA.

Porque la idea es que uno se coordine con ellos, nosotros nunca hemos rechazado esas costumbres porque más bien nos sirven como de experiencia, como rescatar costumbres anteriores que han existido.

¿Se les ha presentado problemáticas en la implementación del modelo de salud en la comunidad de Salinas?

Nosotros cuando iniciamos este nuevo modelo fue un trabajo grande para nosotros porque la gente no se acostumbraba, ni el propio personal quería adaptarse el nuevo modelo, porque pensamos como difícil se miraba pues entre los trabajadores, porque incluso nosotros mismos pero vale más que nosotros tuvimos la oportunidad o la dicha de tener varias unidades de salud donde se iban a implementar el MOSAFC y el de convivencia.

¿Cómo fue la instalación de lo EBASFC en Salinas?

Nosotros donde eran comunidades indígenas para nosotros era una establecida por la sede, era un sector que no podíamos cambiar porque se estaban juntando comunidades que fueran hacia otro EBASFC que teníamos, entonces nosotros decíamos por ser una comunidad indígenas tiene que ser una unión, decíamos nosotros y entonces era algo ya lógico como Nancimi y las Salinas.

Era una prioridad por ser indígenas y las otras unidades las otras que conformamos si teníamos que ajuntar si teníamos si había población estipulada para un EBASFC, nosotros teníamos que buscar otras comunidades que fueran a ese puesto a hacer un EBASFC y ellos no tuvieron población, tuviera lugares costas turísticas, nosotros no nos importaba porque se decía es una prioridad el Ministerio de Salud, donde era una comunidad indígena tenía que ser un identificado como un EBASC.

Es una prioridad, ellos saben y así fueron fortalecidos y por lo mismo de ser una comunidad indígena fueron una de las comunidades que se les asigno de medico también fijo en esa comunidad en cuanto se dio el nuevo modelo porque ahí nunca había medico fijo, ahí los médicos los llevamos de un lado a otro, estaban asignados para diferentes puestos de salud de la zona y ahora no, con el nuevo modelo se asigno un medico en la comunidad indígena de Las Salinas y Nancimi.

En estas convivencias hay mayor acercamiento entre los mismos comunitarios.

Cuando nos invitan siempre a sus actividades, eventos bonitos con los indígenas, ellos siempre tienen presentes invitarnos como parte del municipio, el equipo de dirección, la directora para la participación y estamos presentes.

Es una curiosidad que hacen, porque casi no es común, lo que hace el Ministerio con lo que hacen ellos, entonces nosotros estamos presentes porque las que hacen son diferentes, se siente diferente lo que ellos hacen como convivencia comunitaria a lo que hacemos otras comunidades que no sean indígenas, se saben identificar

Personal de Salud local:

¿Cómo ha sido la implementación del modelo de salud en Salinas de Nagualapa, tomando en cuenta que es un Pueblo Indígena?

El MOSAFC se ha implementado satisfactoriamente, hemos sobre cumplido las metas del llenado de las fichas de dispensarización y trabajos junto con la comunidad porque al final las convivencias sustentan todo este esfuerzo de disminuir brechas y reorganizar los servicios de salud.

Desde la rectoría de la salud, ¿Qué es convivencia comunitaria?

La Red de comunitarias es donde están toditos los actores involucrados, están inmersos toditas las partes de la comunidad: los brigadistas, las parteras, colvol, los grupos de lactancia materna todos

La red comunitaria se forma con las comunidades y nosotros como MINSA, con nuestros brigadistas, colaboradores voluntarios, los GPC, las parteras para atender a las mujeres embarazadas.

La convivencia comunitaria en salud es una organización que responde a las necesidades de la comunidad viene desde lo ancestral, para nosotros el personal de salud por ser parte ahora de este Pueblos, no es indiferente, pero si se nos ha orientado que es una forma de trabajo conjunta, una metodología para acercarnos a la comunidad y empoderar al comunitario.

Por ser personal de salud de esta comunidad, para nosotros, nos han fortalecido el trabajo, se responde al MOSAFC y se cumplen las metas, son un eje vital con su plan de vida.

La unificación de la red en una sola es lo que se busca ahora, con las convivencias comunitarias, se trata de convivir todo el tiempo con los comunitarios, ellos saben lo que quieren y gestionan, ahora nosotros también les aportamos desde el año 2004 que me regresaron a esta unidad se les continua apoyando.

Es una manera de responder a la reorganización de la red de servicios de salud y comenzar a trabajar en la inclusión de su cultura como menciona la política de salud, aunque la alta rotación de personal médico en servicio social ha provocado algunos roces ya eso lo hemos superado, las Autoridades indígenas y las del Municipio han conversado y hay cambios, ahora se busca acercarse a la integralidad y holismo de su sistema tradicional.

¿Existe diferencia entre convivencias comunitarias en salud y la red comunitaria?

Entre la red comunitaria y convivencia comunitaria no hay mucha diferencia en sus actividades, porque todos son actores sean del MINSA o de la comunidad, todos son red comunitaria, las convivencias aportan grandemente al trabajo nuestro, porque apoyan a las comunidades no indígena. El liderazgo de la junta directiva y los comités por sectores ha permitido mejorar y cumplir nuestros indicadores.

Ambas redes están capacitados y preparados para prevenir el riesgo, hacer referencias, referir a las embarazadas a la niñez, es una red que maneja toda actividad que se hace en el MINSA, como las jornadas de limpieza, las jornadas de lucha anti epidémicas y unen esfuerzo para las que realizan ellos mismos.

La red comunitaria y la red de convivencia son igual, porque hacen los mismos trabajos, nada más que en los comités de convivencias es un poco más profundo en su sentir en el trabajo comunitario, porque es parte de la cultura de su identidad y es más detallado su seguimiento porque en cada sector asumen la responsabilidad de cada persona, familia y todos funcionan juntos, para mejorar sus condiciones y a partir de su plan de vida. Asumen sus responsabilidades y ellos mismos deciden que hacer.

¿Se implementa el sistema de referencia y contra referencia? ¿Cuáles son las enfermedades más reportadas?

Si funcionamos juntos con la red, los comunitarios y terapeutas refieren y luego que es valorado el pacientito se contrarefiere. Toda la red envía su informe mensual de todo el quehacer, se reportan las enfermedades culturales y estas ser reportan al Municipio. Actualmente ya se está iniciando la experiencia de analizarlas y en el diagnóstico intercultural se reflejan la alta incidencia de las mismas. Se hace mayor énfasis en el reporte de los indicadores ya establecidos por el MINSA, pero también comenzamos con este nuevo esfuerzo.

¿Qué actividades en educación en salud han impartido a los miembros de este comité de convivencias?

Sería realizar revisión de actas e informes donde se documenta todas las actividades en educación para la salud que se han brindado en todo este tiempo y que ha fortalecido el sistema de referencia y la confianza.

¿Qué gestiones en pro de la salud han realizado de manera conjunta entre el MINSA y las Autoridades indígenas?

Desde el año 2004 como le expresaba antes estamos haciendo gestiones conjuntas en varios proyectos y en organizar brigadas, limpieza, y otras alianzas que nos ha permitido mejorar el acceso.

Consta en los informes las alianzas con la Clínica Roberto Clemente, para realizarse los exámenes eso fue por esfuerzo de la comunidad y en coordinación con el municipio y el silais.

- **Por parte de las Autoridades Indígenas:**

¿Para Ustedes que significa convivencias comunitarias?

Las Autoridades Indígenas, se dedican a los trabajos comunitarios. Es donde vivimos un grupo de personas que trabajan para un mismo fin en conjunto, que vivamos juntos y trabajemos para un mismo fin. El mismo nombre lo dice, para trabajar junto y unidos, cuidar por los hábitos y costumbres, de la Madre Tierra de la transferencia de conocimiento.

Para las Autoridades, Maestras y Mayores las convivencia no se adapta o articula al MOSAFC, son sinergias de energías en la búsqueda de lograr revitalizar el buen vivir de las colectividades, del Mundo, las cuales deben ser incluyentes y trazadores del MOSAFC y no al revés.

En comunidad compartimos alegrías, tristezas, problemas que siempre están y buscamos desde la convivencia la gestión para la convivencia, para alcanzar la armonía entre el espacio, tiempo, como dicen los Mayores.

Continúan expresando las Autoridades, la experiencia comunitaria, con los diferentes organismos hemos venido a formar comités de convivencias comunitarias en todos los sectores, 4 en las salinas y 4 en virgen morena, estamos divididos en sectores: 4 y una junta directiva para las salinas y virgen morena, integrado por 7 personas. Hay comités de la mujer, del medio ambiente, de la niñez, se iniciaron el año pasado.

En Salinas de Nagualapa, a partir del 2007 se ha venido desarrollando las "Convivencias Comunitarias" modelo reconocido, por el MINSA en un intento de llenar vacíos en la atención de salud de acuerdo a la visión indígena.

A partir de esa fecha hasta la actualidad se ha presentado un proceso en el cual la comunidad ha retomado y fortalecido principalmente sus tradiciones en organización y salud, además de poner de manifiesto las diferencias entre las políticas de salud implementadas y la visión comunitaria.

Los sobadores, usted sabe, que aquí metido en el monte, no va a hallar un centro en la noche, entonces uno aquí practica la contra yerba, para la diarrea, entonces como padre, la comunidad tiene dificultad entonces he precisado de la medicina tradicional para curar a mis hijos, a los hermanos, ahí se da la Convivencia comunitaria, "Es habitar cerca, eso es la convivencia.

Para los sobadores, compone huesos, partera, la salud es una responsabilidad de todos, es integral, es Espiritualidad comenzando por los seres humanos, la relación con los astros, los ríos, la naturaleza, la tierra sin ellos no habría vida.

Las personas mayores, especialistas y miembros de los comités afirman que el convivir es aprender el arte de cuidar, el arte de curar, se debe desaprender estigmas que nutren percepciones erradas a cerca de las prácticas de la medicina tradicional.

Es el sustento de la concepción holística de la salud de estos pueblos, expresa el sobador, aunque estas prácticas ancestrales no se retoman con seriedad por las autoridades del Ministerio, todo es de papel.

(Sobador Compone huesos).convivencias comunitarias es para mi parecer cuando nosotros, nos reunimos la comunidad indígena y planteamos las necesidades que nosotros mismos tenemos en la comunidad, por decir así que vamos a plantear que necesitamos un proyecto, que necesitamos x cosas en la comunidad, entonces nos sentamos con la gente de la comunidad a platicar de lo que nosotros necesitamos.

(Curandera de Niños). Es plantear nuestra necesidades y ya nos dice que día nos vamos a reunir con ellos, nos reunimos y eso es todo, también cuando hay que hacer, cuando hay que ir a limpiar las calles, hemos ido con la pastora junto con nosotros, hermanos y amigos a limpiar las calles. Pues yo lo mismo que dice él, porque lo mismo hemos sido invitados y así pues hemos aprendido nosotros reuniéndonos y viendo. Nosotros nos organizamos por sector, así es más fácil coordinar. Rescatamos las prácticas ancestrales de los ancianos, cosas que se hacían antes por los mayores, ayudando alas apersonas de la comunidad. Es también el sentir de todo apoyados uno a otros desde las autoridades comunitarias indígenas trabajando en conjunto en todos los aspectos.

Para los miembros de los comité de convivencia, nuestra organización es positiva, rescatamos las practicas de los Mayores, la ancestralidad, así ayudamos a las personas de la comunidad porque conocemos lo que pasa en cada sector, si hay un enfermo lo sacamos y le damos seguimiento y si es la situación de los ríos, las aguas termales, pues buscamos como resolverlos y si es otro problema pues vamos con proyectos pero no los presentamos nosotros tenemos una Autoridad que es él nuestro, todos buscamos solución.

