



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

## TESIS DE DOCTORADO

# Participación comunitaria en la gestión de la salud materna en Alto Wangki y Nandaime desde la perspectiva de género.

**Scarlet Lizette Ortiz Guadamuz**

**Tutor**

**María Sol Pastorino. MSP. DCS**

**Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud**

*Universidad del Pueblo y para el Pueblo!*



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA



## **Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud**

Recinto Universitario Salvador Allende (RUSA)

Nombre de la tesis

**Participación Comunitaria en la gestión de la salud materna  
en Alto Wangki y Nandaime desde la perspectiva de género.**

Tesis para optar al grado de

**Doctora en Ciencias de la Salud**

Autor/a

**Scarlet Lizette Ortiz Guadamuz**

Tutor/a

**María Sol Pastorino.**

Octubre, 2025

# ÍNDICE

<b>CARTA AVAL DEL TUTOR (A)</b>	<b>i</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>ii</b>
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>iii</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>iv</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>II. ANTECEDENTES</b>	<b>3</b>
2.1. Estudios Internacionales: África y Asia	3
2.2. Estudios en América Latina y el Caribe	6
2.3. Estudios en Nicaragua.	8
<b>III. JUSTIFICACIÓN</b>	<b>11</b>
<b>IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>13</b>
<b>V. OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
<b>VI. MARCO TEÓRICO</b>	<b>16</b>
6.1. Enfoques teóricos sobre participación comunitaria en salud.	16
6.1.1. Perspectivas históricas y evolución conceptual.	16
6.1.2. De la participación instrumental a la participación política.	17
6.1.3. Críticas contemporáneas y nuevos aportes.	18
6.2. Participación comunitaria en América Latina y Nicaragua.	19
6.2.1. Marco normativo regional y nacional.	19
6.2.2. Experiencias históricas de participación comunitaria en América Latina.	20
6.2.3. MOSAFC: Modelo de Salud Familiar y Comunitaria en Nicaragua.	21
6.2.4. Impacto y lecciones aprendidas.	22
6.3. Enfoques transversales en la participación comunitaria.	23
6.3.1. Perspectiva de género.	23
6.3.2. Interculturalidad.	24
6.3.3. Determinantes sociales de la salud.	25
6.3.4. Integración de los enfoques transversales.	26
6.4. Participación comunitaria en salud materna.	26
6.4.1. Parteras tradicionales.	27
6.4.2. Brigadistas comunitarios.	27
6.4.3. Casas Maternas.	28
6.4.4. Evidencias de impacto.	29
6.5. Perspectivas críticas y transdisciplinarias.	31
6.5.1 Investigación-acción y la praxis transformadora	32
6.5.2. Epistemologías del Sur y justicia cognitiva	33
6.5.3 Críticas a la instrumentalización de la participación	33

6.5.4. Transdisciplinariedad en salud pública	34
6.5.5. Implicaciones para la participación comunitaria en salud materna	35
<b>VII. HIPÓTESIS</b>	<b>38</b>
<b>VIII. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	<b>39</b>
8.1. Enfoque y Paradigma de la Investigación.	39
8.2. Diseño de la Investigación	40
8.3. Población y Muestra	40
8.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	41
8.5. Consideraciones Éticas	41
8.6. Plan de Análisis de Datos	42
8.7. Apoyo digital en la elaboración del Informe.	43
8.8. Descriptores de Objetivos	44
<b>IX. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	<b>45</b>
9.1. Factores socioculturales, económicos y de género que configuran las experiencias de salud materna de las mujeres en Alto Wangki y Nandaime.	45
9.1.1. Nandaime.	45
9.1.2. Territorio Indígena del Alto Wangki y Bocay.	48
9.2. Actores involucrados en la atención de la salud materna en Nandaime y Alto Wangki.	56
9.2.2. Personal de salud.	62
9.3. Acceso, Calidad y Pertinencia Cultural de la Salud Materna, desde la percepción de las mujeres.	70
<b>X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b>	<b>100</b>
10.1. Pluralismo médico y tensiones epistemológicas(saberes tradicionales vs. biomédicos).	101
10.2. Participación comunitaria en la gestión de la salud materna	103
10.3. Perspectivas del personal de salud frente a la participación comunitaria.	108
10.4. Interculturalidad y género en las prácticas de salud materna	110
10.5. Comparación territorial: Nandaime y Alto Wangki	112
10.6. Implicaciones para políticas y programas de salud	115
<b>XI. CONCLUSIONES</b>	<b>120</b>
<b>XII. RECOMENDACIONES</b>	<b>123</b>
<b>XIII. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>125</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>137</b>
Anexo 1. Artículos Publicados.	137
Anexo 2. Guión de instrumentos aplicados.	138
Anexo 3. Dictamen del Comité de Ética del Ministerio de Salud.	143



### CARTA AVAL DEL TUTOR (A)

Por este medio hago constar que luego de haber acompañado en las diferentes etapas del proceso de elaboración de tesis, el informe final de investigación de tesis se encuentra conforme a lo que establece la guía metodológica para elaborar tesis de posgrado del CIES-UNAN Managua. Así como el cumplimiento de la normativa de estudio de posgrado UNAN- MANAGUA. Aprobado por el Consejo Universitario en sesión ordinaria No. 28-2024, del 15 de Julio 2024. De acuerdo al Título V Artículo 47 de la asignación del tutor de tesis como requisito para proceder con el acto de defensa.

A continuación, se detallan los datos generales de la tesis:

- Doctorado en Ciencias de la Salud.
- Cohorte 2015 – 2019.
- Autor: Scarlet Lizette Ortiz Guadamuz.
- Tutor: María Sol Pastorino.
- Título de la tesis: Participación comunitaria en la gestión de la salud materna en Alto Wangki y Nandaime desde la perspectiva de género.

Dado en la ciudad de Managua, Nicaragua, a los veinte días del mes de noviembre del año 2025.

Atte.

---

**María Sol Pastorino**  
PhD en Ciencias Sociales



## **DEDICATORIA**

A los Douglas's

A, Ana y José.



## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios,

A las mujeres y hombres que fueron parte de este estudio,

A mi familia,

A Maria Sol y Sergio,

Al Ministerio de Salud de Nicaragua y la oficina de la Organización Panamericana de la Salud en Nicaragua, por su voto de confianza y apoyo,

Al cuerpo docente y administrativo del CIES / UNAN.



## **RESUMEN**

**Objetivo:** Analizar comparativamente las dinámicas de participación comunitaria en la gestión de la salud materna en Nandaime y Alto Wangki, desde una perspectiva de género e interculturalidad.

**Método:** Estudio cualitativo e interpretativo, de caso múltiple y comparativo, orientado a comprender experiencias, percepciones y dinámicas sociales que configuran la salud materna en contextos de exclusión social y cultural en Nicaragua (Nandaime y Alto Wangki).

**Resultados:** 12 mujeres embarazadas, 4 actores comunitarios (partera, brigadista, partera-fitoterapeuta, lideresa-brigadista), 4 miembros del personal de salud (médicos y enfermeras).

**Conclusiones:** Las dinámicas de participación comunitaria en la gestión de la salud materna es heterogénea, determinada por el contexto territorial y la relación con el sistema de salud oficial. Perviven el pluralismo médico, tensiones epistemológicas, a la vez que, oportunidades de articulación intercultural, viable desde la perspectiva del personal de salud. El enfoque de género e interculturalidad es esencial para la equidad y pertinencia cultural en la salud materna. La interacción equilibrada entre la participación comunitaria, el reconocimiento cultural, equidad de género y su articulación con el sistema de salud oficial es clave para diseñar políticas y orientar intervenciones sanitarias que mejoren la salud materna en Nicaragua.

**Palabras claves:** Participación Comunitaria, Salud Materna, Género e interculturalidad.



## I. INTRODUCCIÓN

La salud materna sigue siendo un desafío global, especialmente en contextos rurales y empobrecidos, donde las mujeres enfrentan barreras estructurales —sociales, económicas, culturales y geográficas— que limitan su acceso a servicios de salud de calidad. Esta situación es particularmente crítica en regiones como América Latina y el Caribe, donde las mujeres jóvenes, indígenas, afrodescendientes y de bajos ingresos enfrentan un mayor riesgo de morir durante el embarazo o el parto (Ribeiro Rodrigues, 2022). A pesar de los avances, las desigualdades sociales continúan impidiendo un acceso equitativo a una maternidad segura.

En este contexto, la acción articulada entre el sistema de salud y los actores locales es fundamental para la gestión de la salud materna. En lugares como Nicaragua, donde la mitad de las muertes maternas se concentran en zonas rurales (MINSA, 2025), las parteras, líderes y redes familiares contribuyen activamente en la promoción, prevención y atención de las mujeres embarazadas. Sin embargo, esta colaboración no siempre se da en condiciones de equidad y suele estar mediada por relaciones de poder que reproducen estereotipos de género y limitan la autonomía de las mujeres (Bedoya-Ruiz, Agudelo-Suárez, & Restrepo-Ochoa, 2020).

Desde esta perspectiva, es clave analizar cómo las mujeres negocian su maternidad en función de sus condiciones materiales, simbólicas y territoriales, y qué papel juegan sus comunidades para facilitar o restringir el acceso a la atención. En particular, este estudio busca comprender cómo las dinámicas comunitarias pueden tanto reproducir como transformar las desigualdades de género en el ámbito de la salud materna. Explora las dinámicas de participación comunitaria en la salud materna en Alto Wangki y Nandaime, dos territorios nicaragüenses con realidades



socioculturales contrastantes, pero que comparten desafíos comunes en el acceso a servicios de salud. Se busca visibilizar las voces de las mujeres y los actores locales para proponer estrategias que promuevan una gestión más inclusiva, equitativa y transformadora.

Las preguntas que guían esta investigación son:

¿Cómo incide la participación comunitaria en el acceso, calidad y oportunidad de la atención materna en contextos rurales de Nicaragua?

¿Qué tensiones existen entre los saberes locales y los modelos institucionales de salud?

¿De qué manera las relaciones de género configuran las prácticas de cuidado y atención materna en las comunidades estudiadas?

Este enfoque se enmarca en los compromisos internacionales de derechos humanos, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer “CEDAW” (Naciones Unidas, 1979), y el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 2013), así como en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario de Nicaragua “MOSAFC” (MINSA, 2008), el cual promueve la participación social en salud como un pilar institucional. El estudio se desarrolló con una metodología cualitativa, con perspectiva de género e interculturalidad, privilegiando el diálogo y el reconocimiento de los saberes locales como base para la construcción de conocimiento transformador.



## **II. ANTECEDENTES**

La mortalidad materna continúa siendo uno de los principales indicadores de las desigualdades en salud. Más allá de la dimensión biomédica, refleja las barreras estructurales, socioculturales, económicas y territoriales que enfrentan las mujeres en situaciones de vulnerabilidad para acceder a servicios obstétricos de calidad. En este marco, la participación comunitaria en salud materna se ha consolidado como un enfoque estratégico, con raíces en la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) (1978) y la Carta de Ottawa (OMS, 1986), que reconocen la Atención Primaria en Salud vía esencial para garantizar el derecho universal a la salud.

La literatura internacional y latinoamericana coincide en que reducir la mortalidad materna requiere enfoques integrales: empoderamiento de las mujeres, articulación entre comunidad y servicios de salud, y políticas sensibles al género, la interculturalidad y la territorialidad (Prost, y otros, 2013; Houweling, y otros, 2019; Bernal-Ordoñez, y otros, 2024). Desde esta perspectiva, la participación comunitaria ha desempeñado un papel clave en la mejora de los indicadores de salud materna, tanto en África y Asia como en América Latina y el Caribe. A continuación, se presentan experiencias relevantes organizadas por regiones.

### **2.1. Estudios Internacionales: África y Asia**

En Nigeria y Etiopía se implementaron programas de participación comunitaria con resultados disímiles.

En Nigeria, país con una de las tasas más altas de mortalidad materna en el mundo, según las estimaciones del Grupo Interagencial para la Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas (MMEIG), ocurren 993 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos en 2023 (World Health Organization, 2025) las estrategias



comunitarias han buscado reducir las barreras de acceso a servicios obstétricos, especialmente en áreas rurales y marginalizadas (Doctor, y otros, 2012).

Estudios como el de Houweling y otros (2019) muestran que los grupos comunitarios de mujeres, apoyados por ONG y líderes locales, facilitaron el reconocimiento temprano de signos de alarma y promovieron planes de parto seguros. Sin embargo, la falta de articulación entre las iniciativas comunitarias y el sistema formal de salud limitó el impacto sostenible de estas experiencias. El financiamiento irregular y la escasez de recursos humanos especializados también redujeron su efectividad.

Más allá de los resultados inmediatos en el conocimiento y la preparación de las mujeres, las experiencias en Nigeria evidencian la necesidad de enfoques integrados que fortalezcan simultáneamente la capacidad comunitaria y la infraestructura sanitaria. La literatura subraya que, sin una red de servicios de salud funcional y accesible, las iniciativas comunitarias tienen un alcance restringido y no logran reducir significativamente la mortalidad materna (Morrison, y otros, 2019).

Estudios como los de (Huaynoca, Chandra-Mouli, Yaqub, & Denno, 2014) muestran que los factores de mayor peso en la salud materna no son solo clínicos, sino también estructurales: acceso a servicios, condiciones de transporte y, de manera crítica, el nivel de empoderamiento de las mujeres. El análisis desde el marco del empoderamiento femenino sugiere que las mujeres con mayor autonomía en la toma de decisiones, mayor acceso a educación y a recursos económicos, presentan mejores indicadores de salud materna.

En comunidades rurales e indígenas, la participación comunitaria se ha orientado hacia la construcción de alianzas entre las parteras tradicionales y el sistema de salud formal. Programas interculturales en Cusco y Ayacucho promovieron partos verticales y adecuaciones culturales en las casas de salud, lo cual mejoró la aceptación del parto institucional (Huaynoca, Chandra-Mouli, Yaqub, & Denno,



2014). No obstante, persisten tensiones entre la medicina tradicional y la biomédica, así como la necesidad de políticas sostenibles que no dependan exclusivamente de proyectos pilotos.

Por su parte, Etiopía implementó, desde principios de los años 2000, el modelo de Health Extension Workers (HEW), un programa de trabajadoras comunitarias entrenadas para proveer servicios básicos de salud, incluyendo salud materna. Estas agentes jugaron un papel crucial en la promoción del parto institucional, la atención prenatal y la referencia temprana a centros de salud (Seward, y otros, 2017). El programa mejoró los indicadores de acceso en zonas rurales y de difícil alcance. Sin embargo, diversos estudios destacan limitaciones en la calidad de la atención y en la capacidad de respuesta del sistema para absorber la mayor demanda generada (Prost, y otros, 2013).

Las HEW fortalecieron los lazos entre la comunidad y el sistema de salud formal, promoviendo prácticas de autocuidado y derivaciones oportunas. No obstante, el bajo reconocimiento económico y social de estas trabajadoras, así como la sobrecarga de tareas, son desafíos persistentes. El caso etíope demuestra que la participación comunitaria necesita estar respaldada por una política pública de largo plazo y por inversiones suficientes en recursos humanos y en infraestructura de salud (Houweling, y otros, 2019).