Así todos tenemos responsabilidad, nos organizamos por sectores así es

más fácil y hacemos la red, compartimos y vivimos la salud y la enfermedad, eso no se entiende en el sistema de salud.

La red de convivencias comunitarias en salud, es una organización de redes de personas solidarias incluyente de todos los líderes de este Pueblo, que se reúnen para compartir la problemática de la comunidad, buscan soluciones mediante la gestión para la convivencia, para mejorar la salud de la persona, familia y comunidad desde su Cosmovisión y Espiritualidad.

¿Para Ustedes que significa red comunitaria? Existen diferencias.

¿Cómo inició y porque se organizaron en los comités de convivencias comunitarias? Este empoderamiento se lo debemos a muchos desde 1994 estamos intentando pero se escribió esta fuerza con el Proyecto Nic-020T7Luxemburgo.

Las autoridades indígenas es la autoridad, pero si estos comités de convivencias son parte de la junta directiva, nuestra organización somos, es decir

Así nos constituimos desde nuestra cosmovisión. Los abuelos y abuelas, los Especialistas en el entendimiento ancestral son nuestras raíces, la junta directiva es el tronco y nosotros los comités somos las ramas ese es el árbol de la vida, si se unieran la red comunitaria el personal de salud es el tronco y la red comunitaria son las ramas así sería unificación y la cohesión del mundo.

Esos comités se vieron positivos además en ese momento hubo un desastre y se hizo un pedido a Luxemburgo de una ayuda de ahí fue que agarramos más positivos la organización porque, se hizo más fácil la distribución de los grano porque, cada quien tiene un listado del personal que tiene cada sector y quiénes son los más necesitados.

(Secretaria) A uno lo invitan para participar voluntariamente. He participado en un montón de actividades, yo me he sentido muy motivada y le he puesto cariño a todo lo que hemos hecho toditos, hemos participado de diferentes maneras y trabajamos tanto de limpieza y de abatización, eliminar las charcas para evitar los creaderos de zancudos, las experiencias han sido muy bonitas se va organizando la gente muy bien.

Conocemos que pasa en lo que pasa en cada sector a la vez aporta en conjunto buscamos soluciones a los problemas pero esta responsabilidad es compartida. Estas actividades las realizamos en comunidades que no son de aquí, ella, ella y ella han ido a abatizar y limpiar en un tiempo fueron comunidades de aquí pero ya no, y aun así se va a trabajar, las brigadas de aquí llegaron hasta allá.

(Coordinador) Surge como la gran necesidad una sola directiva no puede mantener toda la comunidad, entonces ellos se sientan y dicen vamos a formar unos comité y vamos a ponerle “comité de convivencia comunitaria” y vamos a empezar de las salinas para acá.

Las autoridades indígenas coinciden en expresar que la red comunitaria, es una organización, un espacio de participación con tomas de decisiones acerca de la salud de la población indígena y no indígena donde deben converger todos los actores que hacen posible alcanzar la armonía de los seres humanos y su entorno así se cuida la salud de los humanos, lo espiritual, la Madre Tierra, sin ellos no somos nada.

En cambio la red comunitaria se limita al cumplimiento de las acciones en salud que promueve el MINSA, está limitada la participación de los líderes y solo participan los colaboradores voluntarios, brigadistas, personal relativamente joven de este Pueblo. Con las convivencias está interrelación comunitaria de todos, genera el convivir en la búsqueda del buen vivir, desde esa concepción holística de su salud y desde su propio desarrollo comunitario.

**¿Qué actividades han realizado en la implementación de esta iniciativa?
¿Cómo las han llevado a cabo?**

Los miembros de los comités de convivencias y Autoridades indígenas hemos implementado distintas actividades, podemos mencionar:

- ✓ ir a limpiar el Centro de Salud.
- ✓ En grupo hemos realizados las limpieza en el campo de béisbol.
- ✓ Hacemos campaña de concientización, cada quien fue hacer la campaña, que teníamos que recoger la basura con los niños de la escuela hemos trabajado.
- ✓ Nos ayudan, cada quien tiene su frente limpio, regado, depositando la basura, solo se limpia, la cerca de la escuela, del centro de salud, limpiamos la casa de refugio
- ✓ Al inicio de año fuimos y limpiamos la escuela, los padres de familia ayudaron
- ✓ Con el agua se dijo que íbamos crear un fondo porque en realidad, rozan, limpian al centro de salud todo ellos solo
- ✓ Junto con la brigada van a abatizar y ayudan bastante en la comunidad
- ✓ En educación se integran a la limpieza, con la comida, el ajuste, junto con las mamás
- ✓ Orientación práctica/ experiencia cultural, recreación y deporte, enseñar cosas manuales
- ✓ La cocina de la escuela, solo tenía la puerta y las verjas
- ✓ El sistema del agua de la escuela
- ✓ Una semana o cada 15 días, la gente de la salinas y virgen morena van a limpiar por lo que la gente vota basura y lo van a limpiar allí en aguas calientes

(Secretaria) Una de las primeras actividades para la cual nos organizamos fue en la limpieza, limpiar las calles, las aguas termales. Cada sector con su comité, invitamos a las demás personas para que apoyaran y participaran en las limpiezas.

La siembra de árboles en lugares donde no había árboles y en si en la comunicación entre los colegios y los niños para que ellos también hicieran sus viveros y fueran a plantar plantitas donde no habían árboles, eso fue algo muy bonito porque aparte que nosotros como comité estábamos impulsando eso, ellos también y se metieron al paquete de que era ir a sembrar los árboles y eso era algo que nos impresiono ¡oye algo bueno! por que nos hacen caso y de repente que nadie hacia cabeza de algo, pues nosotros lo hicimos y de suerte que nos hicieron caso con eso. Lo que es la limpieza los alumnos de la escuela apoyan y también las iglesias.

(Coordinador) Con las iglesias promovimos un día reunirnos y como las iglesias también tienen sus líderes, redactamos cartas a los líderes, a los pastores, redactamos la carta que necesitábamos su apoyo para la limpieza de las calles y eso era una salud para todos para el pueblo, pues ellos nos escucharon y si mandaron sus gentes a apoyar.

(Secretaria) También lo que tiene que ver en eso es que algunos que somos de los comités somos parte de las iglesias y es ahí que tal vez y es así donde existe más la comunicación entre ellos y con el pastor al que pertenecen y así se le explico el por qué de las actividades y su ayuda, es ahí donde ellos apoyan.

¿Qué actividades de educación en salud ha impartido a los miembros de los comités de convivencia?

Educación para la convivencia, son los conocimientos adquiridos a partir de las diferentes capacitaciones recibidas, al respecto un sobador de la comunidad manifiesta que “he participado en muchos talleres y he aprendido bastante”.

El Sobador reconoce que estos talleres enriquecen sus conocimientos al interactuar con otros terapeutas: “para nosotros es importante saber más de otros que hacen cosas diferentes a nosotros para ayudar a la gente de mi comunidad porque ellos aprenden de nosotros y nosotros de ellos”

Esta opinión también la comparte la curandera al expresar “con lo que nosotros hemos aprendido curamos mejor a nuestras familias y la comunidad, nos busca mas para que los curemos”.

La coordinadora de un comité de convivencia manifiesta la importancia de las capacitaciones recibidas, principalmente en la elaboración de proyectos siendo “cosas nuevas” que ellos desconocían, actualmente elaboran sus propios proyectos según sus necesidades.

Estos resultados son el esfuerzo conjunto y es reconocido por la terapeuta Mirna al expresar “yo sola no pude obtener eso, sino fue que luchamos todos juntos para ser reconocidos, ahora vamos a poder enseñar lo que podemos hacer para que aprenda”.

Esto ha permitido el reconocimiento y satisfacción personal de los participantes: “Yo me siento feliz porque ahora soy reconocida y le voy a contar a mis nietos que yo ayude a mi gente de mi comunidad”. Curandera de niños – niñas.

La misma población realiza campañas de concientización, cada quien tiene que recoger la basura en esta campaña también han participado los niños “nos ayudan y cada quien tiene su frente limpio, regado y depositado la basura” Maestra indígena.

El coordinador manifiesta “hemos trabajado en coordinación con el MINSA, ahora pertenecemos a una brigada voluntaria con carnet”,

La Maestra expresa ha participado en capacitación de primeros auxilios brindados por el MINSA

¿Cuáles han sido los cambios significativos y su influencia en la organización y participación comunitaria?

La Junta Directiva expresa que gestionó conjuntamente la construcción del Puesto de Salud cuando era con Luxemburgo. La comunidad donó el terreno para tal efecto pero después lo gestiono solo el SILAIS con el Gobierno a través de otro organismo de cooperación, ahí ya no nos tomaron en cuenta y decidieron hacer el puesto, lo diseñaron y comenzaron la construcción.

Cuando se vieron en problemas de falta de agua, falta de luz, de celadores para que no se robaran las cosas, la falta de mano de obra voluntaria ahí recurrieron a nosotros las Autoridades, pero antes no reconocieron, violaron el derecho autonómico sobre el territorio. Al final quien dio la cara por esto fue la Comunidad organizada.

Continúan diciendo: El Puesto de salud lo construyeron sin agua potable, sin una armonía con la Madre Tierra, y se habla de cuidar el ambiente.

Los especialista del entendimiento ancestral expresaron que el sitio es frío no hay ninguna plantita, sin armonía con la Madre Tierra y se preguntan cómo quieren brindar atención sin esa sutil energía que nos brinda la vida.

No se logra el respeto a las prácticas a su cosmovisión, y aún todos los actores involucrados no se armonizan entre ellos mismo ni con el medio ambiente.

(Secretaria) Hay un cambio total una la relación con las personas que es lo importante. Todo se hace más fácil y más rápido.

(Coordinador) Me siento agradecido porque, queremos ver a esta comunidad que sea como dicen tremenda que sea sano, como digo las veces hemos ido a fumigar yo lo hago con todo cariño, sin cobro ni nada, pero la gente me dice que soy un corre camino que ando de aquí para allá, buscan también, para abatizar el agua y yo voy a como digo, yo estoy dispuesto a lo que me digan el encargado de convivencias y yo voy ni por dinero, ni por nada, por el amor a mi comunidad virgen y salinas.

A partir de la organización de los comité el MINSA a través de la responsable del Puesto de salud empezó a pedir ayuda para que trabajáramos juntos nosotros y su red comunitaria a partir de ahí se han reducido las enfermedades, las diarreas, el dengue y hemos podido ver menos enfermos que antes a provocado un Objetivo y permitido llegar cada día más largo En la salud hemos mejorado y también económicamente tanto.

Los proyectos se han logrado, obtener eso es tremendo por que al menos lo que es el pozo de agua potable es cierto dijéramos que no fue para la comunidad de Virgen Morena, pero uno se siente satisfecho, agradecido por que le estas sirviendo a Las Salinas y si un dado caso cualquier pozo que fallara entonces el otro está a la orden.

El apoyo inmediato que tiene el Ministerio de Salud y como dijo él, el apoyo de la alcaldía cuando uno llama.

(Secretaria) Yo creo que también lo de la cancha que a través de la firma de los comités de convivencias se gestionó y es cerca del cuadro. La gente nos busca más, hay más acercamiento entre los mismos comunitarios que ya nos conocemos para cualquier asunto ya sea de salud o no.

A partir de la implementación de las convivencias comunitarias se ha fortalecido la autogestión, la terapeuta de la comunidad al respecto nos dice: “nadie nos dio la mano, nadie nos ayudo, lo que paso es que la comunidad se movió para buscar las mejoras”.

Los terapeutas y profesoras indígenas expresaron que la junta directiva en coordinación con los comités, han realizado actividades que manifiestan su capacidad organizativa y de autogestión en los últimos seis años:

- ✓ “Fíjese que ahí donde vivíamos los caminos eran malos, pésimos, pero gracias a Dios nos repararon los caminos, eso ayudo a sacar más rápido a los enfermos de las comunidades.
- ✓ “Con la instalación de la luz eléctrica hemos favorecidos a 150 familias”

- ✓ “En Virgen Morena la junta directiva creo el CICO” y así valoran a los chavalos y chavalas en su crecimiento.
- ✓ “En la escuela se instaló el sistema de computadoras, sistema del agua, se reparó la cocina de la escuela”.
- ✓ “Compramos 50 manzanas de terreno para solventar a la gente que no tenía su casa y se disminuyo el hacinamiento”.
- ✓ “El señor Castillo donó el área para una antena, para Internet y así sabiendo que tenemos un medio de comunicación es un avance para la comunidad”.
- ✓ Se realizaron alianzas estratégicas con la Clínica “Roberto Clemente” para realizar otros exámenes. Cada Paciente recorre la mitad del tiempo para llegar a la clínica y se ahorra plata en los gastos de exámenes y transporte a la vez.

El trabajo comunitario es donde “la gente se integra sin necesidad de decirle te voy a pagar, todo es voluntario sin necesidad que uno le diga ellos van hacer las cosas” y donde se han hecho “muchos trabajos comunitarios: cercas vivas, hemos reforestado, hacemos limpiezas en la comunidad y ayudamos a personas de la comunidad, cuando nos dicen si podemos”.

Esto se ha manifestado en la transmisión de conocimientos con los niños de las escuelas, al ser involucrado en las actividades de riego, depositar basura, limpieza de la escuela, el centro de salud y el refugio.

¿Cuál es la visión del MINSA a cerca de la Medicina tradicional?

Sobador: la experiencia que nosotros tenemos con el MINSA es que antes para hacer una medicina tradicional nosotros no teníamos la confianza de hacerla porque le teníamos miedo al MINSA, porque ellos no creían en la medicina tradicional solo creen en lo de ellos y me discriminaron muchas veces, me llevaron como preso sin decir y solo decían hago esto, como hace esto y sin emitir ningún juicio y después ya en la noche ahí me dejaron a ver que hiciera en Rivas, dicen son conocimientos empíricos y vea ahí los resultados tantos hombres, niños y mujeres sanos y ni una complicación.

Curanderas: Ahora todo es medio queriendo porque ellos están de acuerdo con rescatar la medicina tradicional, ahora en el municipio la gente del MINSA ya están satisfechos porque conocen lo que hacemos nosotras y el sobador pero al igual que a él me trataron muy mal.

Sobador: Pero no es cierto que están satisfechos, hablan de rescatar la medicina tradicional pero tienen contradicción con muchos de nosotros, con los que

curan picaduras de culebras y tuvieron contradicciones en Nancimi en el Pre congreso, ahí hablaban de charlatanería.

El sistema tradicional de conocimientos es importante en la comunidad porque resuelve cuando no está el médico científico. Ellos aunque nos desconocen también tienen sus conocimientos y sus aplicaciones para los pacientes, le respetamos porque ambos nos complementamos, la gente nos necesita, eso es convivir. La medicina tradicional no implica las plantas medicinales versus medicamentos ni las acciones meramente curativas.

Los especialistas del entendimiento ancestral dialogan sobre la medicina tradicional tiene cuerpo, espiritualidad, cosmovisión. Tienen dones del entendimiento, del conocimiento ancestral a través de los especialistas que heredan y transmiten estos dones.

¿Cuáles han sido las dificultades (desaciertos) que se han presentado?

(Coordinador) Una dificultad es el desánimo de eso que a veces las personas que ya están capacitadas que las personas las critiquen, entonces esa persona levanta al compañero no le ponga mente sigamos adelante, el MINSA no toma como una práctica verdadera la medicina tradicional no se le da la importancia ni el valor al trabajo que realizamos.

El Presidente del Pueblo indígena expresó que aunque se diga se necesita otro EBACS en este territorio, no se toma en cuenta por el MINSA, tampoco se respeta la autonomía comunitaria, no se integra a la gente de las convivencias en los consejos.

La curandera y el sobador expresaron que en las convivencias la medicina tradicional no son solo las plantas medicinales versus medicamentos ni las acciones meramente curativas, va más allá. Eso no es entendido por los del MINSA.

7.3. Resultados de la Revisión documental (Ver en anexo matriz)

- **Componente Organización:** se encontró para el año 2007 la red comunitaria estaba compuesta de 35 miembros aumentando con la instalación de los comités de convivencias a 89, cuentan con mapas y censo, planes comunitarios implementados en los 8 sectores.
- **Accesibilidad:** Se confirma en la revisión documental la diferencia de datos censales y mapeo entre el MINSA y la parte Indígena.
- **Participación social:** Están compuesto por Terapeutas tradicionales, red comunitaria los que participan en todas las actividades que se han desarrollado con la red comunitaria. Estas actividades están evidenciadas en la Unidad de Salud.

- Educación Sanitaria para la Salud: se realizan talleres para fortalecer la planificación comunitaria y sobre factores de riesgo, esto encuentra en los informes, actas de la Unidad de Salud, todas las actividades.
- Educación para las convivencias: se registran intercambios de experiencias del Entendimiento ancestral y de convivencia y la formación de talentos indígenas.
- Gestión para la convivencia: se registran los distintos proyectos en proceso de negociación y gestión

7.4. Resultado de la Observación participante:

Durante la sesión de trabajo entre el personal de Salud y la Junta Directiva del Pueblo, para la revisión de Título real, amojonamiento y censo, para determinar el territorio indígena, se observaron los mojones y se delimito el territorio siguiendo la línea del mapa de sus tierras.

Luego se realizó la revisión de cada uno de los documentos. Se concluye la necesidad de dos EBAFCS para esta Comunidad lo cual no es coincidente con la delimitación y censo del MINSA.

VIII. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

8.1. Elementos fundamentales del modelo de convivencia comunitaria en salud

Con relación a los resultados de este informe se identificaron tres elementos fundamentales trazadores que forman el entretejido de este Modelo los cuales son: las Convivencias comunitarias en Salud, las Redes de Convivencias comunitarias y la Gestión para la convivencia en Salud. A continuación se detallan los principales aspectos de cada uno de estos ejes.

8.1.1. Convivencias comunitarias en Salud:

Las autoridades en salud a nivel de SILAIS, Municipio y Local, todos coinciden en afirmar que las convivencias comunitarias es un trabajo conjunto indígenas y personal de salud con énfasis en las personas, familia y comunidad, es una metodología de trabajo que implica más acercamiento a la comunidad.

Con la implementación del MOSAFC, han priorizado este Pueblo de ascendencia Nahoá, por ello se adaptan a la organización de redes de convivencia, es decir redes basada en su cultura que tienen funciones similares a la red comunitaria. Este convivir dinamiza la reorganización de los servicios de salud y viabiliza el mandato de las políticas de salud.

El empoderamiento comunitario ha generado una comunicación más fluida entre la red comunitaria y los comités de convivencias comenzando a unificar una sola red comunitaria articulando la red de servicio con la atención en salud, base sustentable de las convivencias que posibilita mejorar sus condiciones de salud

Es una forma de trabajo especial basado en la adaptación y conciliación:

“El trato es especial, basado en el respeto a su cultura, sus decisiones sus costumbres”. Expresó la Jefa de Enfermería del Municipio de Tola.

“En las convivencias ellos funcionan de una manera distinta, sienten una responsabilidad propia, el buen vivir de su comunidad”. Expresó la responsable de Vigilancia Epidemiológica del Municipio de Tola.

“Es un sentir colectivo, siempre hay gente, siempre están los comité de convivencias respondiendo ante su problemática, no necesitan que les llamemos, se trata de convivir desde la entrada en la comunidad, viviendo uno se da cuenta de los problemas, se inmersa en ellos y se une a dar solución, así se ingresa a la comunidad directamente. Expresó la Directora del Centro de Salud Camilo Ortega Saavedra, Municipio de Tola

Las Autoridades Indígenas coinciden en afirmar que las convivencias comunitarias, no implica una adaptación o articulación del MOSAFC, antes bien es la sinergias de energías en la búsqueda de lograr revitalizar el buen vivir de las colectividades, del Mundo, las cuales deben ser incluyentes y trazadores en el MOSAFC.

Al respecto, el hermano mayor, Presidente del Pueblo Indígena de San Juan de Oriente y Vicepresidente APRODIN. (2007) ¹⁶expresa:

“Sus sueños es caminar hacia el Gran Padre sin herir a la Madre Tierra aplicando el arte de los saberes heredados de los ancestros y que han sido transmitidos a través del Don de saberes, base de nuestra espiritualidad”

Todos coinciden con las y los mayores en que las convivencias se sustentan en el **arte del cuidado** del territorio, el ecosistema, la Madre Tierra donde habitamos en comunidad y compartimos la armonía con el espacio y el tiempo acorde al derecho consuetudinario. El cuidado a los seres humanos con su entorno, sus hábitos, costumbres y valores para una buena salud mental espiritual de las personas, familias y comunidad.

En el **arte de curar**, es un Don de mente y espíritu que parte del entendimiento de los conocimientos y su aplicación práctica por los Especialista del Entendimiento Ancestral.

En el **arte de educar y aprender**, es enseñar, transmitir los conocimientos sobre su cultura de manera oral de abuelos, abuelas a madres, padres a hijos, nietos.

Las convivencias comunitarias “es habitar cerca”, es ayudarse mutuamente, es armonía con el mundo natural que les rodea, con el mar, los astros, el sol, la luna que son parte vital de nuestra vida, así transmiten buenas energías a la comunidad.

Las convivencias comunitarias es el sustento del conocimiento holístico e integral de los Pueblos Indígena, es aprender el arte de cuidar, el arte de curar y el arte de educar.

8.1.2 Redes de Convivencias comunitaria:

Para las autoridades de salud, las redes de convivencia expresadas en comités de convivencias comunitarias tienen la misma forma de comunicación y función que la red comunitaria que contiene el MOSAFC, su base es su contexto sociocultural, lo que incluye a otros líderes comunitarios que no estaban en nuestra red comunitaria esto empodera la organización y el poder ciudadano.

Al respecto la directora del Centro de Salud de Tola, municipio Tola, afirma

Que la red comunitaria y la red de convivencia es lo mismo, aunque en las convivencias “es más profundo en su sentir comunitario, a partir de su plan de vida asumen sus responsabilidades en salud de forma colectiva”. Este comportamiento

colectivo comunitario no se registraba en la red comunitaria, era el equipo de salud que orientaba directamente las acciones en salud según las expectativas del MINSA. En el nuevo contexto del MOSAFC, si se promueve esta responsabilidad compartida y se busca este empoderamiento comunitario.

Las autoridades de salud coinciden en que el mandato de la Política de Salud, es incorporar a los terapeutas tradicionales en la red comunitaria. Al conformarse la red de convivencia todos los terapeutas están involucrados eso fortalece la organización. Se ha generado el acercamiento con toda la red de convivencia a través del proyecto Nic-020 T7 “rescate de la medicina tradicional” así ha aprendido el personal sobre abordaje de esta medicina tradicional.

Las autoridades indígenas coinciden en expresar que la red comunitaria, es una organización, un espacio de participación con tomas de decisiones acerca de la salud de la población indígena y no indígena donde deben converger todos los actores que hacen posible alcanzar la armonía de los seres humanos y su entorno.

La red de convivencias comunitarias en salud, es una organización de redes de personas solidarias incluyente de todos los líderes de este Pueblo, que se reúnen para compartir la problemática de la comunidad, buscan soluciones mediante la gestión para la convivencia, para mejorar la salud de la persona, familia y comunidad desde su Cosmovisión y Espiritualidad.