En Nepal, el modelo de grupos de mujeres con enfoque de *participatory learning and action* es considerado una de las experiencias más sólidas en participación comunitaria en salud materna. Estos grupos identificaron problemas locales, desarrollaron soluciones colectivas –como fondos comunitarios para emergencias obstétricas– y generaron cambios en las prácticas de cuidados durante el embarazo y el parto (Prost, y otros, 2013). Los resultados mostraron una reducción significativa en la mortalidad neonatal y mejoras en la salud materna, especialmente en comunidades rurales con alto grado de exclusión social.



Este enfoque, basado en ciclos de reflexión y acción participativa, ha sido replicado en otros contextos de Asia del Sur, mostrando adaptabilidad y sostenibilidad en escenarios de bajos recursos (Morrison, y otros, 2019). Sin embargo, algunos autores señalan que la efectividad depende de la continuidad del acompañamiento externo y de la integración con el sistema de salud local. El caso de Nepal subraya el potencial de los grupos comunitarios como espacios de empoderamiento femenino y de transformación social, más allá de los resultados biomédicos inmediatos.

La revisión sistemática de Prost y otros (2013) y Houweling y otros (2019) confirman que los grupos de mujeres, al generar capital social, empoderamiento colectivo y soluciones adaptadas al territorio, no solo reducen la mortalidad, sino que también disminuyen desigualdades en salud. La inclusión de género e interculturalidad es determinante para asegurar que la participación no reproduzca exclusiones preexistentes.

## **2.2. Estudios en América Latina y el Caribe**

En Perú, en donde la mortalidad materna ha mostrado descensos importantes en las últimas dos décadas, pasando de 251 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos en 1990 a 51 en 2023 (World Health Organization, 2025), la Pontificia Universidad Católica del Perú (Quispe-Paucar, 2025), con datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), evidenció una relación positiva entre empoderamiento femenino (autonomía en decisiones, libertad de movimiento) y acceso a una amplia oferta de servicios de salud materna. El estudio concluyó que el empoderamiento es un determinante fundamental de la salud materna.

En 2022, Houghton y colaboradores documentaron las barreras que enfrentan mujeres rurales e indígenas en Bolivia, Haití, Honduras, Guatemala, Nicaragua, Perú y República Dominicana: distancia física, falta de transporte, violencia, necesidad de autorización familiar y ausencia de servicios culturalmente adaptados.



De acuerdo a estos autores, estas limitaciones acentúan inequidades de género y territoriales en la salud materna (Houghton, y otros, 2022).

En Guatemala, que presenta una de las tasas más altas de mortalidad materna en Centroamérica, 94 fallecidas por 100,000 nacidos vivos en 2023 (World Health Organization, 2025), y una fuerte desigualdad entre la población indígena y no indígena. Los estudios de (Chomat, y otros, 2014), muestran cómo los grupos de mujeres en comunidades mayas han sido clave para identificar barreras al acceso, organizar sistemas de ahorro comunitario y promover prácticas seguras en el embarazo y el parto. Estos espacios de diálogo intercultural facilitaron que las mujeres reflexionaran colectivamente sobre sus derechos y sobre la importancia de exigir servicios de calidad.

Sin embargo, el sistema formal de salud en Guatemala enfrenta limitaciones estructurales: baja cobertura en áreas rurales, desfinanciamiento y escasa articulación con los saberes tradicionales. Las comadronas –figuras centrales en las comunidades indígenas– han sido históricamente marginadas de la política pública, lo que genera tensiones y desconfianza hacia el sector oficial. A pesar de ello, su legitimidad comunitaria y su rol en la atención de partos continúan siendo esenciales, sobre todo en territorios donde el acceso a servicios institucionales es mínimo.

En Honduras, donde la participación comunitaria en salud materna caracteriza el papel relevante de comadronas y parteras tradicionales en comunidades rurales y garífunas, es importante la formación y el acompañamiento de comadronas, quienes además de atender partos cumplen una función educativa y de enlace con el sistema de salud. Aunque estos programas han fortalecido las capacidades locales, la escasa inversión estatal y la falta de continuidad limitan su alcance.



La tensión entre el reconocimiento cultural de las comadronas y la hegemonía biomédica persiste, reflejando una brecha entre políticas sanitarias centralizadas y prácticas locales. A pesar de ello, las experiencias comunitarias han demostrado que el involucramiento activo de líderes tradicionales y redes comunitarias pueden reducir las barreras de acceso, siempre que exista apoyo sostenido y reconocimiento institucional (Bernal-Ordoñez, y otros, 2024).

### **2.3. Estudios en Nicaragua.**

En Nicaragua, la participación comunitaria en salud materna ha tomado formas institucionalizadas y comunitarias, especialmente en territorios rurales e indígenas.

Las Casas Maternas (MINSA, 2010), han sido una estrategia emblemática para mujeres embarazadas de las zonas de difícil acceso. Permiten la estancia gratuita de las mujeres, en el último trimestre del embarazo, están cerca de los centros de salud, donde pueden ser atendidas por personal capacitado, reduciendo retrasos en la atención obstétrica. En Nicaragua, las casas maternas se han relacionado con un aumento en los partos institucionales y en la reducción de muertes maternas. Según estimaciones oficiales del Grupo MMEIG, en Nicaragua, en 2023 ocurrieron 80 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos (World Health Organization, 2025), representando una disminución de tres cuartas partes comparado con la MMR del 2000, estimada en 299. Sin embargo, las críticas señalan limitaciones en términos de enfoque intercultural y de respecto a la autonomía de las mujeres.

En la Costa Caribe, comunidades indígenas y afrodescendientes han manifestado que el modelo de casas materna no siempre reconoce los saberes tradicionales ni las prácticas comunitarias. Además, la centralización de la estrategia en torno al parto institucional ha generado tensiones con sectores que reclaman un mayor diálogo entre medicina tradicional y biomédica.



A pesar de estas limitaciones, las casas maternas representan una política pública sostenida que ha logrado impactos visibles en la reducción de la mortalidad materna, aunque todavía se requiere ajustes para atender las demandas de diversidad cultural y de género, su efectividad dependerá de la coordinación interinstitucional, la participación activa de la comunidad y el reconocimiento de saberes locales.

Por su parte, las parteras tradicionales, siguen siendo actores claves en regiones del Caribe y el Alto Wangki, aunque han sido integradas parcialmente a los servicios de salud, la falta de reconocimiento formal y las prácticas tradicionales (Bernal-Ordoñez, y otros, 2024).

Diversos estudios en Nicaragua muestran que las mujeres no siempre ejercen poder de decisión sobre su propia salud materna, debido a normas patriarcales y barreras territoriales. El acceso se condiciona a la autorización de la pareja o familiares, limitando la autonomía y retrasando la atención (Houghton, y otros, 2022).

En conclusión, la evidencia internacional y nacional demuestran que la participación comunitaria en salud materna es una estrategia cuando incorpora:

- Enfoque de género, que supere normas de subordinación que limitan la autonomía de las mujeres.
- Interculturalidad, el reconocimiento y articulación de saberes locales, en contextos indígenas y rurales, particularmente.
- Territorialidad, respuestas adaptadas a las condiciones geográficas y sociales específicas.

No obstante, persisten desafíos como la sostenibilidad, equidad en la participación, y necesidad de articular esfuerzos comunitarios con sistemas de salud fortalecidos y sensibles a la diversidad cultural. Sólo así es posible avanzar hacia una salud materna equitativa y universal.



**Tabla 1: Hitos de la Participación Comunitaria en Salud, Nicaragua. Siglos XX y XXI**

Inicio del Siglo XX	1960 - 1970	1990 – 2006 Desfinanciamiento y Fragmentación Tercera Reforma al Sistema de Salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención de parteras, brujos y curanderos.</li> <li>- Atención privada "médicos de cabecera" y en hospitales a indigentes, bajo la administración de religiosos y médicos voluntarios.</li> <li>- Acciones de Salud Pública de higiene en comunidades.</li> <li>- Participación informal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo de Salud centralizado.</li> <li>- Organizaciones comunitarias y religiosas forman promotores de salud, en zonas rurales.</li> <li>- Campañas de vacunación y control de enfermedades endémicas, con financiamiento externo, sin estructura formal.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>1990 – 2006</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Desfinanciamiento y Fragmentación</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Tercera Reforma al Sistema de Salud</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- INSS retoma la atención a los asegurados y sus beneficiarios.</li> <li>- MINSA asume las acciones de salud pública y atención a personas no aseguradas.</li> <li>- Apertura de espacio en centros públicos para ofrecer servicios de salud privados.</li> <li>- Creación de Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), para profundizar la descentralización.</li> <li>- Búsqueda de financiamiento y espacios para democratizar la gestión de la salud.</li> </ul>
<b>De 1948 a 1955</b> <b>Primer Reforma del Sistema de Salud</b>	<b>De 1979 a 1989</b> <b>Revolución Sandinista</b> <b>Segunda Reforma del Sistema</b>	<b>Desde 2007 a la fecha</b> <b>Profundización del Modelo de Salud Familiar y Comunitario</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación del Ministerio de Salubridad Pública (salud pública e higiene).</li> <li>- Creación del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social "INSS" (afiliados).</li> <li>- Atención privada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud como Derecho Humano, acceso y gratuidad.</li> <li>- Sistema Nacional Único de Salud, Ministerio de Salud administrador de centros públicos, privados e INSS.</li> <li>- Incorporación de la Participación Comunitaria en acciones de salud.</li> <li>- Desarrollo e integración de Red de voluntarios (brigadistas, parteras, promotores), Consejos Populares y Consejo Nacional de Salud.</li> <li>- Extensión de cobertura (brigadas de salud a zonas de difícil acceso).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sistema de Salud centrado en la Persona, Familia y Comunidad, enfoque preventivo y promoción.</li> <li>- Diagnóstico de determinantes de salud territoriales.</li> <li>- Formación de promotores, líderes y personal de salud.</li> <li>- Reorganización funcional: equipo multidisciplinario en territorios, promoción y fortalecimiento de la participación comunitaria.</li> <li>- Enfoque intercultural, reconoce e integra práctica y saber tradicional.</li> <li>- Articula primer nivel de atención y hospitales, fortalece la referencia y contrarreferencia comunitaria.</li> <li>- Acción comunitaria ante emergencias</li> </ul>



### **III. JUSTIFICACIÓN**

La salud materna constituye un indicador esencial de bienestar social, desarrollo humano, derechos humanos y equidad de género. En Nicaragua, pese a avances en cobertura sanitaria y reducción de mortalidad materna, persisten desigualdades que afectan especialmente a mujeres rurales e indígenas (MINSA, 2025). Estas mujeres, especialmente las que viven en territorios indígenas como el Alto Wangki o en zonas rurales del municipio de Nandaime, enfrentan una realidad marcada por la exclusión social, barreras estructurales, culturales y de género que limitan su acceso a servicios de salud oportunos, adecuados y respetuosos de sus derechos y saberes ancestrales.

El enfoque predominantemente biomédico de la atención materna a menudo desconoce o subvalora las prácticas culturales locales, las decisiones autónomas y las necesidades específicas de las mujeres. Además, el sistema de salud formal tiende a perpetuar patrones de género que las sitúan en una posición de subordinación, limitando su participación activa en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo y salud.

Este estudio busca contribuir a la comprensión crítica y situada de cómo se construyen las experiencias de salud materna en contextos rurales e indígenas, y cómo las relaciones de género influyen en el acceso, calidad y vivencia de dicha atención. Al recuperar las voces de las mujeres, parteras, brigadistas y líderes comunitarios, se busca visibilizar prácticas, saberes y resistencias históricamente marginadas por enfoques centralizados y tecnocráticos. Se espera que esta investigación documente las desigualdades y contribuya a su transformación reconociendo a las mujeres como sujetas activas de derechos, saberes y decisiones.



Desde una perspectiva de salud colectiva, género e interculturalidad, este estudio aporta evidencia empírica para fortalecer políticas públicas sensibles a las realidades socio territoriales de las mujeres. Promueve el diálogo entre saberes comunitarios y prácticas institucionales, reconociendo el papel fundamental de las parteras tradicionales, los liderazgos femeninos y las redes de apoyo locales en la construcción de una maternidad digna y segura.

En el ámbito académico, esta investigación aporta una mirada crítica sobre las dinámicas de poder y prácticas cotidianas que configuran la atención materna. Ofrece oportunidades para la formación de personal de salud con sensibilidad sociocultural y para el diseño de estrategias participativas que promueven el respeto, la autonomía y la dignidad en el proceso reproductivo.

En resumen, este estudio es pertinente, necesario y urgente. Al centrarse en la participación comunitaria con enfoque de género e interculturalidad, se alinea con los principios de justicia social, equidad de género y respeto a la diversidad cultural que orientan los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030, específicamente el ODS 3 (Salud y Bienestar) y el ODS 5 (Igualdad de Género).



#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La salud materna en Nicaragua ha experimentado avances significativos en las últimas décadas, especialmente en la reducción de la mortalidad materna y ampliación de la cobertura de servicios. Según estimaciones del MMEIG, la razón de mortalidad materna (RMM) en el país ha disminuido de manera sostenida, reflejando esfuerzos institucionales por mejorar los indicadores sanitarios.

Sin embargo, estos logros no se distribuyen de manera equitativa entre los distintos territorios y grupos poblacionales. En zonas rurales e indígenas como Alto Wangki, las mujeres continúan enfrentando barreras estructurales, culturales y de género que limitan su acceso a una atención materna integral, segura y respetuosa. Estas barreras se expresan en la precariedad de los servicios, distancia geográfica, discriminación institucional y la falta de reconocimiento de sus prácticas y saberes culturales.

El Ministerio de Salud de Nicaragua implementa el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), que promueve la participación comunitaria desde un enfoque integral, no obstante, persisten desafíos en la articulación efectiva entre actores comunitarios y prácticas institucionales. Desde una perspectiva de género, el problema se agrava por la limitada autonomía reproductiva de las mujeres, la persistencia de roles tradicionales que las subordinan en la toma de decisiones sobre su salud, y la escasa incorporación de sus voces en el diseño y evaluación de políticas públicas. Las mujeres en estos territorios no solo enfrentan riesgos físicos durante el embarazo y parto, también, formas de violencia simbólica, institucional y cultural que afectan su bienestar integral.



Pese a la relevancia del tema, en Nicaragua aún no se ha estudiado el fenómeno desde un enfoque cualitativo que permita comprender las experiencias vividas de las mujeres, sus familias y el personal de salud. La investigación científica se ha centrado en indicadores cuantitativos, lo que ha limitado considerablemente las nociones sobre el problema y las directrices en salud pública que podrían derivarse de hallazgos más situados y sensibles a las realidades locales. Esta ausencia de estudios cualitativos representa una brecha crítica en el conocimiento, en particular lo que respecta a la participación comunitaria, relaciones de género y significados atribuidos a la atención materna en contextos rurales e indígenas.

En ese contexto, se vuelve urgente analizar cómo se configura la participación comunitaria en la gestión de la salud materna en Alto Wangki y Nandaime, y cómo las relaciones de género influyen en dicha participación. Comprender estas dinámicas permitirá identificar prácticas transformadoras, visibilizar saberes locales y proponer estrategias que fortalezcan la equidad, la interculturalidad y el protagonismo de las mujeres en la atención materna.

Por lo anterior expuesto, se ha definido la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo se configura la participación comunitaria en la gestión de la salud materna en territorios rurales e indígenas de Nicaragua, y de qué manera influyen las relaciones de género en dicha participación?