En cambio la red comunitaria se limita al cumplimiento de las acciones en salud que promueve el MINSA, está limitada la participación de los líderes y solo participan los colaboradores voluntarios, brigadistas, personal relativamente joven de este Pueblo.

Con las convivencias está interrelación comunitaria de todos, se refieren a los curanderos, parteras, compone huesos, consejos de ancianos, jóvenes brigadista, comité de convivencias, junta directivas y autoridades de la salud local genera el convivir en la búsqueda del Buen Vivir, desde esa concepción holística de su salud y desde su propio desarrollo comunitario.

8.1.3 Gestión para la Convivencia en Salud

A partir de la implementación de las convivencias comunitarias se ha fortalecido la **autogestión para la convivencia en salud**, comenta la terapeuta de la comunidad Virgen Morena, al respecto nos dice: “nadie nos dio la mano, nadie nos ayudó, lo que pasó es que la comunidad se movió para buscar las mejoras”.

Al respecto una profesora indígena, expresa que la gestión para la salud, se limita a las acciones en salud que meramente orienta el MINSA. *La gestión para la convivencia va más allá de ese accionar, es democrática, participativa y de consenso en las asambleas, por eso estamos satisfechos con los logros que hemos realizado en conjunto en la comunidad.*

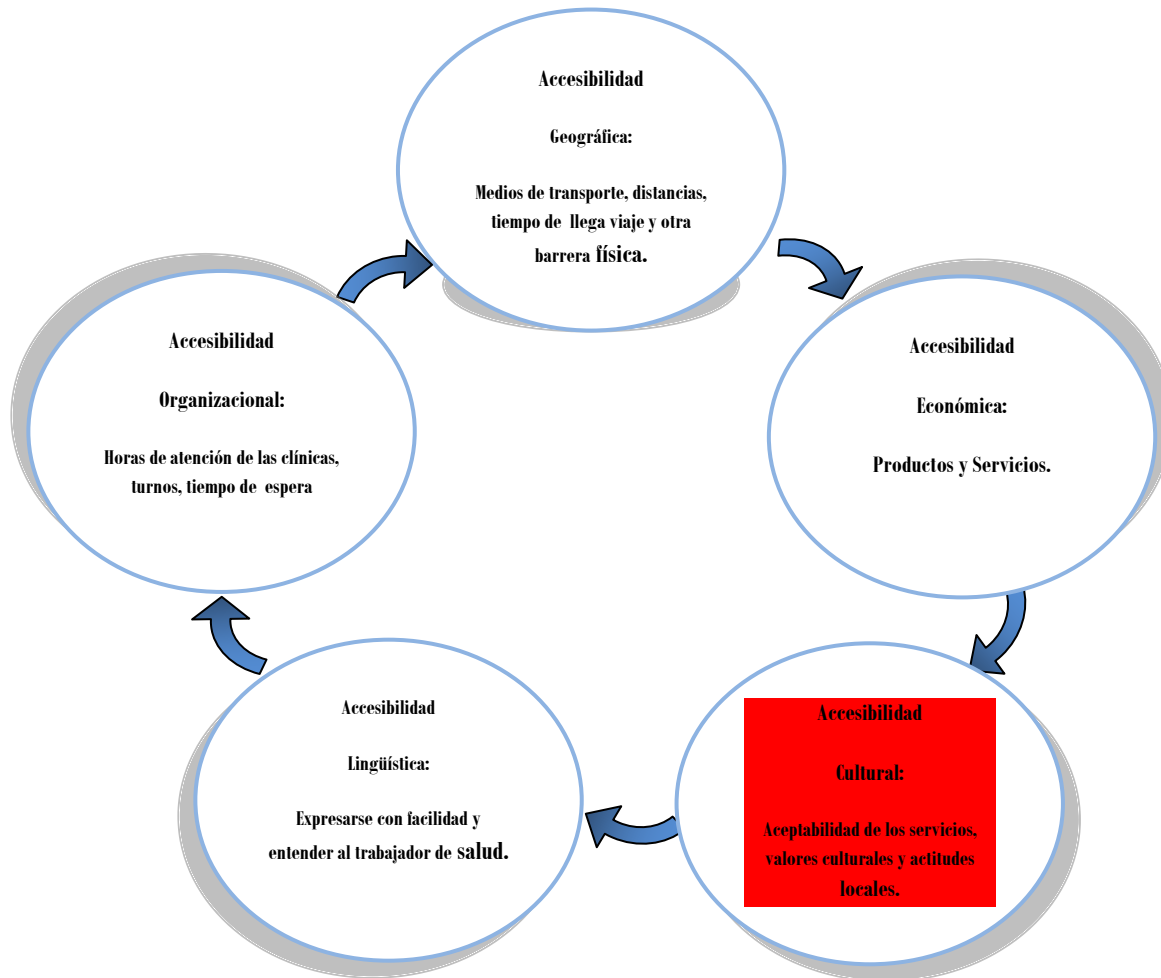
La junta directiva en coordinación con los comités y actualmente con el Personal de Salud, ha realizado actividades que manifiestan su capacidad organizativa de autogestión para la convivencia y su aporte a la accesibilidad de la red de servicios de salud en los últimos seis años:

- ✓ Fijese que ahí donde vivíamos los caminos eran malos, pésimos y reparamos los caminos, así trafican el transporte colectivo, nos permite llegar más rápido a la unidad de salud con el enfermo.
- ✓ Se gestionaron proyectos de agua potable, ahora tomamos agua clorada han disminuidos las enfermedades como diarrea y disentería.
- ✓ Con la instalación de la luz eléctrica hemos favorecidos a 150 familias
- ✓ En Virgen Morena la junta directiva creo el CICO, así contribuyen al crecimiento y desarrollo integral de la niñez.
- ✓ “En la escuela se instaló el sistema de computadoras, letrinas, sistema del agua, se reparó la cocina de la escuela”, esto mejoro la salud de la niñez y adolescencia.
- ✓ “Compramos 50 manzanas de terreno para solventar a la gente que no tenía su casa disminuyendo el hacinamiento en las familias”.
- ✓ “El señor Castillo donó el área para una antena para Internet y así sabiendo que tenemos un medio de comunicación es un avance para la comunidad”.
- ✓ Se realizaron alianzas estratégicas con la Clínica “Roberto Clemente” para realizar otros exámenes. Cada Paciente recorre la mitad del tiempo para llegar a la clínica y se ahorra plata en los gastos de exámenes y transporte a la vez.

Hasta el año 2004 se iniciaron gestiones conjuntas con el Personal de Salud, esto ha contribuido a compartir retos en acercar la red de servicios de salud.

8.2. Avances alcanzados, aciertos según componentes del modelo

8.2.1 Accesibilidad de la Red de servicios de salud



Lograr el uso eficaz de los servicios de salud implica eliminar las barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural o lingüística.

Accesibilidad organizacional:

Esta reorganización de la red de servicios de salud, según, la responsable del Puesto de Salud en Salinas de Nagualapa, fue realizada en una sesión de trabajo con la responsable de la red comunitaria y el Presidente de la comunidad indígena donde se identificaron los límites territoriales del Pueblo y se revisaron los censos poblacional es del territorio, así establecieron el EBAFCS y la modalidad de atención.

- ✓ Se instalan un Equipo Básico en salud familiar y comunitaria (EBAFC) de forma permanente. Está conformado por: 1 Médico, 1 Enfermera y 1 auxiliar.

- ✓ Se han acortado los tiempos de esperas, ahora existe un equipo de salud que atiende diario a la población y dedican dos turnos de atención, expresa una lideresa de salinas de Nagualapa, usuaria de los servicios de salud.
- ✓ El sistema de referencia y contra referencia ha mejorado con las coordinaciones que se establecen con las parteras. El personal de salud reconoce que la gente comunitaria tiene confianza en sus terapeutas tradicionales.
- ✓ El reconocimiento del rescate de la medicina tradicional, sus plantas medicinales, su poder curativo y preventivo de los terapeutas, les ayudan a resolver problemas de salud en esos lugares.

Accesibilidad económica:

Se brinda atención gratuita, se entrega el medicamento y se realizan algunos exámenes sin costo alguno. Esto es importante porque uno no se cura con el “papelito recetario” menciona el líder comunitario.

Accesibilidad geográfica:

Este acercamiento de los servicios les ha permitido acortar distancia y tiempo, para ir a realizarse los exámenes o bien obtener los medicamentos.

- ✓ Otro aspecto que ha contribuido son las coordinaciones realizada por la junta directiva con la clínica “Roberto Clemente”, para realizarse otros exámenes que no se realizan en la unidad de salud en Salinas. Esta gestión comunitaria da inicio al establecimiento de alianzas estratégicas con el personal de salud para concretar la gestión integrada de los servicios de salud.
- ✓ Los miembros de los comités de convivencias apoyados por la junta directiva del pueblo, han mejorado los caminos, así la gente llega más rápido al puesto de salud porque hay transporte colectivo, expresa un mayor indígena, comunitario de Virgen Morena.
- ✓ También han ayudado a la población no indígena que habita en el entorno, cuando se requiere sacar a un paciente de emergencia, se busca medios de transporte entre los comuneros para salvar la vida, no importa que sea indígena o no indígena, todos son seres humanos hijos de la misma tierra, de esta manera han mejorado la accesibilidad geográfica.

Accesibilidad lingüística:

Los usuarios del servicio de salud, no tienen barrera lingüística con el personal, todos hablan el español.

8.2.2 Organización comunitaria

El personal de salud coincide en afirmar que iniciaron desde el año 2003, las reuniones con los líderes indígena quienes expresaban sus necesidades y expectativas de articular valores, la preservación de las costas, las fuentes de aguas calientes, Madre tierra y desarrollar mecanismo de autogestión de su salud.

Al inicio era difícil gobernar, por los conflictos con la municipalidad y el personal de salud, debido al no reconocimiento de la especificidad territorial. Se inició el acercamiento contando con la asistencia técnica de OPS-OMS en el año 2000.

Los continuos desastres provocados por las tormentas, los incomunicó con el municipio de Tola. Éramos los “Unos ayudando a los otros, sangre de nuestra sangre” expresa un mayor indígena líder comunitario de Virgen Morena. Continua diciendo, “realizamos el mapeo, reconfirmamos los censos por sectores, ahí se fortalecieron los liderazgo de los nacientes comité de convivencias, así nos unimos con la junta directiva y al personal de salud”. Así nos constituimos desde la cosmovisión:

“Los abuelos y abuelas, los especialistas en el entendimiento ancestral son nuestras raíces, la junta directiva es el tronco y nosotros los comités somos las ramas ese es el árbol de la vida, si se unieran la red comunitaria el personal de salud es el tronco y la red comunitaria son la ramas así sería unificación y la cohesión del mundo”.

De ahí comenzamos a trabajar con el personal de salud, nos escucharon y comenzaron a trabajar con nosotros en alianza, ahora fortalecen nuestro tronco al igual que otros hermanos cooperantes que nos brindan la mano para el desarrollo. En el año 2007, se instalan los comités de convivencias por sectores: 4 sectores en la comunidad de virgen morena y 4 en salinas de Nagualapa, 8 comités de convivencias comunitarias. Después se integran los gobiernos del poder ciudadano impuesto por el Gobierno.

A inicios del año 2008, se constituyen en una red de convivencias comunitarias acentuando su sentido de pertinencia y prevaleciendo el principio de consenso en las asambleas locales logrando su cohesión social.

Este buen gobierno, basada en la resolución de conflictos internos desde lo interno y hacia lo externo, sobre la base del derecho consuetudinario que alimente un camino sostenible debe ser un eje que delínee, este modelo, para superar los factores ligados a la cultura y estructura de la red de servicios en salud.