## **V. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo General**

Analizar comparativamente las dinámicas de participación comunitaria en la gestión de la salud materna en Nandaime y Alto Wangki, desde una perspectiva de género e interculturalidad.

### **5.2. Objetivos específicos:**

5.2.1. Examinar los factores socioculturales, económicos y de género que configuran las experiencias de salud materna de las mujeres en Alto Wangki y Nandaime.

5.2.2. Identificar a los actores comunitarios involucrados en la atención materna y describir sus prácticas, saberes y formas de articulación con el sistema de salud.

5.2.3. Analizar las percepciones de las mujeres embarazadas y sus familias, sobre el acceso, calidad y pertinencia cultural de los servicios de salud materna.

5.2.4. Comparar los procesos de participación comunitaria en ambos territorios, destacando sus fortalezas, limitaciones y potencial transformador.

5.2.5. Proponer recomendaciones orientadas a fortalecer la participación comunitaria con enfoque de género e interculturalidad en las políticas de salud materna.



## **VI. MARCO TEÓRICO**

### **6.1. Enfoques teóricos sobre participación comunitaria en salud.**

La participación comunitaria en salud es un concepto polisémico que ha adquirido distintos significados según los contextos históricos, políticos y sociales. Su evolución refleja no solo la expansión de la cobertura sanitaria, sino también la disputa sobre quién define los problemas de salud y con qué fines. Incorporar la noción de “comunidad” dentro del concepto de “participación” añade capas de complejidad, pues no solo se trata de intervención en servicios de salud, sino de reconocimiento de las dimensiones culturales, sociales y políticas que configuran la vida comunitaria (Briceño-León, 1998). Esto implica que la participación no es un fenómeno técnico, sino una construcción social y política, donde las relaciones de poder y las desigualdades estructurales condicionan su forma y alcance.

#### **6.1.1. Perspectivas históricas y evolución conceptual.**

Durante las décadas de 1950 y 1960, la participación comunitaria se promovió en América Latina principalmente como estrategia técnica y administrativa. La OMS planteó la movilización comunitaria para superar carencias de recursos, garantizar la cobertura en áreas rurales y atender la diversidad cultural. Sin embargo, la participación era frecuentemente un instrumento de legitimación institucional o de reducción de costos mediante la utilización de mano de obra comunitaria, reflejando una lógica instrumental donde el poder permanecía concentrado en profesionales y autoridades de salud (Briceño-León, 1998).

La Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) marcó un cambio paradigmático: la participación pasó a concebirse como un derecho y un componente central de la atención primaria, vinculada a los principios de equidad, universalidad y justicia social. Se reconoció que las comunidades no eran meros receptores de servicios, sino actores con capacidad de incidencia en la planificación y gestión sanitaria.



La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (OMS, 1986) reforzó esta perspectiva al destacar el carácter político de la participación, vinculándola con el empoderamiento, la autonomía comunitaria y la capacidad de decidir sobre condiciones de vida y salud.

No obstante, los años noventa introdujeron tensiones significativas. En el marco de los programas de ajuste estructural y la liberalización de los sistemas de salud en América Latina, la participación a menudo se utilizó para transferir responsabilidades al nivel comunitario sin garantizar recursos ni autonomía real (Chambers, 1995). Este fenómeno evidenció el riesgo de que la participación se convierta en un mecanismo de desresponsabilización estatal y legitime inequidades estructurales, subrayando que el significado de la participación depende de las condiciones políticas, económicas y sociales en las que se implementa.

#### **6.1.2. De la participación instrumental a la participación política.**

La literatura distingue entre participación instrumental y participación política, mostrando que la primera prioriza eficiencia y control técnico, mientras que la segunda busca construir ciudadanía y democracia participativa (Briceño-León, 1998; ONU, 2000). La participación instrumental limita a la comunidad a ejecutar programas predefinidos, sin acceso real a decisiones sobre prioridades, recursos o evaluación de resultados. Por el contrario, la participación política reconoce que las comunidades deben influir en la definición de problemas, la formulación de estrategias y la evaluación de impactos, transformando relaciones de poder históricamente desiguales.

Esta distinción tiene implicaciones prácticas: no toda participación “visible” implica empoderamiento. Algunos estudios han mostrado que los procesos participativos coexisten con relaciones de subordinación, donde la retórica de inclusión oculta la persistencia de desigualdades de género, étnicas y económicas (Briceño-León, 1998; Chambers, 1995; Cassettia, Paredes-Carbonell, López, García, &



Salamanca, 2018). Así, la participación política exige un análisis crítico de las estructuras de poder, reconociendo que la autonomía comunitaria no surge de manera espontánea sino mediante procesos de negociación, formación y articulación con actores institucionales.

#### **6.1.3. Críticas contemporáneas y nuevos aportes.**

Arnstein (1969), con su “escalera de la participación”, evidenció la amplia brecha entre la retórica de inclusión y el control efectivo que las comunidades pueden ejercer. Este marco ha sido fundamental para estudiar cómo la participación puede ser simbólica o instrumental, y para identificar grados de poder real en procesos participativos (Arnstein, 1969).

Los enfoques más recientes, como la investigación-acción participativa (Freire, 1970; Elliott, 1991; Fernández-Cárdenas, 2014), y las epistemologías del sur (Santos, 2010), amplían esta comprensión. Plantean la participación como un proceso dialógico y coproducido, donde los saberes locales y científicos se articulan en la definición de problemas, estrategias y evaluación de resultados. Esto implica reconocer la pluralidad de conocimientos, la diversidad cultural y la importancia de la negociación entre actores comunitarios e instituciones.

En esta línea, Paulo Freire (1970) aportó una visión pedagógica profundamente transformadora, al concebir la educación como práctica de la libertad y la participación como proceso dialógico entre sujetos históricos. Su planteamiento de que “nadie educa a nadie, nadie se educa así mismo, los hombres de educan entre sí, mediatizados por el mundo” inspira los enfoques participativos en salud que reconocen a las comunidades como productoras de saber y acción. Esta perspectiva ha influido en metodologías como la investigación-acción participativa, al promover procesos educativos donde el conocimiento se construye de manera colectiva y se orienta a la emancipación social.



En contextos latinoamericanos, estos enfoques han mostrado que la participación puede ser un motor de transformación social, promoviendo justicia y equidad en salud. Sin embargo, también evidencian desafíos: la participación requiere tiempo, formación y recursos, y debe enfrentar barreras estructurales como desigualdad socioeconómica, discriminación de género y exclusión étnica. En el caso de Nicaragua, donde la historia de participación comunitaria está ligada a experiencias de organización social y movilización política, estas tensiones son particularmente relevantes, pues la participación no solo es un medio para mejorar indicadores de salud, sino también un espacio de negociación de poder y reconocimiento cultural.

Analizar la participación comunitaria en salud desde una perspectiva histórica, política y epistemológica permitirá identificar tensiones estructurales, entre instrumentalización y empoderamiento, control externo y autonomía, saber científico y saber local. Comprender estas tensiones es crucial para diseñar estrategias que no reproduzcan desigualdades, sino que fomenten inclusión, justicia social y capacidad de agencia comunitaria. La participación, en este sentido, no puede ser entendida solo como un método técnico, sino como un proceso político y cultural, capaz de transformar no solo los sistemas de salud, sino las relaciones sociales que los sustentan.

## **6.2. Participación comunitaria en América Latina y Nicaragua.**

### **6.2.1. Marco normativo regional y nacional.**

En América Latina, la participación comunitaria en salud no solo se reconoce como una estrategia de gestión sanitaria, sino como un derecho fundamental y un mecanismo de empoderamiento social. La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) destaca que los sistemas de salud deben garantizar espacios de participación social que permitan a la población incidir activamente en la definición de políticas, programas y servicios, con especial atención a grupos históricamente



excluidos o vulnerables, como comunidades indígenas, mujeres rurales y poblaciones de bajos ingresos.

A nivel nacional, Nicaragua ha institucionalizado la participación comunitaria a través del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria (MOSAFC). Este modelo se inscribe dentro de la política de Atención Primaria de Salud (APS) y establece que los equipos de salud deben trabajar articuladamente con la comunidad, integrando brigadistas, promotores locales y líderes comunitarios en todas las etapas de los procesos de salud: planificación, implementación y evaluación (MINSA, 2008).

El marco normativo refleja que la participación no es un proceso ad hoc ni voluntario, sino una estrategia política e institucional formalizada, lo que permite a la comunidad asumir roles de decisión y corresponsabilidad en el diseño y monitoreo de programas de salud.

#### **6.2.2. Experiencias históricas de participación comunitaria en América Latina.**

La historia de la participación comunitaria en la región ha estado marcada por movimientos de salud popular, reformas sanitarias y experiencias de salud comunitaria, que han buscado democratizar el acceso a los servicios y fortalecer la capacidad de la población para intervenir en la salud colectiva:

- Movimientos de salud comunitaria en Brasil y Cuba (décadas de 1970–1980), que promovieron redes de promotores comunitarios, brigadas de salud y programas educativos que integraban la población en la vigilancia sanitaria y prevención de enfermedades.
- Experiencia de Nicaragua durante la década de 1980, mediante la implementación de brigadas de salud en zonas rurales y de difícil acceso permitió la vinculación directa de la comunidad con el sistema de salud, asegurando cobertura preventiva y fortaleciendo la organización comunitaria.



- Tensiones y desafíos históricos, es importante señalar que, aunque las experiencias mostraron avances significativos, también evidenciaron riesgos de participación superficial o instrumental, donde la comunidad actúa como ejecutora de políticas externas sin verdadera autonomía o poder de decisión.

Estas experiencias históricas muestran que la participación comunitaria no es homogénea, sino que depende del contexto social, político y cultural, así como de la relación de poder entre instituciones de salud y comunidades.

#### **6.2.3. MOSAFC: Modelo de Salud Familiar y Comunitaria en Nicaragua.**

El MOSAFC es un modelo pionero en la región, integra la atención familiar y comunitaria como eje central del sistema de salud. Sus características fundamentales incluyen:

- Enfoque integral: prioriza la salud de la familia y la comunidad, considerando determinantes sociales, culturales y ambientales.
- Participación activa de la comunidad: a través de comités locales de salud, consejos comunitarios y brigadistas, la población se involucra en la identificación de problemas, planificación de acciones y seguimiento de resultados.
- Equipos de salud multidisciplinarios: médicos, enfermeras, promotores y brigadistas trabajan en coordinación con líderes locales, fortaleciendo la corresponsabilidad y la continuidad de la atención.
- Articulación con políticas nacionales e internacionales: el MOSAFC se alinea con los principios de APS de la OPS y la OMS, integrando estándares de equidad, calidad y acceso universal.



El MOSAFC evidencia que la participación trasciende la función de implementación de programas, convirtiéndose en un mecanismo para empoderar a la comunidad, fortalecer la resiliencia local y promover la equidad en salud.

#### **6.2.4. Impacto y lecciones aprendidas.**

La evidencia y experiencias acumuladas en América Latina y Nicaragua permiten identificar lecciones clave sobre participación comunitaria:

- Empoderamiento real vs. instrumentalización: la participación debe ir más allá de la consulta simbólica; requiere transferencia de poder y corresponsabilidad en decisiones estratégicas.
- Contextualización y adaptabilidad: las estrategias de participación deben adaptarse a características socioculturales, económicas y geográficas de cada comunidad.
- Construcción de capital social: la participación fortalece la cohesión social, genera confianza en los sistemas de salud y facilita la sostenibilidad de las intervenciones.
- Integración de saberes tradicionales: la inclusión de prácticas locales y conocimientos ancestrales, como la medicina tradicional, aumenta la pertinencia cultural y la aceptación de las políticas de salud.

En el caso de Nicaragua, estudios sobre el MOSAFC muestran que la participación comunitaria ha contribuido a mejorar la cobertura de servicios, el seguimiento prenatal y la prevención de enfermedades, consolidando la atención primaria como eje estratégico del sistema nacional de salud (Espinoza Osorio, 2017).



A pesar de los avances, persisten desafíos: la participación puede ser asimétrica si las decisiones clave permanecen en manos de autoridades externas; además, la sostenibilidad depende de la formación continua de líderes comunitarios, recursos adecuados y articulación intersectorial. Por ello, la participación comunitaria debe concebirse como un proceso dinámico, flexible y estratégico, que combine autonomía local, responsabilidad institucional y enfoque de derechos.

### **6.3. Enfoques transversales en la participación comunitaria.**

La participación comunitaria en salud no puede entenderse aisladamente de los factores sociales, culturales y estructurales que determinan la salud y la capacidad de acción de las comunidades. Por ello, los enfoques de género, interculturalidad y determinantes sociales son fundamentales para comprender las oportunidades, barreras y desigualdades en los procesos participativos. Estos enfoques permiten que la participación sea verdaderamente inclusiva, equitativa y transformadora, evitando reproducciones de inequidades históricas y culturales.

#### **6.3.1. Perspectiva de género.**

El enfoque de género reconoce que la participación comunitaria está atravesada por relaciones de poder, normas sociales que diferencian roles, responsabilidades y acceso a recursos entre hombres y mujeres. Su análisis permite visibilizar cómo estas relaciones afectan la participación efectiva y la construcción de políticas inclusivas:

- Distribución desigual de responsabilidades: las mujeres suelen ser las principales cuidadoras de la familia y de la comunidad, lo que les confiere conocimientos y liderazgo en salud comunitaria, pero también limita su tiempo y autonomía para participar formalmente en espacios de decisión (Sen & Östlin, 2008).



- Empoderamiento femenino: La participación comunitaria puede empoderar a mujeres, dándoles voz en programas de salud, formación en liderazgo y acceso a recursos comunitarios, contribuyendo a la equidad de género (Rifkin, Müller, & Bichmann, 1988).
- Barreras estructurales y culturales: normas patriarcales, discriminación, violencia de género y roles tradicionales pueden limitar la participación femenina. Superarlas requiere estrategias deliberadas, como espacios de decisión exclusivos para mujeres, formación en liderazgo y promoción de políticas sensibles al género (Briggs & Mantini-Briggs, 2004).

Ejemplo: en los programas de salud materna en Nicaragua, las brigadistas y promotoras comunitarias son clave para la educación y el seguimiento prenatal, pero su trabajo no siempre se reconoce formalmente ni se traduce en participación en decisiones estratégicas.

### **6.3.2. Interculturalidad.**

La interculturalidad reconoce la coexistencia de saberes, prácticas y cosmovisiones diferentes y promueve su integración en los sistemas de salud locales. Esto es especialmente relevante en comunidades indígenas, afrodescendientes y rurales (PAHO, 2019):

- Se valoran y reconocen los saberes tradicionales, como los conocimientos de parteras, curanderos y líderes locales, que se integran con la medicina institucional-tradicional para mejorar la pertinencia cultural de los servicios (Briggs & Mantini-Briggs, 2004).
- Las estrategias interculturales permiten diseñar intervenciones culturalmente sensible, que respetan prácticas locales, como rituales, preferencias de parto, alimentación y cuidado postnatal, acompañamiento familiar, uso de plantas



medicinales, aumentando la aceptación y eficacia de los programas de salud (PAHO, 2019).

- Se promueve un diálogo horizontal entre saberes, evitando que los conocimientos locales se sobordinen automáticamente a los protocolos biomédicos, y fomentando la corresponsabilidad en soluciones adaptadas al contexto comunitario (PAHO, 2019).