Cuanto más eficientes son los mecanismos de solución de conflictos aplicando el derecho consuetudinario en el ámbito local y regional, mayor es la sostenibilidad política de un sistema. Porque la gobernabilidad democrática en el sentido del buen gobierno, depende en gran medida de que los sujetos

autonómicos logren consolidar un sistema jurídico interno, cuestión que expresa con toda claridad Leo Gabriel y Gilberto López (2008,48) en su importante obra el Universo Autónomo.

Se han generado diálogos interculturales que proyectan una visión incluyente indígena y no indígena, que ha permitido acercarse entre los actores y establecer alianzas en el mejoramiento de la cobertura de la red de servicios.

8.2.3 Participación comunitaria

Uno de los principios básicos de la Ley General de Salud y de la Política de Salud es la participación social, el fortalecimiento de las redes de trabajo comunitario en la búsqueda de la intersectorialidad y la integralidad de las acciones en salud en el primer nivel de atención. Estos son los principios rectores del actual MOSAFC, a su vez fomenta la gobernabilidad ciudadana y participación activa y consciente de la ciudadanía en el quehacer del sector salud.

Todas las autoridades de salud coinciden, que trabajan en el fortalecimiento de la participación comunitaria mediante la cohesión de la red comunitaria y los gabinetes del poder ciudadano. La participación ciudadana hace que participe la gente comunitaria y así mejora su salud, por eso nos organizamos con los comités de convivencias para que nos ayuden, juntos hacemos muchas acciones anti epidémicas, la gente tiene confianza en sus líderes, expresa el Subdirector SILAIS Rivas.

Continúa diciendo “el personal de salud reconoce como agentes comunitarios a sus líderes comunitarios como las parteras, los sobadores, brigadistas, colaboradores voluntario ellos han venido haciendo liderazgo tradicional en la parte de salud”.

“Estamos trabajando en red con las comunidades indígenas, con los líderes, las parteras” expresa la Jefa departamental de Enfermería...” ellos están en la obligación de velar por su comunidad de captar a las mujeres embarazadas lo comunican por sector y el sector al Puesto de salud, no tenemos muertes maternas aunque existe altas tasas de parto domiciliar”

“La participación comunitaria, es para promover la salud. El nuevo modelo integra a los sobadores, es fundamental, porque en una comunidad más bien el paciente enfermo cree en los sobadores entonces van donde ellos, a veces se piensa que el sobador puede superar o no la enfermedad y a veces puede afectar la salud. Otros curan con hierbas le llaman brujos, se han venido tomando en cuenta, pero la lucha es muy dura, pero si es muy importante tomarlo en cuenta, porque también son un bastión para la salud. Expresa el responsable de la red comunitaria y comunicador social, SILAIS Rivas.

La participación comunitaria ha aumentado de 38 miembros a 84 miembros,

se concibe como parte de un proceso que dinamiza la colectividad en el desarrollo de distintas actividades, entre ellas:

- 11 Terapeutas tradicionales (4 parteras/4 sobadores/2 curanderos de empachos/ 1 especialista en calor de vista) trabajando en red con personal de salud.
- 1 comité de salud se conformó en la Salinas de Nagualapa (1 delegado por todo el EBAFC)
- 11 Jornadas de luchas anti epidémica fueron organizadas: 3 palatización, 3 fumigación 5 higiene y limpieza.
- Los Pérofiles de las autoridades indígenas y terapeutas tradicionales pudieron ser precisados.
- La normativa consuetudinaria fue diseñada e implementada.

Los miembros del comité de convivencias comunitarias han participado sistemáticamente en la revitalización de la armonía de su comunidad. Diseñaron planes de trabajo y se involucraron en distintas tareas de prevención de las enfermedades y fortalecimiento de las redes comunitarias.

Por su parte los terapeutas tradicionales han iniciado el acercamiento con el personal de salud, continúan con sus prácticas atendiendo a sus pacientes, reportan a su vez en el informe mensual las atención de enfermedades tradicionales, consejerías y sobados o composición ósea, participan en la referencia de los pacientes y reciben su contra referencia para brindarle seguimiento y consejería. La junta directiva se reúne con todos los miembros del comité de convivencias, para evaluar y dar seguimiento a las actividades que tienen programadas en relación a la salud.

8.2.4 Educación para la salud y educación para las convivencias

La educación para la salud ha generado el aprovechamiento de aprendizajes de la colectividad, confianza, participación en las capacitaciones. Los agentes comunitarios expresan en donde se está fallando por parte del personal de salud y por parte de la comunidad, está siendo compartida la responsabilidad en salud, expresa la Responsable del puesto de salud Salinas de Nagualapa.

Al respecto la lideresa miembro del comité de convivencia del sector 2 de Salinas de Nagualapa, expresa “las capacitaciones recibidas son importantes, principalmente en la elaboración de proyectos siendo “cosas nuevas” que ellos desconocían, actualmente elaboran sus propios proyectos según sus necesidades”.

El proceso de educación para la convivencia, reflexionando sobre el ayer, en la rueda del tiempo de los abuelos y abuelas, del legado de artes y saberes

ancestrales, del presente y futuro permitieron construir sus planes de trabajo para el desarrollo comunitario.

Las actividades de capacitación realizadas por el personal de salud, dotaron de algunas herramientas básicas para la gestión y la identificación de factores de riesgo. Entre las actividades se encontraron:

- 3 talleres de planeación y evaluación entre personal de salud a nivel local y la red comunitaria, con 231 participantes.
- 1 taller de planificación trianual entre equipo municipal de salud y la red comunitaria.
- 4 talleres sobre factores de riesgo de salud en la población (embarazos, enfermedades crónicas, enfermedades prevalentes en la infancia) dirigido a la red comunitaria.
- 3 talleres para elaborar micro proyectos comunitarios.

Encontramos un nuevo concepto relacionado con el arte de aprender, las convivencias es un arte de encuentros y desencuentro, grados de tolerancias y compromiso compartido por el cuidado a la salud.

La educación para las convivencias genera diálogos, relaciones de confianza para compartir conocimientos e intercambio de sus saberes que acercan a un buen vivir, en conciliación de conflictos y búsqueda de armonía.

Las actividades que han desarrollado son:

- 8 intercambios de experiencias terapeutas tradicionales a cerca del “Don del Saber” y el arte de sus conocimientos acerca de sus prácticas sobre medicina tradicional
- 5 talleres sobre convivencias comunitaria, relacionados con el buen vivir en los pueblos
- 2 Ferias ecológicas realizadas por estudiantes del V año de secundaria. rotulación científica de arboles y promoción de su protección
- 8 viveros de plantas por los comités, 2 en las Escuelas.
- Se reforestó las cuencas del rio y el nacedero de aguas calientes con 3,000 árboles en peligro de extinción en la zona.
- Formación de 4 talentos indígenas formados en investigación participativa en contexto intercultural.

La transmisión del conocimiento es muy importante en la educación para la continuidad de los saberes, los terapeutas tradicionales están compartiendo sus saberes con sus aprendices y a su vez con otros terapeutas de su territorio, los ejemplos siguientes lo demuestran.

El especialista en el entendimiento de sobado, conocido como sobador o compone hueso, reconoce que estos talleres enriquecen sus conocimientos al interactuar con otros terapeutas: “para nosotros es importante saber más de otros que hacen cosas diferentes a nosotros para ayudar a la gente de mi comunidad porque ellos aprenden de nosotros y nosotros de ellos”.

Esta opinión también la comparte la especialista en el entendimiento de curandería de niños-niñas al expresar “con lo que nosotros hemos aprendido curamos mejor a nuestras familias y la comunidad nos busca más para que los curemos”.

Estos resultados son el esfuerzo conjunto y es reconocido por la terapeuta Mirna al expresar “yo sola no pude obtener eso, sino fue que luchamos todos juntos para ser reconocidos, ahora vamos a poder enseñar lo que podemos hacer para que aprenda”.

Esto ha permitido el reconocimiento y satisfacción personal de los participantes: “Yo me siento feliz porque ahora soy reconocida y le voy a contar a mis nietos que yo ayudé a mi gente de mi comunidad”, expresó la especialista en el entendimiento de curandería, terapeuta de la comunidad Virgen Morena.

La misma población realiza campañas de concientización, cada quien tiene que recoger la basura en esta campaña también han participado los niños “nos ayudan y cada quien tiene su frente limpio, regado y depositado la basura”.

En las escuelas los profesores les hablan a los estudiantes de la parte indígena, la cual “se ha incluido en las clases la temática de recreación y deporte y experiencia cultural ya que desde pequeños vamos a introducir para que conozcan sus tradiciones y costumbres que tiene la comunidad” expresa la maestra y miembro de la Junta Directiva de Salinas de Nagualapa.

Aportan al trabajo comunitario es donde “la gente se integra sin necesidad de decirles “te voy a pagar”, todo es voluntario sin necesidad que uno le diga ellos van hacer las cosas” expresó la Secretaria de la Junta Directiva del Pueblo. Se han hecho “muchos trabajos comunitarios: cercas vivas, hemos reforestado, hacemos limpiezas en la comunidad y ayudamos a personas de la comunidad, cuando nos dicen si podemos” comentó, la Coordinadora de los comités de convivencias comunitarias y coordinadora del Gabinete el Poder Ciudadano.

DESACIERTOS SEGÚN COMPONENTE DEL MODELO

- Accesibilidad

Con relación a la accesibilidad geográfica:

No se respeta los derechos colectivos sobre la tenencia del territorio, sus censos poblacionales. Los usuarios de la red de servicios en salud no están satisfechos con el establecimiento de un equipo básico en salud familiar y comunitaria. Ellos cuentan con un censo de población mayor en un 22% de las estadísticas oficiales que utiliza el personal de Salud. Su población debería estar siendo atendida por dos EBAFCS y no por uno solo, lo que obstaculiza una real sectorización de la red de servicios.

Con relación a la accesibilidad social y culturalmente:

La atención integral que brinda el personal de salud, no es accesible social y culturalmente, se mantiene la discriminación, el irrespeto a su identidad cultural, a su territorio y su autonomía.

Las actitudes del médico de esta unidad también afectó en algún momento las relaciones con la red, al respecto la coordinadora de los comité de convivencias, señora Adela Acevedo Rivas, refiere maltrato a los usuarios que llegaban con sus niños o niñas con pujo o ojeado, la doctora los regañaba porque eso no existe según ella, eso es no reconocer las prácticas y las enfermedades tradicionales, por eso no son accesibles ni asequibles los servicios de salud.

Por su parte las autoridades de este pueblo confirman que todavía no se reconoce la idiosincrasia de su cultura, violentan sus derechos colectivos desde las formas de participación social, la ausencia del valor del trabajo del comité de convivencias, de las parteras, curanderas, sobadores y compone huesos.

Otro aspecto importante que mencionan es la ausencia de análisis de la información estadística generada por esta red, las que no son registradas en el sistema de vigilancia comunitaria a su vez no se reconocen las enfermedades tradicionales, las que son de alta incidencia en su localidad, según registro estadístico comunitario y existente en este Puesto de salud.

Este puesto de salud, está recién construido, fue la comunidad indígena quien donó el terreno para uso comunitario, sin embargo no fueron convocados a la toma de decisiones sobre el diseño de infraestructura y funcionamiento violando el derecho autonómico sobre su territorio.

No obstante, cada uno de los distintos problemas que se fueron sucintando, se recurrió a las autoridades indígenas para resolver por ejemplo la falta de agua, el cuidado del lugar y la mano de obra.