Por ejemplo, en comunidades indígenas del Alto Wangki, la participación comunitaria en salud materna incorpora prácticas tradicionales, como acompañamiento espiritual durante el parto y uso de plantas medicinales, articuladas con brigadistas y personal sanitario, fortaleciendo la pertinencia cultural y la confianza en el sistema de salud.

#### **6.3.3. Determinantes sociales de la salud.**

Los determinantes sociales incluyen condiciones económicas, educativas, de vivienda, acceso a servicios y distribución de poder, que afectan tanto la salud como la capacidad de participación. En el contexto comunitario:

- La pobreza y desigualdad limitan la disponibilidad de tiempo, los recursos y las oportunidades para que las personas participen activamente.
- La educación y formación en salud influye en la capacidad de las comunidades para comprender riesgos, ejercer derechos y tomar decisiones informadas.
- La territorialidad y el acceso geográfico condicionan la participación, especialmente en zonas rurales o aisladas, donde los servicios de salud pueden ser escasos.



Integrar los determinantes sociales en la participación comunitaria permite diseñar estrategias más inclusivas y equitativas, dirigidas a los grupos más vulnerables y asegurando que la participación no reproduzca desigualdades existentes.

#### **6.3.4. Integración de los enfoques transversales.**

Género, interculturalidad y determinantes sociales no deben analizarse de manera separada, sino como dimensiones interrelacionadas que influyen simultáneamente en la participación comunitaria. Por ejemplo, una mujer indígena en zonas rurales enfrenta barreras de género, culturales y territoriales que limitan su participación efectiva.

Estrategias de salud comunitaria exitosas combinan la formación, el reconocimiento cultural y la adaptación a condiciones materiales, fortaleciendo así la corresponsabilidad y el empoderamiento comunitario.

Este enfoque integral permite que la participación comunitaria no sea solo un mecanismo técnico, sino un proceso de justicia social y transformación estructural, en consonancia con los principios de salud pública integral.

#### **6.4. Participación comunitaria en salud materna.**

La salud materna constituye un campo privilegiado para observar y promover la participación comunitaria, ya que los procesos de embarazo, parto y puerperio involucran simultáneamente a las mujeres, sus familias, la comunidad y el sistema institucional. En contextos de desigualdad social, geográfica y cultural, como los de muchas regiones rurales de Centroamérica, los mecanismos de organización comunitaria son decisivos para garantizar la supervivencia materna y neonatal.

Las experiencias de Nicaragua son particularmente ilustrativas, donde el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) ha integrado a actores comunitarios como



parteras, brigadistas y casas maternas en un entramado de corresponsabilidad y complementariedad entre saberes tradicionales e institucionales (PAHO, 2019).

#### **6.4.1. Parteras tradicionales.**

Las parteras tradicionales son agentes de salud con legitimidad social y cultural en las comunidades. Históricamente, han acompañado a las mujeres en el proceso reproductivo, ofreciendo cuidados durante el embarazo, la atención del parto y la etapa posnatal. Este rol no se limita a un servicio clínico; implica también acompañamiento espiritual, emocional y culturalmente pertinente, lo cual fortalece la confianza de las familias en el proceso de gestación.

En Nicaragua y otros países de Centroamérica, el Estado ha pasado de ver a las parteras como una alternativa “paralela” al sistema formal, a considerarlas aliadas estratégicas en la reducción de la mortalidad materna. Programas impulsados por el Ministerio de Salud han promovido su capacitación en detección temprana de signos de alarma, cuidados básicos de higiene y protocolos de referencia a los centros de salud. Este vínculo ha generado un puente intercultural que disminuye tensiones epistemológicas entre los saberes biomédicos y los conocimientos ancestrales, legitimando prácticas comunitarias sin perder de vista la seguridad obstétrica (WHO, 2015; OMS, 2016).

Ejemplo: en la Costa Caribe de Nicaragua, las parteras indígenas han sido reconocidas oficialmente por los SILAIS (Sistemas Locales de Atención Integral en Salud), con lo cual se fortaleció su rol como actoras clave para garantizar partos seguros en contextos de difícil acceso geográfico.

#### **6.4.2. Brigadistas comunitarios.**

Los brigadistas comunitarios constituyen una de las estrategias más sólidas del modelo de atención primaria en salud en Nicaragua y la región. Su función principal



radica en acercar los servicios de salud a los hogares, mediante la promoción de prácticas preventivas, la educación comunitaria y el acompañamiento en los procesos de referencia. A diferencia del personal institucional, los brigadistas son vecinos de las comunidades, lo que les otorga un nivel de confianza y legitimidad difícil de alcanzar por los servicios externos.

Su labor va más allá de transmitir información básica: los brigadistas acompañan a las mujeres embarazadas en la identificación de signos de riesgo, promueven el cumplimiento de los controles prenatales y fomentan la importancia de acudir a las casas maternas o centros de salud antes del parto. De esta manera, desempeñan un papel de mediadores sociales que reducen barreras culturales, lingüísticas y geográficas.

En términos de impacto, evaluaciones realizadas en Nicaragua y Guatemala han mostrado que la acción de los brigadistas contribuye a incrementar la cobertura de controles prenatales y a mejorar la adherencia a tratamientos básicos en el embarazo. En este sentido, los brigadistas no solo amplían la capacidad del sistema de salud, sino que fomentan una corresponsabilidad comunitaria en la protección de la vida materna y neonatal.

#### **6.4.3. Casas Maternas.**

Las casas maternas representan una de las experiencias más documentadas y exitosas de la participación comunitaria en salud materna. Diseñadas como espacios de acogida para mujeres embarazadas que residen en comunidades alejadas de los hospitales, ofrecen alojamiento seguro y cercano a centros de salud donde pueden atenderse partos con personal calificado. Su implementación en Nicaragua desde los años noventa marcó un cambio sustancial en la estrategia nacional para reducir la mortalidad materna, convirtiéndose luego en un modelo replicado en otros países de la región.



Lo que hace únicas a las casas maternas es su carácter participativo y corresponsable, son gestionadas con el apoyo de comunidades locales, comités de salud y autoridades municipales, en articulación con el Ministerio de Salud. Esto fomenta un sentido de apropiación comunitaria que refuerza la confianza en el sistema institucional. Las mujeres que permanecen en estas casas durante las últimas semanas del embarazo no solo reciben alojamiento, sino también alimentación, educación en salud, acompañamiento emocional y apoyo culturalmente pertinente.

La evidencia ha demostrado que las mujeres que acceden a casas maternas tienen mayores probabilidades de dar a luz en condiciones seguras y con personal calificado, reduciendo así los riesgos de mortalidad y complicaciones. La literatura nacional e internacional ha documentado que esta estrategia es particularmente efectiva en comunidades rurales e indígenas, donde la distancia geográfica es una de las principales barreras de acceso a la atención obstétrica.

#### **6.4.4. Evidencias de impacto.**

La articulación de estos mecanismos de participación comunitaria ha mostrado resultados concretos en la región. En Nicaragua, por ejemplo, la expansión de las casas maternas y el trabajo de brigadistas y parteras capacitadas se ha traducido en un aumento de los partos institucionales y en una reducción sostenida de la mortalidad materna desde los años 2000 (PAHO, 2019).

Más allá de las cifras, la participación comunitaria ha fortalecido el empoderamiento de las mujeres, quienes no solo son beneficiarias de los programas, sino también actoras clave en su diseño y gestión. Al involucrar a las comunidades en la gestión de salud, se generan procesos de autonomía local, liderazgo femenino y validación de saberes interculturales que van más allá de la atención médica. En términos políticos, esta integración otorga mayor legitimidad al sistema de salud, que se percibe como cercano, respetuoso y culturalmente adaptado.



**Tabla 2: Participación Comunitaria, roles, fortalezas, limitaciones e impactos.**

Actor / Mecanismo	Rol en salud materna	Beneficios principales	Limitaciones / Riesgos	Evidencias de impacto
<b>Parteras tradicionales</b>	Brindan atención en partos domiciliarios; acompañan a las mujeres durante el embarazo y puerperio; transmiten saberes ancestrales.	Generan confianza cultural; acceso en comunidades alejadas; promueven continuidad de cuidados; fortalecen identidad cultural.	Riesgo de prácticas sin respaldo biomédico; falta de articulación con el sistema formal; limitada capacitación en emergencias obstétricas.	Estudio en Guatemala muestra que su inclusión en programas interculturales ha mejorado la detección temprana de complicaciones y el aumento en referencias oportunas (Crispín Milarte, 2018) <sup>1</sup> .
<b>Brigadistas comunitarios</b>	Promueven la salud preventiva, visitas domiciliarias, campañas de vacunación y educación en salud materna.	Refuerzan el vínculo entre comunidades y sistema de salud; fomentan confianza; contribuyen a vigilancia comunitaria.	Sobrecarga de tareas voluntarias sin remuneración; dependencia de apoyo logístico del MINSA; riesgo de desmotivación.	En Nicaragua, el MOSAFC documenta que brigadistas han sido clave en la reducción de la mortalidad materna en zonas rurales (Sánchez Ñamendy, 2011) <sup>2</sup> .
<b>Casas maternas</b>	Espacios cercanos a comunidades rurales donde mujeres esperan el parto con acompañamiento y acceso rápido a centros de salud.	Reducen barreras geográficas; aumentan partos institucionales; promueven apoyo comunitario y familiar.	Limitaciones en recursos e infraestructura; sostenibilidad depende de financiamiento externo y local; acceso desigual según región.	Nicaragua muestra disminución de partos en domicilio y reducción en complicaciones obstétricas (INIDE, 2013) <sup>3</sup> .
<b>Comités comunitarios de salud</b>	Espacios de organización y vigilancia social; planifican acciones locales en torno a la salud materna.	Fomentan empoderamiento colectivo; articulan demandas ante el sistema de salud; fortalecen cohesión comunitaria.	Riesgo de instrumentalización por agendas externas; desigual participación de mujeres en la toma de decisiones.	En América Latina se han documentado como claves en procesos de descentralización y participación comunitaria en salud (Bernal-Ordóñez, y otros, 2024) <sup>4</sup> .

Fuente: Estudios.

1. Ecografía portátil y cribado de sangre y orina para el control de gestantes en zonas rurales de países en Desarrollo: estudio de caso en Guatemala. Crispín Milarte, P.H. 2018. Tesis para obtener Doctorado en Ciencias de la Salud.
2. Evaluación de las estrategias Plan de Parto en la reducción de la mortalidad materna perinatal, Centro de Salud Héroes y Mártires de Nueva Segovia, municipio de Mozonte, Nueva Segovia, julio del 2010 a julio del 2011. Sánchez Ñamendy, S. 2011. Tesis para obtener Master en Salud Pública.
3. Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12. (2013) INIDE/MINSA. Nicaragua.
4. Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina: revisión sistemática exploratoria. Bernal-Ordóñez, L. K., Niño-Gutiérrez, E. L., Casanova, M. L., Treviño del Campo, F., Rodríguez, A., & Jiménez García, D. A. (2024).



La Tabla 2 muestra un ecosistema comunitario con actores que cumplen funciones complementarias y, a la vez, tensionadas por la institucionalidad, las barreras estructurales y las relaciones de poder. La relevancia del rol de cada actor radica no solo en lo que “hace”, sino en lo que “transforma” o “limita” en términos de acceso, confianza, género y reconocimiento de saberes.

La ampliación del análisis revela que la participación comunitaria opera como columna vertebral de la salud materna, pero su efectividad depende de resolver barreras estructurales y simbólicas, y de reequilibrar relaciones de poder con la institucionalidad. Las parteras aportan confianza y pertinencia cultural, los brigadistas sostienen la vigilancia y el nexo operativo, las casas maternas reducen distancias y articulan cuidados, y los comités canalizan la voz colectiva. Sin embargo, la precarización del trabajo comunitario, la sub-representación de las mujeres en espacios de decisión y la desvalorización de saberes locales limitan el impacto.

Un modelo robusto exige integrar formalmente a las parteras, profesionalizar e incentivar a brigadistas, asegurar la sostenibilidad de las casas maternas y fortalecer la gobernanza comunitaria con perspectiva de género e interculturalidad. Solo así la participación comunitaria deja de ser compensatoria y se convierte en una palanca transformadora de la equidad en salud materna.

### **6.5. Perspectivas críticas y transdisciplinarias.**

La reflexión crítica sobre la participación comunitaria desborda la retórica instrumental (participación como “medio” para alcanzar metas) y exige poner en tensión relaciones de poder, regímenes de conocimiento y condiciones institucionales que definen quién decide, quién produce saber y qué se entiende por “éxito”. Las perspectivas transdisciplinarias y críticas aportan tres ejes centrales: (a) la práctica reflexiva y emancipadora de la investigación-acción participativa; (b) la crítica epistemológica que visibiliza y protege saberes locales; y (c) la exigencia de



enfoques que integren saberes diversos y favorezcan la co-producción de conocimiento y políticas (Fals-Borda, 1987).

#### **6.5.1 Investigación-acción y la praxis transformadora**

Kurt Lewin introdujo la idea de action research como un método que vincula la producción de conocimiento con la acción social. En América Latina, Orlando Fals Borda desarrolló la investigación-acción participativa (IAP), centrada en el diálogo de saberes y la transformación social, como respuesta metodológica a la separación entre investigación y acción social, proponiendo que las comunidades sean co-investigadoras y sujetas de las transformaciones que ellas mismas identifican. Orlando Fals Borda consolidó en América Latina una tradición de IAP preocupada por la justicia social y el empoderamiento: la investigación no solo genera conocimiento sino que articula formas de incidencia política y organizativa desde la base (Fals-Borda, 1987).

La tradición latinoamericana de investigación-acción participativa se nutre también del pensamiento de Paulo Freire, quien planteó que la conciencia crítica y el diálogo horizontal son condiciones para la transformación social. En salud comunitaria, su enfoque permite construir procesos educativos emancipadores, donde las comunidades no son receptoras pasivas de intervenciones, sino protagonistas en la definición de problemas, estrategias y criterios de éxito. Esta pedagogía crítica fortalece la participación como práctica reflexiva, ética y política, orientada a la justicia social (Freire, 1970).

En salud, la IAP permite diseñar intervenciones contextuales, validar prácticas locales (por ejemplo, saberes de las parteras) y construir indicadores de éxito negociados con la comunidad —no impuestos desde fuera—. La IAP tiene implicaciones prácticas en proyectos de salud materna, exige calendarios y recursos que permitan ciclos reales de planificación-acción-reflexión con la comunidad (no



solo talleres puntuales), y la participación de actores locales en la definición de preguntas de investigación y medidas de impacto (Cargo & Mercer, 2008).

#### **6.5.2. Epistemologías del Sur y justicia cognitiva**

Boaventura de Sousa Santos y otros autores critican la hegemonía del conocimiento científico-occidental cuando esta implica la “epistemicide” (la anulación de saberes locales, indígenas y comunitarios). La propuesta de epistemologías del Sur reivindica la pluralidad de conocimientos como condición de justicia social y cognitiva, exige reconocer que las prácticas de salud comunitaria (partería, medicina tradicional, cuidado colectivo) constituyen formas válidas de conocimiento y valorarlas en pie de igualdad frente a los protocolos biomédicos. En el campo de la salud, esta perspectiva invita a reconocer las prácticas de parteras, curanderos y promotores no solo como recursos auxiliares, sino como epistemologías propias que enriquecen los sistemas de salud (Santos, B. de S., 2014).