Esta unidad de salud no es saludable desde la cosmovisión de esta población, no se estableció el sistema de agua potable para todo tiempo, su escenario panorámico es frío, sin una plantita, en desarmonía con la Madre tierra como brindar atención en salud careciendo de esa sutil energía que nos brinda la vida.

La presencia de inversionistas extranjeros que se apoderan de las costas, promueven turismo comunitario que aumenta el consumo de alcohol y el inicio de consumo de drogas. Esto genera conflictos sobre el territorio y conllevan a la división de la gente y pérdida del inicio de la armonía en esta comunidad.

Mencionan que no se alcanza la integralidad en la atención en salud, desde que el personal de salud, los usuarios, los terapeutas tradicionales los comités de convivencias no se armonizan en el entretejido de la red de convivencias y su interrelación con su entorno el medio ambiente, aún no se logra el respeto mutuo de prácticas y costumbres basadas en la espiritualidad y cosmovisión de su pensamiento Nahoas.

- Participación comunitaria

Para el personal de salud la red comunitaria se debe empoderar para apoyar y lograr el cumplimiento de las actividades programadas, una participación asimilista que continua limitando la apropiación del modelo.

- Educación en salud y para la convivencia

La débil participación del personal de salud a las actividades de educación, para la convivencia limita la reflexión sobre el abordaje de la salud integral, intercultural.

IX. LECCIONES APRENDIDAS

- Este modelo, profundiza un proceso que da a la población y al personal de salud, herramientas que inspiran un fuerte compromiso social que supera las barreras que limitan actualmente la participación democrática. La eliminación de las diferencias, que restringe el acceso, la calidad de los servicios y la corresponsabilidad compartida en salud.
- La participación comunitaria ha aumentado de 38 miembros a 84 miembros. Forman parte del comité de salud local y han apoyado la realización de las jornadas de lucha anti epidémica.
- La participación sistemática y proactiva se alcanza con la toma de decisiones compartidas y autónomas de un consejo de salud intercultural que garantice el respeto y la reciprocidad de las relaciones de trabajo en la búsqueda de alcanzar mejores condiciones de vida a la población indígena y no indígena.
- La educación en salud dotaron de herramientas básicas, para la gestión e identificación de riesgos potenciales a la salud, a su vez realizaron intercambios, ferias ecológicas y reforestación que aportaron a retroalimentar su sistema social, el buen vivir comunitario.
- La educación para la convivencia continúa siendo limitado por la poca participación del personal de salud, no aportando avance a la construcción de un abordaje holístico de la salud.
- La gestión para la convivencia, delinea un nuevo contexto, que alcanza su máxima expresión en la responsabilidad compartida por las autoridades de salud e indígena en las tomas de decisiones. Les han permitido comunicarse, generar consensos en asambleas, propiciar procesos democráticos y participativos a lo interno del Pueblo, lo que ha generado la consecución de proyectos de desarrollo a su vez ha mejorado la accesibilidad en salud.
- Todas las personas que participaron en la investigación coinciden, que la implementación de este modelo de convivencias comunitarias marca un hito en la historia de los pueblos pacifico centro norte de Nicaragua, los que avanza hacia la construcción de un sistema de salud intercultural.

X. CONCLUSIONES

1. Los elementos que fundamentan el Modelo de Convivencia comunitaria en salud que entretejen su fortalecimiento tiene su sustento:

- ✓ Para las autoridades rectoras de la salud las convivencias comunitarias es una metodología de trabajo que implica más acercamiento a la persona, familia y comunidad. El sustento de estas convivencias son las redes de convivencias que tienen funciones similares a la red comunitaria, el inicio de la unificación en una sola red genera el empoderamiento comunitario basado en su cultura y dinamiza la reorganización de los servicios en salud mandatado en las Políticas de Salud.
- ✓ Para las autoridades indígenas las convivencias comunitarias, es la sinergia de energía en la búsqueda del buen vivir de las colectividades las cuales deben ser incluyentes y trazadores del MOSAFC. Es el sustento del conocimiento holístico e integral de los pueblos Indígenas, es aprender el arte de cuidar, el arte de curar y el arte de educar a las personas, familias y comunidad. Estas redes se reúnen para compartir la problemática de la comunidad, buscar soluciones por consenso mediante la gestión para la convivencia, lo que ha aportado a mejorar la accesibilidad de la red de servicios de salud.

2. En relación a los aciertos y desaciertos según componentes se concluye:

ACIERTOS:

- ✓ Accesibilidad:

Se inician a pincelar esfuerzo para hacer accesible la salud, esto es posible, por los aportes de la educación y gestión para la convivencia que realizan en conjunto con las Autoridades en salud, esto ha permitido el mejoramiento de condiciones de salud de esta población.

- ✓ Organización y participación comunitaria:

Desde la cosmovisión de los Pueblos indígenas la organización es:

“Los abuelos y abuelas, los especialistas en el entendimiento ancestral son nuestras raíces, la junta directiva es el tronco y nosotros los comités somos las ramas ese es el árbol de la vida, si se unieran la red comunitaria el personal de salud es el tronco y la red comunitaria son las ramas así sería unificación y la cohesión del mundo”.

El personal de salud ha avanzado en la reorganización de la red de servicios de salud, se comienza a unificar la red comunitaria y las redes de

convivencia. La participación comunitaria en la toma de decisiones continua siendo limitada y asimilista.

✓ Educación para la convivencia:

Por parte del personal de salud han transferido conocimientos y herramientas para la gestión y la identificación de factores de riesgo, esto ha generado mayor confianza y participación.

Por parte de las Autoridades indígenas se ha promovido la educación para la convivencia a partir de diálogos, relaciones de confianza, generando intercambio de saberes relacionados con el buen vivir y acciones de cuidado a la Madre Tierra.

DESACIERTOS:

La accesibilidad socio cultural y geográfico, es la barrera que marca la inaccesibilidad de estos servicios. No se comprende por parte del personal de salud del Municipio y Departamento el abordaje integral holístico del modelo de convivencias comunitarias en salud. Tampoco es comprendido ni valorada la trascendencia del tejido de interrelaciones de las redes comunitarias indígena y en el rescate de la medicina tradicional, en especial su relación con la atención a las enfermedades de filiación cultural.

La participación comunitaria para el personal de salud, la red comunitaria debe empoderarse para apoyar el cumplimiento de las actividades programadas.

El personal de salud tiene poca participación en la educación para la convivencia lo que limita la reflexión y comprensión del abordaje integral, holístico y la interculturalidad en salud.

XI. RECOMENDACIONES

Para las autoridades de salud

- Que posibiliten la disminución de las brechas de información estadísticas, de comunicación y de valoración de las enfermedades de filiación cultural, de las asimetrías en la toma de decisiones.
- Que en el proceso de construcción del puente intercultural en salud se implementen diálogos entre personal de Salud e indígenas que les permitan acercarse a la comunidad, para comprender este proceso de convivencia comunitaria en salud para potencializar el enfoque de cuidado de las personas, familia, comunidad y Madre Tierra y les permita desaprender estigma que nutren percepciones herradas a cerca de las prácticas de su sistema de salud tradicional holístico, integral e incluyente.
- Para lograr una organización comunitaria empoderada se debe hilar un solo tejido comunitario, con todos los actores que aportan a su buen vivir en el territorio, a fin de consolidar un único consejo de salud intercultural.

Para las autoridades indígenas

- Continuar empoderando los comités de convivencias comunitarias y su unificación comunitaria en salud a fin de profundizar la Cosmovisión del Buen Vivir que cultiven un único Consejo en Salud Intercultural.
- Aportar sus experiencias y conocimientos a los procesos de consulta del anteproyecto de Ley de Medicina Tradicional por ser pioneros en la construcción del presente Modelo.

Para ambas Autoridades

- Que potencialicen ésta experiencia que responde a las Políticas Pública y que permite encaminarse a una corresponsabilidad compartida de la salud de esta Población.
- Para alcanzar la revitalización de las prácticas en medicina tradicional y viabilizar las Políticas de Salud, es necesaria la aprobación del anteproyecto de ley de medicina tradicional, base cultural sustentable de la autonomía comunitaria.
- Para alcanzar los objetivos de cambios positivos en las prácticas de la convivencia, es importante diseñar procesos educativos que vinculen la educación en salud formal e informal que propone el Ministerio de Salud, con las pedagogías propias del pueblo indígena que se basa en la oralidad, en el compartir, en la experiencia.

XII. BIBLIOGRAFIA

- APRODIN (2007). Documento oficial Modelo de convivencias comunitarias en salud comunitarias de los Pueblos indígenas Pacifico Centro Norte de Masaya, Nicaragua.
- APRODIN. (2007, Mayo). Memoria Foro de convivencias comunitarias de los Pueblos indígenas pacifico centro norte de Nicaragua en el renacimiento de los saberes ancestrales. Masaya, Nicaragua.
- Espinoza González, José & Martínez Manuel. (1999). Salud comunitaria conceptos métodos. Managua, Nicaragua: Acción Medica Cristiana pág., 134
- Jara Holliday, Oscar. (2006). Guía para la sistematización de experiencias, versión resumida por Katia Acuña Sossa. San José Costa Rica: UICN. Oficina Regional para Mesoamérica, 32 p, vol. No1
- Leo Gabriel & López Rivas, Gilberto. (2008).El universo autonómico. (1ra ed.). I iztapalapa. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Martínez, Manuel. (2008).Sistematización de experiencias en salud. Modulo Seminario de tesis: CIES-UNAN. Managua Nicaragua
- Ministerio de Salud. (2007). Convenio marco de colaboración Ministerio de Salud y la Asociación de promotores y Defensoría de los derechos indígenas de Nicaragua, Managua Nicaragua.
- Ministerio de Salud. (Mayo, 2008) Modelo de salud familiar y comunitario (MOSAFC). Managua, Nicaragua.
- MINSA (2007) Informe Reunión trabajo de las Autoridades en salud Municipal y autoridades indígenas. Salinas de Nagualapa: author Salinas. Nicaragua, 14-05. Acta 45.
- Olguín Martínez, Gabriela. (2006). Estudio base sobre las condiciones de vida de los Pueblos Indígenas del Pacifico, Centro y norte de Nicaragua: San José Costa Rica: Oficina Internacional del Trabajo.
- OPS (2003). Línea base sobre la salud de los pueblos indígenas de las regiones Pacifico Centro Norte y la Regiones Autónomas Atlántico sur, Nicaragua. Managua Nicaragua.
- OPS (2003). Plan de salud de la ascendencia Nahoas. Managua, Nicaragua

Piura López, Julio. (2008). Metodología de la investigación científica: un enfoque integrador: 6ta edición, Managua Nicaragua.

Quintana Campbell, Vilma Patricia.et/al. (2003). Modelo de trabajo comunitario implementado en el SILAIS Carazo, 1998-2001. (Tesis para optar al título de Maestría en Salud Publica: UNAN/CIES. Managua.

Roncal Martínez, Federico (2006). Gestión de la Convivencia. Prodesa, Guatemala.