En la práctica, esto implica procesos de diálogo horizontal, incorporando espacios de validación intercultural (consultas con parteras, ceremonias explicativas, materiales en lengua local) y protocolos de atención que respeten prácticas culturales seguras, diseñados conjuntamente con representantes comunitarios. No significa asimilación ni subordinación, las decisiones sobre los cuidados maternos se construyen con criterios clínicos y culturales (Santos, B. de S., 2014).

#### **6.5.3 Críticas a la instrumentalización de la participación**

Las críticas sobre la instrumentalización de la participación —recogidas en obras como *Participation: The New Tyranny?*— señalan que la participación puede convertirse en un recurso retórico para legitimar políticas centralizadas que no transfieren, realmente, poder a las comunidades, que dispersan responsabilidades o utilizan a las comunidades como ejecutoras de programas externos, de bajo costo (Cooke & Kothari, 2001.).



Arnstein ya advertía que la “participación” tiene gradas: desde la manipulación y la consulta simbólica hasta la delegación efectiva de poder y el control ciudadano. Para que la participación sea emancipadora, debe traducirse en transferencia real de poder (delegated power / citizen control) y en mecanismos de rendición de cuentas (Arnstein, 1969).

Este fenómeno, denominado la “tiranía de la participación”, ocurre cuando los mecanismos participativos se reducen a consultas superficiales, generando frustración y desgaste comunitario. En salud materna, por ejemplo, se observan riesgos de instrumentalizar a parteras y brigadistas solo como extensión de programas verticales, sin reconocer su autonomía ni derechos.

Ejemplo de riesgo: proyectos con financiamiento corto que demandan “participación” (reuniones, comités) pero no se ocupan de la sostenibilidad, terminan generando fatiga y desconfianza comunitaria. La participación ritualizada produce más daño que beneficio si no se transforma estructuralmente.

#### **6.5.4. Transdisciplinariedad en salud pública**

##### **Desafíos metodológicos y éticos de la investigación participativa en salud**

Varios autores destacan la importancia de un enfoque transdisciplinarios para abordar problemas complejos (Maguire, 2018; Nicolescu, 2010). En salud se requiere enfoques transdisciplinarios, en los que convergan no solo distintas disciplinas académicas (salud, antropología, sociología, economía), sino también saberes comunitarios y experienciales. La transdisciplinariedad rompe la jerarquía entre “expertos” y “beneficiarios”, promueve procesos colaborativos en la construcción de conocimiento y políticas.



En ese contexto, la investigación participativa ofrece ventajas (relevancia, apropiación, empoderamiento) pero también desafíos: la representatividad (¿quién habla por la comunidad?), la carga de trabajo no remunerada (frecuentemente recae en mujeres), la expectativa de resultados inmediatos y la evaluación de impacto en contextos complejos. Revisiones en salud pública subrayan la necesidad de metodologías mixtas, transparencia en la negociación de objetivos y salvaguardias éticas específicas (consentimiento amplio, gestión de expectativas, protección de datos y beneficios locales) (CIOMS/WHO, 2016).

CIOMS/WHO recomiendan la aplicación de guías éticas, y acordar desde el inicio cláusulas sobre propiedad de datos, reporte de hallazgos y retorno directo de beneficios a la comunidad; además, de diseñar evaluaciones que combinen indicadores cuantitativos (cobertura, mortalidad) con indicadores cualitativos co-producidos (sensación de seguridad cultural, confianza).

#### **6.5.5. Implicaciones para la participación comunitaria en salud materna**

Existen riesgos institucionales como la dependencia de fondos externos y la lógica de proyectos con plazos limitados tienden a fragmentar iniciativas, generar soluciones verticales y priorizar indicadores medibles a corto plazo. Eso produce la llamada “projectification”: acumulación de intervenciones que no construyen sistemas ni empoderamiento duradero. Además, las ONG pueden convertirse en intermediarias que reproducen agendas donor-driven, desplazando agenda local. Para contrarrestarlo, se requieren cambios en la gobernanza de financiamiento (fondos a largo plazo, cofinanciación local) y mecanismos que fomenten la capacidad estatal y comunitaria a largo plazo.

Ello implica exigir condiciones de financiamiento que permitan continuidad (mantenimiento de casas maternas, salario/estipendio para brigadistas), incluir



cláusulas de transición a gestión local y evaluar sostenibilidad más allá del ciclo del proyecto.

Desde estas perspectivas críticas, se plantean desafíos y oportunidades:

- De la consulta a la co-gestión, pasar de la participación simbólica a la toma de decisiones compartida.
- Pluralidad de saberes, integrar prácticas biomédicas y tradicionales desde un diálogo horizontal.
- Justicia social y cognitiva, reconocer el papel de mujeres, pueblos indígenas y actores comunitarios como productores de conocimiento.
- Evitar la cooptación, diseñar políticas que fortalezcan la autonomía comunitaria y no solo la “utilicen” para alcanzar metas institucionales.

Para diseñar intervenciones menos vulnerables a la cooptación conviene usar herramientas de análisis de poder (por ejemplo, el Powercube de Gaventa) y la escalera de Arnstein para diagnosticar el grado real de poder comunitario. Estas herramientas orientan a preguntar no solo “¿participan?” sino “¿con qué voz, qué recursos y con qué capacidad de influir en decisiones?” Un diagnóstico realista de poder permite establecer metas (por ejemplo, pasar de consulta a delegación de decisiones) y medir avances concretos.

Adoptar estas perspectivas implica reconfigurar la investigación y la gestión pública, es decir, pasar de estudios “sobre” comunidades a procesos de investigación y política con comunidades. Para la salud materna esto significa priorizar proyectos que integren parteras como co-investigadoras, evaluar impacto a largo plazo y orientar recursos a fortalecer sistemas locales (casas maternas, redes de referencia) en diálogo permanente con poblaciones indígenas y rurales. Las políticas públicas deben incorporar indicadores de proceso y de poder (porcentaje de decisiones co-tomadas por comités comunitarios; remuneración de agentes comunitarios), no solo tasas de cobertura.



En conclusión, la participación comunitaria en salud no puede reducirse a un recurso operativo para ampliar coberturas o disminuir brechas, sino que debe entenderse como un proceso social y político en el que se disputan sentidos, poder y legitimidades. Su evolución histórica-conceptual muestra que, aunque los marcos normativos y programas (como el MOSAFC) han institucionalizado la participación, con frecuencia esta se implementa desde lógicas verticales que reproducen asimetrías entre comunidad e instituciones. Enfoques de género, interculturalidad y determinantes sociales evidencian que la capacidad de involucramiento comunitario se encuentra mediada por desigualdades estructurales que tienden a invisibilizar a mujeres, pueblos indígenas y sectores en situación de pobreza.

Si bien las experiencias en salud materna confirman impactos positivos en la reducción de mortalidad y acceso a servicios, estas prácticas suelen ser valoradas únicamente en función de resultados biomédicos, sin considerar los procesos de empoderamiento o autonomía comunitaria que las sostienen. Las perspectivas críticas y transdisciplinarias alertan sobre el riesgo de que la participación se convierta en discurso legitimador sin transformación real, y reclaman la necesidad de repensarla como un derecho colectivo y como un espacio de producción de conocimiento situado que tensiona los límites del modelo biomédico tradicional.



## VII. HIPÓTESIS

Las condiciones socioculturales, económicas y de género influyen en la forma en que se configura la participación comunitaria en la gestión de la salud materna, producen modelos diferenciados entre Nandaime y Alto Wangki y Bocay.



## **VIII. DISEÑO METODOLÓGICO**

### **8.1. Enfoque y Paradigma de la Investigación.**

La presente investigación se inscribe en el paradigma cualitativo e interpretativo, orientado a comprender las experiencias, percepciones y dinámicas sociales que configuran la salud materna en contextos de exclusión social y cultural en Nicaragua (Denzin & Lincoln, 2011); por un lado, en Nandaime, zona del pacífico, con mayor acceso a servicios de salud y tradición de participación comunitaria mixta; y Alto Wangki y Bocay, territorio indígena-mestizo con condiciones de mayor aislamiento geográfico, pobreza estructural y fuerte peso de tradiciones culturales (Creswell, 2014; Chambers, R., 1994).

Este enfoque metodológico es el más pertinente, dado que busca ir más allá de los indicadores epidemiológicos para adentrarse en la complejidad de los significados, las relaciones de poder y los saberes que influyen en la vivencia de la maternidad. A diferencia de la investigación cuantitativa, que se centra en la medición y la causalidad, el enfoque cualitativo permite explorar las dimensiones subjetivas y contextuales del proceso salud-enfermedad-atención (Mora, 2002), lo cual es fundamental para el objetivo de esta tesis.

Desde una perspectiva de salud colectiva, género e interculturalidad, este estudio se alinea con la investigación-acción participativa, reconociendo a los actores locales no como objetos de estudio, sino como sujetos activos y co-constructores de conocimiento. La investigación se concibe como un proceso de diálogo de saberes, donde las experiencias de las mujeres, parteras y líderes comunitarios se articulan con los marcos teóricos para generar un conocimiento crítico y transformador.



## **8.2. Diseño de la Investigación**

El diseño metodológico se define como un estudio de caso múltiple y comparativo (Yin, 2014). Se seleccionaron dos casos de estudio, por sus características geográficas específicos y culturalmente diversas: comunidades indígenas del Alto Wangki y de la zona rural del municipio de Nandaime. Esta aproximación ha permitido examinar las particularidades de cada contexto, al tiempo de identificar patrones comunes y diferenciados en las experiencias de salud materna.

Esta elección estratégica permitirá:

- Examinar las particularidades de la salud materna, en cada contexto.
- Comparar las dinámicas de participación comunitaria.
- Identificar las tensiones y sinergias, entre los saberes locales y las prácticas institucionales.

## **8.3. Población y Muestra**

La población de estudio está compuesta por los actores clave en el proceso de salud materna dentro de las comunidades seleccionadas. El muestreo será de tipo intencional o por conveniencia, seleccionando a los participantes en función de su rol y experiencia específica.

Los informantes clave del estudio serán:

- Mujeres en edad reproductiva con experiencias de embarazo y parto en los últimos cinco años.
- Parteras tradicionales y/o curanderas reconocidas en sus comunidades.
- Brigadistas de salud y líderes comunitarios con participación activa en la gestión de la salud local.
- Personal de salud (médicos, enfermeras) que brinda atención en las zonas de estudio.



La selección de estos perfiles permitió obtener una visión holística de la atención materna, desde la vivencia de las mujeres hasta el rol de los sistemas de apoyo y los saberes locales.

#### **8.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos**

Las técnicas e instrumentos de recolección de la información se realizó entre los meses de noviembre de 2018 y junio de 2019. Para la recolección de información cualitativa, se utilizaron las siguientes técnicas e instrumentos, diseñados para "recuperar las voces" y visibilizar las experiencias situadas de los participantes:

- Entrevista semiestructurada, guiada por pautas flexibles que permitieron explorar en profundidad las experiencias personales, las percepciones de los actores claves, los desafíos y los aciertos en el proceso de salud materna.
- Observación participante: técnica fundamental para comprender las prácticas cotidianas, las interacciones sociales y las dinámicas de poder que configuran la atención materna en los contextos de estudio.
- Revisión documental de políticas nacionales, normativas y registros oficiales.

#### **8.5. Consideraciones Éticas**

La investigación se ajusta a principios éticos establecidos por el Comité de Ética Institucional del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSA) y del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES-UNAN Managua). Siguió principios éticos rigurosos para garantizar respeto, autonomía y dignidad de los participantes, incluyó:



- Consentimiento informado de cada participante, asegurando la comprensión de los objetivos del estudio, su participación voluntaria y el derecho a la confidencialidad.
- Confidencialidad y anonimato, protegiendo la identidad de las y los participantes, utilizando códigos en la presentación de los resultados para garantizar la confidencialidad de la información.
- Retorno de la información, en coherencia con el enfoque de justicia social y participación comunitaria. Está prevista la devolución de los resultados del estudio, a las comunidades de forma accesible y oportuna.

## **8.6. Plan de Análisis de Datos**

El análisis de la información cualitativa se realizó mediante un análisis temático. Se seguió un proceso iterativo de codificación y categorización de los datos obtenidos de las entrevistas y notas de campo. Este proceso permitió identificar los temas centrales que emergen de los relatos de los participantes, relacionándolos con los conceptos teóricos de género, interculturalidad y salud colectiva para dar cuenta de la complejidad de la atención materna en los contextos de estudio.

Se elaborarán guiones diferenciados para cada grupo de participantes, atendiendo sus roles, contextos y experiencias. Además, se elaboró un guión para la observación participante. La guía de entrevista semiestructurada para cada uno de los actores claves (mujeres embarazadas, líderes comunitarios y personal de salud) y el guión de la observación participante, se adjuntan en los anexos.



## **8.7. Apoyo digital en la elaboración del Informe.**

Como parte del proceso metodológico, se incorporó el uso de herramientas de inteligencia artificial, sobre todo para fortalecer la estructura y edición del documento. Particularmente se utilizó Microsoft Copilot en la estructura lógica y coherente, edición técnica y estilista del capítulo del Marco teórico. Este apoyo se integró respetando los principios éticos, rigor académico y, en todo momento, fue supervisado por la investigadora principal.

### **Nota metodológica**

Este estudio se enmarca en un enfoque cualitativo, orientado a comprender las dinámicas de participación comunitaria en salud materna desde las voces de mujeres embarazadas, actores comunitarios y personal de salud en el municipio de Nandaime y el territorio de Alto Wangki. El estudio se desarrolló con una muestra intencionada, que respondió a criterios de diversidad territorial, pertinencia cultural y experiencia directa en procesos de salud materna comunitaria, que no buscó representar estadísticamente a la población nacional, pero sí identificar patrones, tensiones y aprendizajes significativos en contextos diversos.

En este sentido, los hallazgos deben leerse como una contribución situada que sienta bases para futuras investigaciones comparativas o ampliadas, tanto en otros territorios de Nicaragua como en países con condiciones socioculturales similares. Esta perspectiva reconoce el valor de la investigación cualitativa como generadora de hipótesis, comprensiones profundas y propuestas contextualizadas para el fortalecimiento de políticas públicas sensibles a la diversidad territorial y cultural.