ANEXOS

ACTORES PROTAGONISTA DE LA SISTEMATIZACION

INSTITUCIONALIDAD DEL PERSONAL DE SALUD

ACTORES	FUNCIÓN	IMPORTANCIA
Equipo de dirección a nivel del SILAIS	Es la autoridad sanitaria Representante del órgano rector de la salud Departamental, como unidad administrativa que garantiza la articulación y el cumplimiento de las leyes, políticas , normas, planes, programas y proyectos de salud a nivel sectorial e intersectorial	Dispone de mecanismos de articulación con la red de servicios de salud, estructuras y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales con presencia a nivel municipal y departamental.
Equipo de dirección a nivel de Municipio	Son los miembros de la sede Municipal de salud, representan a la autoridad sanitaria en este nivel del territorio, donde se concentra y operativiza un conjunto de recursos sectoriales, intersectoriales y comunitarios, bajo una conducción única y responsable del desarrollo de la salud, según las prioridades y necesidades territoriales que se establezcan y justifiquen su desarrollo local.	Dispone de mecanismos de Articulación con las estructuras y organizaciones gubernamentales, no gubernamentales y comunitarias a nivel municipal. Cuenta con varios sectores como unidad básica territorial para la entrega del conjunto de prestaciones de servicios de salud.
Equipo de salud familiar y comunitario Personal de salud de Salinas de Nagualapa	Este equipo de sector facilita la organización para la acción y Control de las actividades sanitarias que se desarrollan por el Equipo de Salud Familiar y la red comunitaria. Son responsables de desarrollar acciones de promoción y prevención en coordinación con la red de agentes comunitarios en su sector	Contaran con una Sede de Sector que será el lugar o establecimiento de referencia de la red comunitaria donde confluye con el Equipo de Salud Familiar para coordinar y planificar las acciones de salud a desarrollarse en el territorio.

Institucionalidad del gobierno indígenas

ACTORES	FUNCIÓN	IMPORTANCIA
Junta Directiva	Es la máxima autoridad del Pueblo indígena que representa y administra el territorio.	Es la instancia que Consulta, consensa y ejecuta la toma de decisiones para el bien común de este pueblo y lideran alianzas con los líderes de las otras comunidades no indígenas aledañas.
Comités de Convivencias comunitaria en salud	Es una comisión electa por cada sector que representa los distintos liderazgos sociales.	Son una instancia de vigilancia comunitaria de promoción de la salud y prevención de enfermedades y toma decisiones con la Junta Directiva.
Especialistas en el entendimiento ancestral	Son talentos humanos con dones y conocimientos del entendimiento ancestral que atienden la salud desde su visión holística e integral de la salud.	Constituyen una red de Especialistas que aconsejan, previenen las enfermedades y promueven el cuidado personal y de la Madre Tierra. Curan las enfermedades de filiación cultural.
Concejeros Mayores	Son ancianos y ancianas que asesoran a la Junta Directiva con conocimientos sabios que velan por el Buen Vivir de la comunidad.	La experiencia y sabiduría de las convivencias del Buen Vivir de la comunidad desde los conocimientos de nuestras abuelas y Abuelos.
Maestros Indigenas	Son educadoras, Trasmisoras de la historia y conocimientos de las convivencias comunitarias a las futuras generaciones.	Comparten con los Mayores y autoridades los conocimientos sobre sus propias culturas y retroalimentan los procesos de convivencias en los alumnos en feria, intercambios, reforestación y cuidado del agua.
Clan de jóvenes indígenas	Se reúnen para discutir sus propios asuntos según su edad, comparten con las Maestras, Sabios y Mayores sobre la cultura.	Aportan a la construcción del plan de vida del Pueblo a partir de la gestión para la convivencia, realización jornadas por el cuidado a la Madre tierras, reforestan y rescatan su cultura a partir de distintas festivales.
Gabinete del Poder Ciudadano.	Son talentos humanos que responden a la política organizativa del gobierno.	Ninguna dentro de la comunidad a la fecha del estudio.

Matriz de descriptores

Descriptor	Definición	Indicador	Fuente de información	Método o técnicas de recolección
Organización comunitaria	Red de actores trabajando de manera conjunta y desde la misma perspectiva	-Instalados miembros del comité de convivencias comunitarias en 8 sectores -Instalada y organizada la red en salud indígena. -Instalada y sesionando el comité de convivencia comunitaria.	Actas.	Revisión documental
Participación comunitaria	un derecho a decidir de manera sistemática e interactiva sobre la salud de nuestros pueblos	-Terapeutas tradicionales trabajando en red con personal de salud. -Perfiles de las autoridades indígenas y terapeutas tradicionales.	Actas. Diagnostico sobre el perfil de los terapeutas.	Revisión documental
Accesibilidad	Ordenamiento del servicio de salud acorde con la territorialidad indígena.	Mapa y distribución territorial del EBAFS.	Documento mapeo y EBAFS.	Revisión documental.
Educación para la convivencias	Es la formación de líderes y personal de salud en contexto intercultural. Coordinaciones trabajadores de la salud y comunitarios	% Talleres implementado. No. De intercambios sobre enfermedades tradicionales.	Informe de talleres. Registros de referencias.	Revisión documental Revisión documental
Gestión para la convivencias	La gestión para el desarrollo del plan de vida del pueblo.	No. de proyectos realizados.	Documento de proyecto	Revisión documental

Tabla de descriptores

Descriptor	Indicadores	Revisión	Fuente de información
Condiciones organizativas	<p>8 comité de convivencias comunitarias por sectores instalados y funcionando.</p> <p>Para el año 2007, se instala la red comunitaria con 35 miembros según perfil de trabajo.</p> <p>Para el año 2008, 89 miembros activos conforman la red comunitaria carnetizados según perfil de trabajo que desempeña en la comunidad.</p> <p>8 Planes comunitarios elaborados e implementados por sectores.</p> <p>8 Censo comunitario y mapas según sectores.</p>	<p>Revisado libro de acta No.2 de la Unidad de Salud Salinas de Nagualapa.</p> <p>Revisado libro de acta del Pueblo Indígena salinas.</p> <p>Registro estadístico y expediente de los miembros de la red.</p> <p>Registro estadístico y expediente de los miembros de la red.</p> <p>Documento plan comunitario.</p> <p>Censo y mapeos por sectores aprobado por las autoridades indígenas.</p>	<p>Acta No.18-libro No2.</p> <p>Acta No.47</p> <p>Libro de acta de la unidad de salud Acta No. 1 – libro 2</p> <p>Acta No.18-libro 2 de la Unidad de salud.</p> <p>Libro de acta de la autoridad indígena- Acta No.58</p> <p>Documento de la autoridad indígena. Acta No.20 de la Unidad de salud.</p>
Accesibilidad	<p>Geográfica: es accesible al Pueblo indígena.</p> <p>1 EBAFC conformado por todo el Pueblo incluyendo las dos comunidades.</p>	<p>Mapa y distribución territorial del EBAFS.</p>	<p>Según INIDE. 3417 habitantes Censo realizado 4800 hab. según censo comunitario.</p>

Descriptor	Indicadores	Revisión	Fuente de información
Participación social	<p>11 Terapeutas tradicionales (4 parteras/4 sobadores/2 curanderos de empachos/ 1 especialista en calor de vista) trabajando en red con personal de salud. 1 comité de salud de las salinas de Nagualapa (1 delegado por el EBAFC)</p> <p>11 Jornadas de luchas anti epidémica: 3 abatización, 3 fumigación 5 higiene y limpieza.</p> <p>Perfiles de las autoridades indígenas y terapeutas tradicionales: autodefinición, especialidades.</p> <p>Diseñado e implementándose la normativas consuetudinaria.</p>	Registro estadístico y expediente de la red comunitaria.	<p>Registro estadístico y expediente de la red comunitaria, unidad de salud salinas de Nagualapa.</p> <p>Diagnostico sobre el perfil de los terapeutas.</p>
Educación sanitaria para la salud.	<p>3 talleres de planeación y evaluación entre personal de salud a nivel local y la red comunitaria.</p> <p>231 participantes</p> <p>1 taller de planificación trianual entre equipo Municipal de salud y la red comunitaria.</p> <p>4 talleres sobre factores de riesgo de salud en la población (embarazos, enfermedades crónicas, enfermedades prevalentes en la infancia.) dirigido a la red comunitaria. 3 talleres para elaborar micro proyectos comunitarios.</p>	Libro de actas del personal de salud de la unidad de salud Salinas de Nagualapa.	<p>Informe técnico de las actividades educativas realizadas y acta No.</p> <p>Libro de acta unidad de salud Salinas de Nagualapa Acta No.31-libro 2</p> <p>Libro de acta unidad de salud Salinas.- Acta No.12</p>

Descriptor	Indicadores	Revisión	Fuente de información
Educación para la convivencia	<p>8 intercambios de experiencias del Entendimiento ancestral.</p> <p>5 talleres sobre convivencias comunitaria.</p> <p>2 Ferias ecológicas realizadas por estudiantes de V año.</p> <p>Rotulaciones científicas de árboles y promoción de su protección.</p> <p>8 viveros de plantas por los comité 2 en las Escuela</p> <p>3,00 árboles en peligro de extinción en la zona: caoba</p> <p>4 talentos indígenas formados en investigación participativa en contexto intercultural.</p>	<p>Ensayo sobre la situación ambiental realizado por estudiante de V año.</p> <p>Presentación de obras teatrales.</p> <p>Registro académico URACCAN.</p>	<p>Informe técnicos de las actividades realizadas en el contexto del Proyecto Nic-020 T7.</p>
Gestión para la convivencia	<p>8 proyectos en proceso de gestión y negociación.</p>	<p>Concertaciones</p> <p>Alianzas entre actores y municipalidad.</p> <p>Gestiones realizadas ante organismos Gubernamentales no gubernamentales y agencia de cooperación.</p>	<p>Actas de la Junta Directiva.</p>

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**

Instrumento No1

GUIA DE GRUPO FOCAL

Participantes: Autoridades y líderes indígenas miembros de los comités de convivencias comunitarias.

Guía de preguntas

- a) ¿Para Ustedes que significa convivencias comunitarias?
- b) ¿Para Ustedes que significa red comunitaria? Existen diferencias.
- c) ¿Cómo inició y porque se organizaron en los comités de convivencias comunitarias?
- d) ¿Qué actividades han realizado en la implementación de esta iniciativa?
¿Cómo las han llevado a cabo?
- e) ¿Cuáles han sido los cambios significativos y su influencia en la organización y participación comunitaria?
- f) ¿Cuál es la visión del MINSA a cerca de la Medicina tradicional?
- g) ¿En base a estas experiencias cuales han sido las lecciones aprendidas?
- h) ¿Cuáles han sido las dificultades (desaciertos) que se han presentado?

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**

Instrumento No. 2

GUIA DE ENTREVISTA COLECTIVA

Participantes: Terapeutas tradicionales del pueblo indígena de Salinas de Nagualapa.

Guía de preguntas

- a) ¿Para Ustedes que significa convivencias comunitarias?
- b) ¿Para ustedes que significa red de trabajo?
- c) ¿Cómo inició y porque se organizaron en los comités de convivencias comunitarias?
- d) ¿Qué actividades han realizado en la implementación de esta iniciativa?
¿Cómo las han llevado a cabo?
- e) ¿Actividades propias de los terapeutas dentro de las convivencias comunitarias?
- f) ¿Cuáles han sido los cambios en la comunidad a partir de las convivencias comunitarias? ¿Cómo es la participación entre terapeutas, usuarios, terapeutas y MINSA?
- g) ¿Cuál es la visión del MINSA a cerca de la Medicina tradicional?
- h) ¿Cuáles serian las lecciones aprendidas en este proceso?

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD**

Instrumento No 3

Guía de entrevista a personal de salud y Autoridades indígenas:

¿Cómo ha sido la implementación del nuevo Modelo de salud, en Salinas de Nagualapa, tomando en cuenta que es Pueblo indígena?

¿Cómo se fortalecen las coordinaciones del EBAFC con la red de convivencia?

Desde la rectoría de la salud, ¿Qué es convivencia comunitaria? ¿Existe diferencia entre convivencias comunitarias en salud y la red comunitaria?

¿Se implementa el sistema de referencia y contra referencia? ¿Cuáles son las enfermedades más reportadas?

¿Se registran todos los reportes comunitarios en las estadísticas local, municipal y Departamental?

¿Qué actividades en educación en salud han impartido a los miembros de este comité de convivencias?