## 8.8. Descriptores de Objetivos

Objetivo específico	Descriptor temático	Subtema orientativo	Técnica e instrumento
1. Examinar los factores socioculturales, económicos y de género que configuran las experiencias de salud materna de las mujeres en Alto Wangki y Nandaime.	- Contexto territorial - Condiciones materiales y simbólicas	- Acceso a servicios - Desigualdades estructurales	- Revisión documental. - Observación participante.
2. Identificar a los actores comunitarios involucrados en la atención materna y describir sus prácticas, saberes y formas de articulación con el sistema de salud.	- Tipología actores comunitarios - Saberes locales y prácticas de cuidado - Relación con el sistema institucional	- Función de parteras, brigadistas y líderes comunitarios. - Reconocimiento institucional y comunitario. - Tensiones y sinergias entre saberes	- Entrevista a actores claves/ Guión de la entrevista a líderes comunitarios y al personal de salud.
3. Analizar las percepciones de las mujeres embarazadas y sus familias sobre el acceso, la calidad y la pertinencia cultural de los servicios de salud materna.	- Experiencias de atención institucional - Barreras estructurales y simbólicas - Roles de género y autonomía reproductiva - Prácticas culturales y creencias sobre el parto - Valoración de la atención recibida	- Percepción de atención en salud, del respeto a la cultura y autonomía - Expectativas y miedos frente al parto.	- Entrevista a mujeres embarazadas/ Guión de la entrevista a las mujeres embarazadas.
4. Comparar los procesos de participación comunitaria en ambos territorios, destacando sus fortalezas, limitaciones y potencial transformador.	- Modalidades de participación - Factores facilitadores y limitantes - Impacto en la atención materna	- Redes comunitarias activas - Espacios de diálogo con el sistema de salud	- Análisis comparativos de los instrumentos aplicados.
5. Proponer recomendaciones orientadas a fortalecer la participación comunitaria con enfoque de género e interculturalidad.	- Estrategias de articulación - Reconocimiento de saberes locales - Políticas sensibles al territorio	- Recomendaciones, a partir del análisis comparativo de buenas prácticas (literatura + experiencias locales).	Sistematización de los hallazgos/ Matriz de recomendaciones. - Diálogo reflexivo/ Informe analítico.

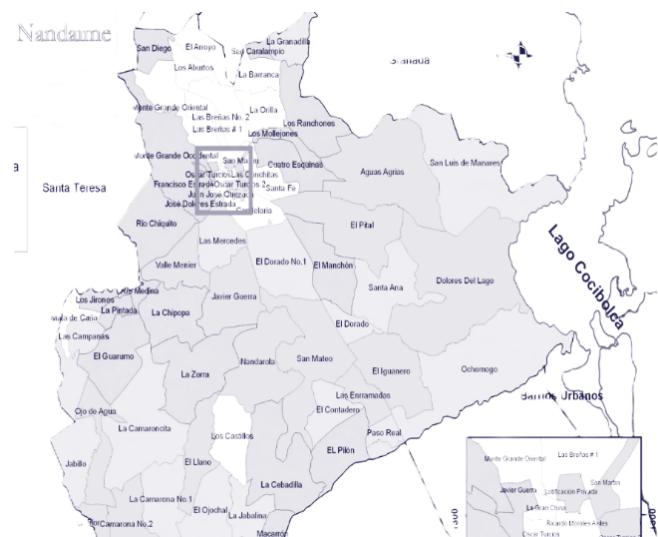


## **IX. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## **9.1. Factores socioculturales, económicos y de género que configuran las experiencias de salud materna de las mujeres en Alto Wangki y Nandaime.**

### **9.1.1. Nandaime.**

Nandaime, es un municipio del departamento de Granada, en la región del pacífico sur de Nicaragua. Tiene una extensión territorial de 372 km<sup>2</sup> y una población estimada para el año 2025, de 42,423 habitantes.



Se distingue por su origen chorotega e identidad comunitaria que combina tradición agrícola, religiosidad popular y dinámicas urbanas emergentes. Su nombre proviene del vocablo indígena que significa “lugar de abundantes arroyos”, lo que refleja la estrecha relación histórica de la población con el agua y el territorio.

La población nandaimeña es de 42 mil habitantes aproximadamente, se distribuye de manera equilibrada entre el área urbana y la rural, generando una dualidad que se expresa en las prácticas sociales y culturales. En el ámbito rural, la vida comunitaria se organiza alrededor de la producción agrícola —café, cacao, granos básicos y ganadería—, mientras que en el área urbana se consolidan servicios, comercio y actividades educativas que dinamizan la vida local.

La cultura de Nandaime se nutre de un fuerte sincretismo religioso. Las festividades patronales en honor a Santa Ana y San Joaquín constituyen momentos de cohesión



social, donde se entrelazan procesiones, música filarmónica, bailes folklóricos y gastronomía tradicional basada en el maíz y el cacao. Estas celebraciones refuerzan el sentido de pertenencia y la identidad colectiva.

El municipio conserva además un patrimonio natural significativo, como las lagunetas de Mecatepe y sus aguas termales volcánicas, que se integran a las prácticas de ecoturismo y turismo de salud. Este entorno natural, junto con la memoria histórica indígena, fortalece la percepción de Nandaime como territorio con potencialidades culturales y ambientales.

En términos socioculturales, Nandaime se caracteriza por una identidad híbrida: combina raíces indígenas, tradición campesina y procesos de modernización urbana. Entre sus potencialidades destacan el capital social comunitario, la riqueza cultural y la diversidad de recursos naturales. Sin embargo, enfrenta desafíos como la migración juvenil hacia centros urbanos mayores, inclusive fuera del país (Costa Rica y Estados Unidos de América, principalmente), la presión sobre los recursos naturales y la necesidad de fortalecer la gobernanza local.

La economía de Nandaime está fuertemente basada en la agricultura, que constituye la principal fuente de empleo y el motor de la economía local. Las actividades más importantes incluyen el cultivo de granos básicos como el maíz, el frijol y el arroz, así como la producción de caña de azúcar y plátanos para la exportación.

Un pilar fundamental de la economía local es el matadero Industrial Comercial San Martín S.A. Esta empresa genera más de 1,000 empleos directos y formales, lo que proporciona una estabilidad económica superior a la de la agricultura de subsistencia o el comercio informal. La planta, que ha operado desde 1975, es un actor clave en la industria cárnica nicaragüense y un importante exportador de carne bovina a mercados de Centroamérica, Estados Unidos, Asia y Europa. Además, su



red de más de 2,000 proveedores ganaderos fomenta la producción en la región, creando un ciclo económico beneficioso. La empresa también ha invertido en proyectos de sostenibilidad, como la generación de biogás a partir de desechos de ganado.

A pesar de estas actividades formales, la oferta de empleo es limitada y no satisface la demanda de una población en crecimiento. Por ello, otras fuentes de ingreso son esenciales, incluyendo:

- Comercio local y emprendimientos: El comercio se ha dinamizado gracias a las remesas, y muchas familias inician pequeños negocios como pulperías o salones de belleza.
- Ganadería menor y trabajo informal: La crianza de animales de traspatio y actividades como la venta ambulante o el servicio de taxi complementan los ingresos familiares.

La migración ha tenido un impacto significativo en la economía del municipio. Las remesas se han convertido en una de las principales fuentes de ingresos, no solo para cubrir gastos básicos como alimentación, educación y salud, sino también para invertir en la construcción de viviendas y la creación de pequeños negocios. Este flujo de capital ha contribuido a reducir la pobreza, mejorar la calidad de vida y estimular el consumo local. La migración, por lo tanto, se ha transformado en una estrategia de subsistencia y desarrollo para muchas familias de Nandaime.



### **9.1.2. Territorio Indígena del Alto Wangki y Bocay.**

El Territorio Indígena de Régimen Especial del Alto Wangki y Bocay constituye uno de los territorios indígenas más relevantes de Nicaragua, tanto por su ubicación estratégica dentro de la Reserva de la Biosfera de Bosawás como por la riqueza cultural y étnica que lo caracteriza. Su población, conformada por pueblos originarios Mayangna y Miskitu junto con comunidades mestizas y campesinas, refleja una diversidad que se articula en torno a la defensa del territorio, la preservación de la naturaleza y la construcción de identidades colectivas resilientes.

Sin embargo, esta región enfrenta condiciones de alta vulnerabilidad socioeconómica, aislamiento geográfico y discriminación estructural, lo que hace imprescindible una caracterización integral que permita comprender sus dinámicas históricas, sociales y culturales, así como los retos que persisten en educación, salud, gobernanza y equidad de género.

Este mapa ilustra el territorio indígena de Régimen Especial (TIRE) del Alto Wangki y Bocay, que abarca partes de los departamentos de Jinotega, Matagalpa y Chontales. El territorio es bañado por tres ríos principales: el Río Coco (Wangki), el Río Lakus y el Río Bocay. Se detallan las comunidades indígenas y mestizas que habitan el área, incluyendo: Wangki, Kipala, Pueblo Nuevo, Kipala Viejo, Umenon, Sotipacá, Sotipacá Viejo, Tumapán, Kishsi, Yajones, Kadabos, Sakarimang, Sotipacá, Nandres, Brikrupas, Tukupas, San Andrés, Petén Blanco, Samaka, Palmarito, Amak Sub Sede Territorio MSB, Ralit/Sub sede de Territorio IGT/RBW/BWB, San José de Bosava Vieja, Apoles, Pariak, Muhuan, Krieng, Parato, Sotipacá, Ospetaca, Kukururata, Pu, Sotipacá, Wangki, Lida Vieja, Yelvera, Saksay, Kipala Vieja, Tiba Lutiga, Wakata, Wakaná, Awe Asubka, Pura Maya, Pura Igua, Pura Té, Quera Verde, Río Wangki, Río Lakus y Río Bocay. La escala del mapa es de 1:100 km.

El Alto Wangki y Bocay se ubica dentro de la Reserva de la Biosfera de Bosawás, en el límite con Honduras y el departamento de Jinotega. Esta localización estratégica restringe el uso de sus recursos naturales, en función de garantizar la preservación de la Reserva. Con una extensión de 3,790 km<sup>2</sup> y una población aproximada de 30,000 habitantes distribuidos en 48 comunidades rurales, el territorio presenta una densidad poblacional de apenas 10 habitantes por km<sup>2</sup>. Del total, el 51% son hombres y el 41% mujeres en edad fértil (15-49 años).



La región enfrenta una realidad marcada por la vulnerabilidad, la inseguridad territorial y la discriminación estructural. Se distingue, sin embargo, por su diversidad étnica y cultural, conformada principalmente por pueblos originarios Mayangna y Miskitu, junto con poblaciones mestizas y campesinas asentadas desde el siglo XX. Esta pluralidad se refleja en la coexistencia de lenguas —mayangna, miskitu y español— y en la construcción de identidades híbridas que, pese a las tensiones históricas, han generado dinámicas de convivencia y resiliencia comunitaria.

La memoria colectiva está profundamente marcada por los desplazamientos forzados de la década de 1980, cuando muchas comunidades fueron reubicadas fuera de su territorio ancestral. El retorno posterior implicó procesos de reconstrucción identitaria y el fortalecimiento de estructuras propias de gobernanza, como los Gobiernos Territoriales Indígenas (GTI), reconocidos por la Ley de Autonomía de la Costa Caribe y legitimados por la práctica comunitaria. Estas instancias, junto con asociaciones locales, constituyen hoy pilares de organización social y defensa de los derechos colectivos.

En el plano socioeconómico, el aislamiento geográfico limita el acceso a servicios básicos y restringe la inserción en los mercados nacionales. La economía se sustenta en actividades de subsistencia —agricultura, pesca y aprovechamiento forestal—, lo que, sumado a la escasa infraestructura, se traduce en altos niveles de pobreza y vulnerabilidad. Por ello, la región ha sido priorizada en programas de seguridad alimentaria y desarrollo sostenible impulsados por organismos nacionales e internacionales.

La vida cultural se articula en torno a una estrecha relación con la naturaleza, donde el bosque, el río y la tierra constituyen ejes materiales y espirituales. Las prácticas rituales, las festividades comunitarias y la educación intercultural bilingüe refuerzan la cohesión social y la transmisión de saberes tradicionales. En este sentido, la cosmovisión indígena aporta un marco de justicia cognitiva que contrasta con los



modelos externos de desarrollo, planteando la necesidad de reconocer y valorar los conocimientos locales como parte de la construcción de políticas públicas.

Actualmente, los principales retos socioculturales incluyen el fortalecimiento de la gobernanza comunitaria, la promoción de liderazgos juveniles y femeninos, el acceso equitativo a servicios de salud y educación —con especial énfasis en la salud materna— y la defensa del territorio frente a presiones externas como la colonización mestiza y la explotación de recursos naturales. En síntesis, el Alto Wangki-Bocay constituye un espacio de gran riqueza cultural y diversidad étnica, pero también de alta vulnerabilidad socioeconómica, donde la organización comunitaria y la identidad colectiva son fundamentales para enfrentar los desafíos del presente y proyectar un futuro de equidad y autonomía.

Históricamente, la región ha enfrentado serias limitaciones educativas. En 2005, la tasa de analfabetismo en la Región Autónoma del Atlántico Norte alcanzaba el 36% para la población mayor de 10 años, cifra significativamente más alta que el promedio nacional (20.5%). En las zonas rurales, el porcentaje ascendía al 45%. Para revertir esta situación se han implementado políticas de educación intercultural bilingüe y alfabetización en lenguas nativas. En 2019, el territorio contaba con 71 centros educativos y 204 maestros para atender a 4,864 alumnos en los niveles de preescolar, primaria y secundaria. Ese mismo año se inauguró una Universidad Indígena que ofrece el Programa Académico Universidad en el Campo (PAUC) de la Universidad Nacional Agraria.

A pesar de estos avances, los niveles de escolaridad siguen siendo precarios. La deserción escolar en 2019 fue del 15% en total, con un 19.8% en primaria y 21.4% en secundaria, siendo los hombres quienes presentan mayor abandono. Entre los factores que contribuyen a esta situación destacan la falta de centros educativos, la escasez de docentes bilingües y la necesidad de que los niños participen en el sustento familiar mediante tareas agrícolas y domésticas.



Con respecto a la salud, el Alto Wangki-Bocay se rige por un Modelo de Atención en Salud Intercultural, cuya implementación se ve limitada por la lejanía geográfica de las comunidades. El territorio enfrenta una marcada escasez de servicios y personal: apenas 21 profesionales, de los cuales 5 son médicos generales. Las principales causas de morbilidad y mortalidad son enfermedades infecciosas, facilitadas por la falta de agua potable y saneamiento. La ausencia de personal que domine las lenguas miskitu o mayangna, junto con el desconocimiento de la cosmovisión indígena por parte de los médicos occidentales, genera barreras de comunicación y desconfianza. En este contexto, la medicina tradicional y los médicos tradicionales —como el Sukia o Ditalyang—, así como las parteras, desempeñan un papel central. De facto, el sistema funciona como un modelo híbrido, donde la población depende tanto de las escasas unidades de salud como del arraigado sistema de medicina tradicional.

El acceso a tierra segura y productiva constituye el principal desafío para las comunidades indígenas del Alto Wangki. La invasión masiva de colonos no indígenas ha provocado deforestación, contaminación de ríos y pérdida de biodiversidad, generando conflictos violentos y desplazamientos forzados que amenazan la supervivencia física y la estructura social de las comunidades.

Los indicadores socioeconómicos reflejan una pobreza multidimensional y una marginalización histórica. La mayoría de las comunidades viven en pobreza extrema y dependen de la agricultura de subsistencia, la caza y la pesca. La falta de infraestructura —carreteras, electrificación y servicios básicos— limita severamente el desarrollo económico.

La división sexual del trabajo está profundamente arraigada en la cultura miskitu y mayangna. Las mujeres se encargan de las tareas domésticas, el cuidado de los hijos y el cultivo para el autoconsumo, un trabajo no remunerado pero esencial para la supervivencia familiar. Los hombres se dedican a la caza, pesca y tala. Sin



embargo, la invasión de colonos y la destrucción ambiental han desestructurado estos roles, dificultando las actividades de los hombres como proveedores y aumentando la carga de trabajo de las mujeres. Estas enfrentan una doble carga derivada de la pobreza y de la responsabilidad desproporcionada del cuidado, sin acceso a servicios de salud esenciales, lo que las sitúa en el epicentro de la crisis humanitaria y ecológica de la región.

Las características socioculturales del Alto Wangki y Bocay revela un territorio de contrastes: por un lado, una riqueza cultural y étnica que se expresa en la preservación de lenguas, prácticas tradicionales y estructuras de gobernanza indígena; por otro, una profunda vulnerabilidad socioeconómica marcada por la pobreza extrema, la precariedad educativa y sanitaria, y la presión constante sobre sus recursos naturales. La resiliencia comunitaria y la identidad colectiva se consolidan como pilares para enfrentar los desafíos actuales, mientras que la equidad de género, la participación juvenil y el reconocimiento de los saberes locales emergen como claves para proyectar un futuro más justo y sostenible. En este sentido, el Alto Wangki no solo representa un espacio de resistencia cultural, sino también un escenario prioritario para la construcción de políticas públicas que integren justicia cognitiva, desarrollo comunitario y preservación ambiental.



**Tabla 3: Fortalezas, Oportunidades y Desafíos en Nandaime y Alto Wangki y Bocay**

	Nandaime	Alto Wangki y Bocay
<b>Fortalezas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Economía agrícola diversificada (granos, caña, plátano).</li> <li>- Presencia de empleo formal directo.</li> <li>- Remesas dinamizan comercio y pequeños emprendimientos.</li> <li>- Mayor acceso a servicios de salud y educación que territorios rurales remotos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocimiento legal como Territorio Indígena de Régimen Especial.</li> <li>- Presencia de medicina tradicional (parteras, sukias, ditalyang).</li> <li>- Educación intercultural bilingüe y apertura de Universidad Indígena (PAUC-UNA).</li> <li>- Fuerte cohesión comunitaria y preservación cultural.</li> </ul>
<b>Oportunidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprovechamiento de remesas en la diversificación económica y proyectos comunitarios.</li> <li>- Potenciar la articulación entre sector privado (San Martín) y programas sociales.</li> <li>- Posibilidad de fortalecer participación comunitaria con base en escuelas, iglesias y asociaciones locales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidar Modelo Híbrido de Salud Intercultural, articular saberes tradicionales y biomédicos.</li> <li>- Desarrollar programas de educación bilingüe sólidos.</li> <li>- Potencial para proyectos de desarrollo sostenible ligados a la biodiversidad (ej. ecoturismo, agricultura forestal).</li> </ul>
<b>Desafíos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferta laboral limitada frente a la demanda de una población en crecimiento.</li> <li>- Persistencia del trabajo informal y baja seguridad social.</li> <li>- Dependencia excesiva de remesas como estrategia de subsistencia.</li> <li>- Vulnerabilidad a fluctuaciones de precios agrícolas y migración.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inseguridad territorial por invasión de colonos, deforestación y violencia.</li> <li>- Altos niveles de pobreza multidimensional y exclusión histórica.</li> <li>- Débil infraestructura: caminos, agua potable, electrificación y saneamiento.</li> <li>- Sistema de salud precario: escasez de médicos, barrera lingüística y cultural.</li> <li>- Alta deserción escolar y falta de docentes bilingües.</li> <li>- Sobrecarga de género en mujeres indígenas en medio de crisis ecológica y social.</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 3 muestra que, aunque la participación comunitaria en Nandaime y Alto Wangki, adopta formas distintas, su fortaleza clave radica en la confianza y la capacidad de sostener cuidados desde la vida cotidiana de las familias.

En Nandaime, la participación comunitaria se articula principalmente a través de espacios institucionales y redes locales como escuelas, iglesias y asociaciones. Estas instancias permiten que las familias, especialmente las mujeres, encuentren canales de organización y apoyo en torno a la salud materna. La economía agrícola diversificada, el acceso parcial a empleo formal y la llegada de remesas generan un



entorno donde las iniciativas comunitarias pueden sostenerse con cierta estabilidad. Sin embargo, esta participación se enfrenta a limitaciones estructurales: oferta laboral insuficiente frente a la demanda de una población en crecimiento, persistencia del trabajo informal y seguridad social baja. Aun así, la cercanía relativa a servicios de salud y educación otorga a Nandaime una ventaja comparativa frente a territorios más aislados, lo que abre oportunidades para fortalecer la articulación entre comunidad e institucionalidad.

En Alto Wangki y Bocay, la participación comunitaria se sostiene en la cohesión cultural y en la legitimidad de los saberes tradicionales. Las parteras Sukias y Mayagnas representan figuras centrales en la atención materna, integrando prácticas ancestrales con acompañamiento emocional y social. La educación intercultural bilingüe y la apertura de la Universidad Indígena (PAUC-UNA) refuerzan la agencia comunitaria y el liderazgo indígena, mientras que la organización territorial fortalece la vigilancia social y la defensa de derechos. No obstante, los desafíos son profundos: inseguridad territorial por invasión de colonos, deforestación y violencia; pobreza multidimensional; infraestructura precaria; y un sistema de salud debilitado por la escasez de médicos y las barreras lingüísticas. En este contexto, la participación comunitaria emerge como estrategia de resiliencia frente a la exclusión histórica.

Las similitudes entre ambos territorios se encuentran en la confianza depositada en actores locales y en el rol protagónico de las mujeres como motor de la participación. Tanto en Nandaime como en Alto Wangki, las familias recurren a redes de apoyo —parteras, brigadistas, maestras, líderes religiosos— que ofrecen acompañamiento y sostienen la continuidad de los cuidados. Sin embargo, las diferencias son notables: en Nandaime, la participación se apoya en nodos institucionales y económicos, mientras que en Alto Wangki se fundamenta en la legitimidad cultural y en estructuras comunitarias indígenas. Estas diferencias muestran que la participación



comunitaria no es homogénea, sino que responde a las condiciones históricas, sociales y territoriales de cada lugar.

Lo positivo de cada experiencia ofrece insumos para pensar un modelo híbrido de salud materna. De Nandaime se puede retomar la articulación con servicios de salud, el uso de casas maternas y la capacidad de las escuelas e iglesias como plataformas de organización. De Alto Wangki, la legitimidad de los saberes tradicionales, la gobernanza indígena y la pertinencia cultural de la atención son fortalezas que deben ser reconocidas y formalizadas. La combinación de estas experiencias permitiría diseñar un modelo que integre eficiencia institucional con pertinencia cultural, asegurando que las mujeres tengan voz efectiva en la toma de decisiones y que las familias encuentren acompañamiento integral en la gestión de la salud materna.

En síntesis, la comparación entre Nandaime y Alto Wangki revela que la participación comunitaria es un eje central de la salud materna, aunque adopta formas distintas según el territorio. En Nandaime, la institucionalidad y la economía local ofrecen bases para la organización; en Alto Wangki, la cultura y la cohesión comunitaria sostienen la resiliencia frente a la exclusión. Reconocer estas fortalezas y articularlas en un modelo híbrido permitirá avanzar hacia un sistema de salud materna más equitativo, intercultural y transformador, donde la cultura, la participación y el empoderamiento comunitario sean los pilares de la equidad reproductiva y la justicia social.



## **9.2. Actores involucrados en la atención de la salud materna en Nandaime y Alto Wangki.**

### **9.2.1. Actores comunitarios.**

Los testimonios de las entrevistadas reflejan una diversidad de perfiles comunitarios vinculados a la atención materna, incluyendo parteras, brigadistas y lideresas. Estos perfiles permiten comprender la diversidad de sus roles en la comunidad: como depositarias de los saberes tradicionales, promotoras de salud y organizadoras sociales. Estos actores construyen su legitimidad a partir de saberes tradicionales, aprendizajes intergeneracionales y experiencias de servicio comunitario.

Una partera de Nandaime expresó:

*“Uhhh, desde que tenía como 20 años... Tenía una tía que también practicaba la medicina natural y de ella aprendí. (...) A las embarazadas les doy masajes con pomaditas que ayudan a acomodar bien al niño, les doy sus tecitos, les ayuda a relajarse”* (Partera, Nandaime, 61 años).

#### **a. Parteras “Guardianas del Saber Tradicional y Emocional”.**

➤ **Nandaime (Partera-Curandera de 61 años de edad):** Destaca por su autonomía y el uso de saberes tradicionales y recursos fitoterapéuticos. Ofrece masajes para "acomodar bien al niño", pomadas y "tecitos" para relajar a las embarazadas, además de administrar purgas. Esta parte mantiene una distancia y desconfianza con el sistema de salud.

➤ **Alto Wangki (Partera de 41 años de edad):** Su trabajo resalta la dimensión emocional y de consejería. Las mujeres confían en ella para escuchar y curar sus dolores, incluyendo problemas familiares o de pareja. También utiliza el uso de plantas medicinales. En Alto Wangki, la partera tiene una coordinación parcial con



el MINSA, llegando a acompañar a las mujeres a la Casa Materna cuando se lo solicitan.

*A las embarazadas les doy masajes con pomaditas que ayudan a acomodar bien al niño, les doy sus tecitos, les ayuda a relajarse”*

(Partera, Nandaime, 61 años).

Las parteras destacan que la transmisión intergeneracional de saberes muestra cómo las prácticas culturales sostienen la atención materna. Los masajes y “tecitos” no son simples remedios caseros, sino que son parte de un sistema de salud tradicional que integra cuerpo, cultura y confianza. Este saber local se legitima en la comunidad, aunque es frecuentemente desvalorizado por el sistema biomédico.

*“Aquí en mi casa tengo todo, la medicina que voy a aplicar, la purga, las pomadas, todo pues... (Partera, Nandaime, 61 años).*

Así mismo, las parteras enfrentan barreras estructurales (infraestructura, distancia, falta de insumos) y simbólicas, en tanto sus saberes son desvalorizados e invisibilizados. En ocasiones, se ven obligadas a sostener la atención con recursos propios, lo que refleja la insuficiencia institucional y la carga que asumen las comunidades. A la vez que, su afirmación reivindica autonomía y legitimidad frente a un sistema que no provee lo necesario.

No obstante, tienen una disposición al diálogo, pero también la percepción de que la apertura depende de la voluntad institucional, no de un reconocimiento equitativo. Reconocen la asimetría de poder entre los saberes biomédicos y comunitarios, y la necesidad de mecanismos formales de articulación.

*(...) pero si ellos quieren (los médicos) sí podemos trabajar juntos”*

(Partera, Alto Wangki, 41 años).



*“Las mujeres confían en mí porque yo las escucho y les curo sus dolores. También cuentan sus problemas de familia y pareja (...).*

Además, se pone en evidencia que la atención materna no es clínica solamente, sino también social y emocional *“Las mujeres confían en mí porque yo las escucho”*. La escucha activa y el acompañamiento de las parteras constituyen espacios de autonomía reproductiva y de resistencia frente a la invisibilización institucional de las necesidades emocionales y de género.

**b. Brigadistas y Líderes “Articulación y Organización”.**

- **Brigadistas (Nandaime, con 8 años de experiencia)**: Se enfocan en el seguimiento y referencia de embarazadas al puesto de salud. Su función incluye identificar a las mujeres, reportarlas a la doctora y realizar visitas para asegurar que asistan a sus consultas y solicitudes prenatales. Las brigadistas están integradas y reciben capacitación y apoyo del personal de salud.
- **Lideresas Comunitarias (Alto Wangki)**: Su principal aporte es la organización y el acompañamiento. Visitan a las embarazadas, organizan su traslado al puesto de salud o llevan al médico a la casa de la mujer en caso de dolores o sangrados. Esta figura presenta una buena articulación con el sistema de salud.



### **c. Organización del Sistema de Salud y Prácticas de Atención.**

La estructura de salud y sus prácticas varían drásticamente entre las dos localidades, influenciadas por la geografía y la infraestructura.

#### **- Nandaime: Cobertura y Estructura Consolidada.**

Posee una red de servicios consolidada que incluye un Hospital Primario, una Casa Materna, y 16 sectores de salud, además de una clínica de medicina natural y terapias complementarias.

El sistema se enfoca en el seguimiento cercano y la vigilancia, manteniendo actualizado el Censo Gerencia y el Plan Parto, y asegurando visitas para el control prenatal. El personal de salud reporta cero muertes maternas en la comunidad y el municipio debido al cuidado riguroso. El médico personal apoya la red comunitaria con capacitaciones y certificación a los brigadistas.

#### **- Alto Wangki: Limitaciones Geográficas y Respuestas Colectivas.**

La organización se apoya en tres puestos de salud y casas bases, con fuertes limitaciones geográficas. Cuentan con tres casas maternas. La coordinación y el apoyo logístico dependen fuertemente de los líderes locales, el Gobierno Territorial y la Iglesia, que proporcionan botes y combustible para el traslado de personales y pacientes.

Debido a las dificultades de acceso, el cumplimiento de los controles prenatales (APN) suele ser incompleto, a menudo logrando solo tres o cuatro controles. Se implementan brigadas médicas mensuales y el área está clasificada con riesgo elevado. La capacidad de respuesta colectiva de la comunidad y los líderes locales es crucial para movilizar a las mujeres en emergencias, a veces trasladándolas en bestia o bote.



Las brigadistas, por su parte, se centran en la identificación y seguimiento de embarazadas; en el caso de las lideresas comunitarias, éstas aportan desde la organización y acompañamiento:

*“Identifico a las mujeres embarazadas que viven en esta comunidad, se las reporto a la doctora del puesto de salud. (...) Voy a visitar a las embarazadas inasistentes, les platico de que tienen que ir a su consulta, hacerse sus exámenes para evitar problemas”* (Brigadista, Nandaime).

*“Visito a mujeres embarazadas, las traemos al puesto de salud (...) Si tienen dolores o sangrados las traemos al doctor o llevamos al doctor a casa de mujer”* (Lideresa, Alto Wangki, 38 años).

#### **d. Experiencias de coordinación comunitaria.**

Las experiencias son mixtas. Algunas parteras de Nandaime expresan autonomía y distancia frente al sistema de salud:

*“Aquí cerca hay un puesto de salud, las enfermeras y los doctores no creen en lo que yo hago, ni en la medicina natural (...) (...) siempre he hecho mi trabajo sola.* (Partera, Nandaime, 61 años).

Las brigadistas y lideresas comunitarias, en cambio, muestran una integración más estrecha:

*“Yo he recibido mucho apoyo de la doctora y la enfermera. Me capacitan, me enseñan otras cosas que yo no sabía; y siempre me dan mi lugar con la comunidad”* (Brigadista, Nandaime).



En Alto Wangki, la colaboración es fluida:

*“Cuando me pide la mujer o familia que quieren ir a Casa Materna, ellos llevan a la mujer... A veces me piden que acompañe y MINSA también acepta”* (Partera, Alto Wangki, 41 años).

#### e. Conflictos, tensiones y sinergias.

Los principales conflictos giran en torno a la falta de reconocimiento formal y la precariedad del trabajo comunitario.

*“No, el MINSA no nos paga, ni nadie pues, lo hago porque me gusta ayudar. (...) A veces tengo que pagar la recarga de teléfono para llamar a la doctora”* (Brigadista, Nandaime).

La partera de Nandaime reafirmó la tensión epistemológica:

*“Las enfermeras y doctores no creen en lo que hago, no creen en el mal de ojo, empacho, en nada creen”* (Partera, Nandaime, 61 años).