¿Qué gestiones en pro de la salud han realizado de manera conjunta entre el MINSA y las Autoridades indígenas?

¿Cuál es la visión del MINSA a cerca de la Medicina Tradicional?

Otros Anexos:

Ejemplo de la matriz de asociatividad de conceptualizaciones que fue utilizada en el presente estudio, Personal de salud

CONCEPTOS	CONCEPTOS RELEVANTES	CONCEPTOS SIGNIFICATIVOS	CONCEPTOS SIGNIFICATIVOS	CONCEPTOS SIGNIFICATIVOS
Elementos Esenciales	ROLL	Importancia	Articulación	
Personal de salud a nivel del SILAIS Rivas:	Las convivencias comunitarias en salud, es un trabajo conjunto que implica mas acercamiento con la comunidad. Porque si se trata de convivencia, es decir que desde la entrada se está viviendo , porque se está dando cuenta de los problemas y está ahí inmersa con los comunitarios, eso si es ingresar en la comunidad directamente y resolver conjuntamente como lo indica el MOSAFC	Hemos formado una red de convivencias entre las comunidades y nosotros, su actuar en las convivencias comunitarias en salud que apenas estamos comenzando ya aporta importancia en el mejoramiento de los indicadores en muerte neonatal y materna, actualmente están en cero.	<p>Con la implementación del MOSAFC, se han priorizado la salud de los Pueblos Indígenas ubicados en el Departamento de Rivas.</p> <p>Retoman las políticas de salud y orientan la reorganización de la red de servicios de salud a la cultura.</p> <p>Es la misma red con funciones comunitarias, la idea del MOSAFC es la comunicación con la comunidad hacemos los trabajos en la comunidad. Entre más se involucren en las acciones y nos van apoyando, quedaran más fortalecidos en el área de salud, con más confianza.</p>	
Personal de Salud a nivel del Municipio de Tola:	<p>En las convivencias comunitaria, el trato es especial tenemos que respetar su cultura, sus decisiones sus costumbres y trabajar unidos, ¡gracias a Dios! no hemos tenido ningún problema.</p> <p>En las convivencias realmente sentimos de esta gente el apoyo diferenciado porque asumen sus responsabilidades y ellos mismos dicen que hacer mientras con la otra red nosotros tenemos que andarle diciendo necesitamos hacer esto y esto y ellos obedecen.</p>	<p>En las convivencias ellos funcionan de una manera diferente, sienten la responsabilidad propia sobre su salud.</p> <p>Es un sentir colectivo, siempre hay gente, siempre está todo el comité indígena apoyando al buen vivir de su comunidad.</p> <p>Para ellos los consejos de ancianos, hablan de estas convivencias comunitarias y las empoderan</p>	<p>En la convivencias hay mas acercamiento con la comunidad porque, si se trata de convivir de entrada viviendo con la gente, nos damos cuenta de los problemas se inmersa en ellos y dar solución ahí se ingresa a la comunidad directamente. Esto aporta a la reorganización de los servicios de salud, como mandata la política y acercarse a la pertinencia étnica que aporte a l empoderamiento de comunitario.</p> <p>Por su alto liderazgo comunitario, los comités de convivencia comunitaria, las Autoridades indígenas realizan autogestión comunitaria para implementar su plan de vida, por ello nosotros el personal tenemos que consultarle sobre estos trabajos específicos para informarlo, nos interesa sus estrategias en salud porque ellos de paso están haciendo bastante actividades y le dan continuidad.</p>	
PERSONAL DE SALUD DEL PUESTO DE SALUD SALINAS DE NAGUALAPA	<p>En estas convivencias hay mayor acercamiento entre los mismos comunitarios.</p> <p>Por ser Personal de Salud de esta comunidad para nosotros nos han fortalecido el trabajo, se responde al MOSAFC.</p>	<p>La unificación de la red en una sola, es la base de sustento de estas convivencias comunitarias, se trata de convivir todo el tiempo con los comunitarios.</p>	<p>Es una manera de responder a la reorganización de la red de servicios de salud y comenzar a trabajar en la inclusión de su cultura y acercarse a la integralidad y holismo de su sistema tradicional.</p>	

CONVIVENCIAS COMUNITARIAS

CONCEPTOS	CONCEPTOS RELEVANTES	CONCEPTOS SIGNIFICATIVOS	CONCEPTOS SIGNIFICATIVOS	CONCEPTOS SIGNIFICATIVOS
	Elementos Esenciales	ROLL	Importancia	Articulación
CONVIVENCIAS COMUNITARIAS	<p>Autoridades indígenas:</p> <p>Armonía, organización, alegría, ayudarnos mutuamente, en lo bueno y en lo malo,</p>	<p>En comunidad compartimos los problemas, los proyectos y tratamos de alcanzar la armonía con el espacio y el tiempo como dicen los Mayores, Abuelos.</p>	<p>Somos una colectividad que comparte con el entorno, su ecosistema, cuidamos de la MADRE TIERRA, sustento de vida de nosotros este es el Arte del cuidado al territorio, a nosotros mismos, es algo integral.</p>	<p>. También del cuidado a los buenos hábitos, costumbres y valores para una buena salud mental, espiritual.</p> <p>En el arte de curar, es un Don de mente y espíritu que parte de lo consciente, del ensueño de la meditación y de la oración.</p>
	<p>Especialista del Entendimiento Ancestral</p> <p>Para los sobadores, compone huesos, parteras y autoridades indígenas, la salud es una responsabilidad de todos, es integral comenzando por los seres humanos, la relación con los astros, los ríos, la naturaleza, la tierra sin ellos no habría vida.</p> <p>Es el sustento de la concepción holística de la salud de estos pueblos, expresa el sobador, aunque estas prácticas ancestrales no se retoman con seriedad por las autoridades del Ministerio, todo es de papel.</p>	<p>Los sobadores, parteras y curanderas practicamos la medicina tradicional, su base es la Espiritualidad, usted sabe que aquí metido en el monte no va a hallar un centro en la noche, entonces uno aquí practica la contra yerba, para la diarrea, entonces como padre, la comunidad tiene dificultad entonces he precisado de la medicina tradicional para curar a mis hijos, a los hermanos, ahí se da la Convivencia comunitaria, "Es habitar cerca", es cuando nosotros nos reunimos, compartimos organizados en la comunidad indígena y planteamos las necesidades y buscamos solución entonces nos sentamos con el presidente de la comunidad a platicarle, luego decidimos todos en asamblea.</p>	<p>El Sistema tradicional de conocimiento es importante en la comunidad, porque resuelve cuando no está el Médico científico. Ellos también tienen sus conocimientos y sus aplicaciones, le respetamos porque ambos nos compartimentamos, la gente nos necesita, eso es convivir.</p>	<p>Convivir es aprender el arte de cuidar, el arte de curar, se debe desaprender estigmas que nutren percepciones erradas a cerca de las prácticas de la medicina tradicional:</p> <p>La medicina tradicional no implica las plantas medicinales, versus medicamentos ni las acciones meramente curativas.</p> <p>La medicina tradicional tiene cuerpo, Espiritualidad, Cosmos.</p> <p>La medicina tradicional tiene Dones del entendimiento, conocimiento ancestral a través de los Especialista que heredan y se les transmiten estos dones"</p>
	<p>Líderes, miembros de los comités de Convivencias comunitarias:</p> <p>Nos organizamos por sectores, así es más fácil coordinar el estado de la vida de las personas por que solo se convoca por sector a una persona y ese se encarga de su sector, es el coordinador el que maneja los problemas del sector con su gente.</p>	<p>Es una organización positiva, donde organizamos mucho trabajo. En conjunto rescatamos las prácticas ancestrales de los ancianos, cosas que se hacían antes por los Mayores, ayudando a las personas de la comunidad.</p>	<p>En los comités, conocemos lo que pasa en nuestro sector y cada sector aporta su situación y todos buscamos soluciones eso es la corresponsabilidad compartida de la salud, aunque no se entiende en el sistema de salud.</p>	<p>En el arte de educar, es enseñar a los hijos como cuidarse, como cuidar a la familia eso se enseña desde la práctica, la comunicación oral de Padres a Hijos, jóvenes que tienen el "Don de estas artes".</p>

ELEMENTOS FUNDAMENTALES QUE ENTRETEJEN EL MODELO DE CONVIVENCIAS COMUNITARIAS

AUTORIDADES RECTORAS DE LA SALUD

Todo el personal de salud, Silais, municipio y local, coinciden en afirmar: este modelo de convivencia comunitaria en salud, es una metodología de trabajo que comparten con los indígenas. Es una forma de acercar los servicios y mejorar la calidad de la atención.

Con la implementación del MOSAFC¹, las autoridades del Ministerio de Salud, han priorizado los pueblos de ascendencia Nahoas. Según el subdirector del SILAIS Rivas, expresó que “retoman el mandato de las políticas de salud y han orientado al personal del municipio y nivel local, la reorganización de la red de servicios de salud hacia un modelo integral e incluyente de la Cultura que aporten al empoderamiento comunitario”.

Al respecto las autoridades de salud a nivel del municipio expresan que las convivencias comunitarias, es una forma de trabajo especial basado en la adaptación y conciliación. “El trato es especial, basado en el respeto a su cultura, sus decisiones sus costumbres y trabajar unidos !Gracias a Dios! no hemos tenido ningún problema, más bien nos han fortalecido indudablemente en las políticas de salud”, expresó la Jefa de Enfermera del Municipio de Tola “

“En las convivencias ellos funcionan de una manera distinta, sienten una responsabilidad propia, el buen vivir de su comunidad, a como ellos dicen, es un sentir colectivo, siempre hay gente, siempre están los comité de convivencias respondiendo ante su problemática, no necesitan que les llamemos”, expresó la Responsable de vigilancia epidemiológica del Municipio de Tola.

En la convivencias hay más acercamiento con la comunidad porque sí “se trata de convivir “desde la entrada en la comunidad, viviendo uno se está dando cuenta de los problemas, se inmersa en ellos y se une a dar solución, así se ingresa a la comunidad directamente, Expresó la Responsable del Centro de Salud Camilo Ortega Saavedra, Municipio de Tola.

AUTORIDADES DEL GOBIERNO INDIGENA SALINAS DE NAGUALAPA

Para las autoridades indígenas miembro de la red de Pueblos indígenas, las convivencias comunitarias, no implica una adaptación o articulación del MOSAFC, antes bien:

Es la sinergias de energías en la búsqueda de lograr revitalizar el buen vivir de las colectividades, del Mundo, las cuales deben ser incluyentes y trazadores en el MOSAFC.

Todos los informantes coinciden, que las convivencias se sustenta en el arte del cuidado del territorio donde habitamos en comunidad y compartimos la

Armonía con el espacio y el tiempo. En el cuidado de los seres humanos y su entorno, del ecosistema y de vivir en la colectividad acorde al derecho consuetudinario. También del cuidado a los buenos hábitos, costumbres y valores para una buena salud mental, espiritual.

En el arte de curar, es un Don de mente y espíritu que parte de lo consciente, del ensueño de la meditación y de la oración.

En el arte de educar, es enseñar en la práctica, la comunicación oral de Padres a Hijos, jóvenes que tienen el “Don de estas artes”.

Esta convivencia comunitaria, es organización, armonía, alegría, en donde se ayudan mutuamente en lo bueno y en lo malo. Son redes de personas solidarias, capaces de brindarnos amor y transmitir nuestras buenas energías a la comunidad”, donde se comparte la problemática de la comunidad, “gestionar para mejorar y estar unidos” en completa armonía con el mundo natural que les rodea ya que ellos afirman “compartimos con el mar, los astros, el sol, la luna que son parte vital de nuestra vida” **Convivir es aprender el arte de cuidar, el arte de curar y el arte de educar**