A pesar de las tensiones, emergen sinergias significativas. En Alto Wangki, la lideresa subrayó el impacto de la organización en la reducción de muertes maternas:

*“Entre más ayudamos a las mujeres más se cuidan y no mueren. Antes morían más... por estar embarazadas. Ahora no, cuidamos más y ellas saben que pueden ir a Casa Materna para que las cuiden”* (Lideresa, Alto Wangki, 38 años).



En Nandaime, las capacitaciones refuerzan la colaboración:

*“Me capacitan, me enseñan otras cosas que yo no sabía; y siempre me dan mi lugar con la comunidad”* (Brigadista, Nandaime).

#### **9.2.2. Personal de salud.**

En Nandaime se entrevistó a un médico responsable del Programa Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia (AIMNA) y a una licenciada en enfermería con más de tres décadas de servicio; mientras que en Alto Wangki participaron un médico general a cargo del puesto de San Andrés y una enfermera auxiliar comunitaria. Esta diversidad permitió recoger visiones complementarias sobre la organización del sistema de salud y el rol de la comunidad en la atención materna.

La red de servicios en Nandaime está consolidada, este municipio cuenta con un hospital primario, una casa materna y 16 sectores de salud.

*“Tenemos un hospital primario (...) con clínica de medicina natural y terapias complementarias. (...). Médico, Nandaime, 32 años.*

El personal de salud reconoce la participación comunitaria como “pilar” del modelo de atención del MINSA. En Nandaime, el médico municipal afirmó:

*“La red de brigadistas en las comunidades apoyan mucho el trabajo con las embarazadas (...) También las convencen si no quieren que las traigamos a la Casa Materna en Nandaime”.*

*“Hemos venido fortaleciendo la red comunitaria, con capacitaciones, entregándoles su certificado y desarrollando las acciones en las comunidades y sectores”* (Médico, Nandaime).



La enfermera añadió:

*“Con las embarazadas tenemos que llevar actualizado el Censo Gerencia, el Plan Parto, asegurar las visitas a las embarazadas para su seguimiento y control de atenciones prenatales. (...) En la comunidad, ni en Nandaime, la verdad, no hemos tenido muertes maternas, porque cuidamos mucho a nuestras mujeres”* (Enfermera, Nandaime, 49 años).

En contraste, en Alto Wangki la organización se apoya en tres puestos de salud y casas bases, con fuertes limitaciones geográficas. El médico relató:

*“Aquí tenemos tres territorios... en cada comunidad hay un líder o brigadista de salud que trabaja en coordinación con nosotros. (...) En una ocasión trajeron una mujer que se les había complicado después del parto y la partera venía con ella. Gracias a Dios pudimos trasladarla a Wiwilí y logró sobrevivir”* (Médico, Alto Wangki, 35 años).

La enfermera auxiliar enfatizó las dificultades para cumplir con los controles prenatales:

*“No es fácil los APN, es verdad, son cuatro los que piden... a veces damos cuatro o tres. (...) Cuesta mucho (dinero) llevar médicos a la comunidad. El Gobierno territorial apoya con botes y combustible, la iglesia apoya en la comunidad, MINSA apoya con doctor y medicina, pero no puede ir siempre”* (Enfermera, Alto Wangki, 28 años).



### **a. Experiencias de coordinación comunitaria.**

El personal de salud resalta la importancia de la movilización comunitaria para cuidar la salud de las mujeres embarazadas y sus hijos:

*“La red de brigadistas apoya mucho el trabajo con las embarazadas...  
También las convencen si no quieren que las traigamos a la Casa  
Materna en Nandaime”* (Médico, Nandaime).

Mientras que en Alto Wangki, la coordinación con líderes locales y la Iglesia se vuelve determinante:

*“Sin la participación de la comunidad sería más difícil el trabajo que se hace en salud (...). La Iglesia también ayuda en el trabajo que se realiza en las comunidades, el pastor habla con las personas, y ellos escuchan mucho al pastor. (...) Nos ayuda a convencer a los esposos para que dejen ir a sus esposas con los médicos hombres”* (Médico, Alto Wangki, 35 años).

### **b. Conflictos, tensiones y sinergias.**

En Nandaime, se identificó resistencia de algunas mujeres para acudir a la Casa Materna:

*“Algunas no quieren venir porque no quieren dejar a la familia. Le damos la opción que vengan con sus hijos pequeños o con el esposo, pero no siempre quieren”* (Médico, Nandaime).



En Alto Wangki, el conflicto está asociado a normas culturales de género:

*“En algunas comunidades los hombres no dejan ir a consulta a sus esposas, si el médico es hombre. Eso es un problema porque la mayoría de los médicos somos hombres”* (Médico, Alto Wangki).

En Nandaime, la enfermera subrayó:

*“La comunidad siempre participa, la familia de las embarazadas, a veces la mama, la suegra, el esposo, una hermana, es decir todos ayudan. Sin la ayuda de la comunidad y la familia fuera más difícil”*

(Enfermera, Nandaime, 49 años).

En Alto Wangki, la enfermera auxiliar destacó la capacidad de respuesta colectiva en situaciones críticas:

*“En 2011, hay una mujer (...) que casi muere. Pero la comunidad la sacó y llevó a Amak, ahí llevaron a Wiwilí y mujer no muere. Fue la comunidad que llevó a mujer hasta el puesto, en bestia, en bote, hasta que llegó y salvó”* (Enfermera, Alto Wangki, 28 años).



**Tabla 4: Estructura organizativa, prácticas, sinergias y conflictos entre el Sistema de Salud y la Participación Comunitaria.**

Aspecto	Nandaime	Alto Wangki
<b>Perfiles, Enfoques y Prácticas</b>	<p>Partera-curandera autónoma, usa masajes, pomadas y "tecitos" para relajar y "acomodar bien al niño"</p> <p>Brigadistas certificados, identifican y dan seguimiento a las embarazadas que no asisten a sus controles prenatales. Hacen referencia a los Puestos de Salud.</p>	<p>Partera emocional, consejera y fitoterapeuta, escucha y cura los dolores, funciona como una confidente de los problemas familiares o de pareja de las mujeres. Utiliza plantas medicinales.</p> <p>Líderes comunitarios organizados para garantizar el traslado de las embarazadas a los Puestos de Salud o para llevar al médico hasta la casa de las mujeres, en caso de una emergencia.</p>
<b>Relación con el MINSA.</b>	<p>Partera con poca coordinación con el MINSA, distante y en conflicto, opera sola, expresa que los doctores y enfermeras "no creen en lo que yo hago", incluyendo saberes como el "mal de ojo" o "empacho".</p> <p>Brigadistas con vínculos estrechos con el Sistema de Salud, reciben capacitación y apoyo "la doctora y enfermera, siempre me dan mi lugar con la comunidad". El principal conflicto es la ausencia de remuneración y tener que costear gastos como la recarga telefónica.</p>	<p>Partera en coordinación parcial con el MINSA, acompaña a las mujeres embarazadas a la Casa Materna cuando éstas o sus familias se lo piden, siempre con la aceptación del MINSA.</p> <p>Líderes tienen buena articulación con el MINSA. El impacto de su organización se asocia con la reducción de muertes maternas en el territorio.</p>
<b>Prevención de muertes maternas.</b>	No reportan muertes recientes; seguimiento estricto	Riesgo elevado; casos resueltos con movilización comunitaria
<b>Conflictos y tensiones.</b>	<p>Se presenta una desconfianza del personal biomédico hacia los saberes locales de las parteras, tales como la creencia en el "mal de ojo" o en el "empacho".</p> <p>Ausencia de remuneración para las brigadistas.</p>	<p>Falta de reconocimiento formal, desconfianza en medicina natural.</p> <p>Conflictos de género notables, ya que la resistencia de los esposos a que sus mujeres sean atendidas por médicos varones complica el acceso a la consulta, siendo la mayoría de los médicos hombres</p>
<b>Sinergias y colaboración.</b>	Capacitación de los brigadistas; la red de brigadistas es determinante para convencer a las embarazadas de asistir a la Casa Materna. Coordinación y apoyo de las autoridades municipales. Apoyo de las redes familiares (esposo, madre, tía, suegra, etc.).	Organización comunitaria, liderazgo religioso (el pastor ayuda a convencer a los esposos) y el acompañamiento familiar son esenciales, lo que ha permitido disminuir las muertes maternas gracias a la mayor organización y cuidado. La movilización comunitaria en situaciones críticas ha demostrado ser un factor clave en el salvamento de emergencias.

Fuente: Elaboración propia, en base a resultados de instrumentos aplicados (entrevistas a parteras, líderes comunitarios y personal de salud) en Nandaime y en Alto Wangki.



La Tabla 4 permite observar de manera comparativa cómo se configuran las prácticas, relaciones y tensiones entre los actores comunitarios y el sistema de salud en Nandaime y Alto Wangki. En ella se evidencian las diferencias en los perfiles de parteras, brigadistas y líderes comunitarios, así como los grados de articulación con el MINSA, las estrategias de prevención de muertes maternas y los conflictos que emergen en torno a la legitimidad de los saberes locales, la remuneración del trabajo comunitario y las dinámicas de género. Al mismo tiempo, la tabla muestra las sinergias que se generan a través de la capacitación, la organización comunitaria y el acompañamiento familiar, destaca que la participación comunitaria, aunque diversa y atravesada por tensiones, constituye un factor decisivo para la reducción de riesgos obstétricos y para la construcción de modelos de atención más equitativos e interculturales.

En Nandaime, la estructura organizativa de la participación comunitaria se caracteriza por la coexistencia de parteras autónomas y brigadistas certificados. Las parteras ejercen prácticas tradicionales como masajes, pomadas y “tecitos” para relajar y acomodar al niño, pero mantienen una relación distante y conflictiva con el sistema de salud, al sentirse deslegitimadas por los médicos y enfermeras. En contraste, los brigadistas comunitarios tienen vínculos estrechos con el MINSA, reciben capacitación y apoyo, y son reconocidos por la comunidad como actores clave en el seguimiento de las embarazadas. Empero, la ausencia de remuneración y la necesidad de cubrir gastos propios limitan su sostenibilidad. Esta dualidad muestra cómo la participación comunitaria en Nandaime oscila entre la autonomía cultural de las parteras y la integración parcial de los brigadistas al sistema formal.

En Alto Wangki, la participación comunitaria se sostiene en la legitimidad cultural y en la organización territorial. Las parteras cumplen un rol más amplio que el clínico: son consejeras emocionales y confidentes de las mujeres, atendiendo tanto dolores físicos como problemas familiares y de pareja. Su coordinación con el MINSA es parcial, acompañando a las embarazadas a la Casa Materna cuando la familia lo



solicita y siempre con la aceptación institucional. Los líderes comunitarios, por su parte, tienen buena articulación con el sistema de salud y su organización se asocia con la reducción de muertes maternas, especialmente en contextos de emergencia donde la movilización comunitaria resulta decisiva. Este entramado refleja un modelo de participación basado en la cohesión cultural y en la capacidad de respuesta comunitaria frente a la precariedad estatal.

En cuanto a la prevención de muertes maternas, Nandaime reporta un seguimiento estricto y ausencia de muertes recientes, lo que evidencia la efectividad de la red de brigadistas y la cercanía relativa a los servicios de salud. En Alto Wangki, en cambio, el riesgo es elevado y los casos se resuelven principalmente mediante la movilización comunitaria, lo que demuestra tanto la fragilidad del sistema institucional como la fortaleza de la organización local. Esta diferencia revela que la prevención depende de la articulación entre comunidad e institucionalidad: cuando existe coordinación y seguimiento, los resultados son más sostenibles; cuando la institucionalidad es débil, la comunidad asume la carga de salvar vidas en condiciones adversas.

Los conflictos y tensiones son transversales en ambos territorios, aunque con matices. En Nandaime, la desconfianza del personal biomédico hacia los saberes locales de las parteras genera fracturas en la colaboración, mientras que la falta de remuneración para brigadistas limita su motivación. En Alto Wangki, la desconfianza hacia la medicina natural y la ausencia de reconocimiento formal de las parteras reproducen exclusión cultural. Además, los conflictos de género son más visibles: la resistencia de los esposos a que sus mujeres sean atendidas por médicos varones complica el acceso a la consulta, mostrando cómo las normas patriarcales interfieren en la salud materna. Estos conflictos reflejan que la participación comunitaria enfrenta no solo barreras institucionales, sino también simbólicas y de género.



Finalmente, las sinergias y colaboraciones muestran el potencial transformador de la participación comunitaria. En Nandaime, la capacitación de brigadistas, el apoyo de autoridades municipales y las redes familiares son determinantes para convencer a las embarazadas de asistir a la Casa Materna. En Alto Wangki, la organización comunitaria, el liderazgo religioso y el acompañamiento familiar han permitido disminuir muertes maternas, demostrando que la movilización comunitaria en situaciones críticas es un factor clave de salvamento. En ambos casos, la participación comunitaria se convierte en un recurso indispensable para la gestión de la salud materna, aunque con expresiones distintas: en Nandaime, más vinculada al sistema formal; en Alto Wangki, más anclada en la cultura y la cohesión comunitaria. Esta comparación confirma que un modelo híbrido debe integrar las fortalezas de ambos territorios, articulando institucionalidad y saberes locales para garantizar equidad y pertinencia cultural en la atención materna.



### **9.3. Acceso, Calidad y Pertinencia Cultural de la Salud Materna, desde la percepción de las mujeres.**

El Alto Wagnki muestra un patrón territorial étnicamente diferenciado con respecto a Nandaime. Como se presenta en la Tabla 5, en San Andrés predominan mujeres Miskitas y Mayagna, mientras que en Mancarrón las participantes son principalmente mestizas. Esto refleja la segmentación socio-espacial de la población, donde la pertenencia étnica se encuentra vinculada al territorio (Dietz, 2017).

Tal situación no solo es un dato demográfico, sino que revela cómo la distribución espacial de los pueblos indígenas y mestizos está relacionada con condiciones históricas de acceso desigual a recursos y servicios.

**Tabla 5: Perfil sociodemográfico de mujeres embarazadas entrevistadas.**

Código	Territorio	Edad	Étnia	Escolaridad	Seguridad Social
M1	San Andrés	15	Miskita	Primaria completa	No tiene
M2	Mancarrón	19	Mestiza	Primaria completa	No tiene
M3	San Andrés	19	Miskita	Primaria completa	No tiene
M4	San Andrés	23	Miskita	Universitaria	No tiene
M5	San Andrés	25	Miskita	Secundaria completa	No tiene
M6	San Andrés	28	Miskita	Secundaria completa	Beneficiaria
M7	Mancarrón	28	Mestiza	Primaria completa	No tiene
M8	Mancarrón	32	Mestiza	Secundaria completa	Beneficiaria
M9	San Andrés	35	Miskita	Secundaria completa	No tiene
M10	San Andrés	38	Mayagna	Primaria completa	No tiene
M11	Mancarrón	40	Mestiza	Secundaria completa	Beneficiaria
M12	San Andrés	44	Mayagna	Primaria completa	No tiene

Fuente: Elaboración propia.



Las edades oscilan entre los 15 y 44 años, la edad promedio se sitúa en torno a los 28 años, lo que indica que se trata de una población relativamente joven, pero que incluye individuos de diferentes etapas de la vida, desde la adolescencia hasta la edad adulta. Esto permite identificar diferencias generacionales en términos de escolaridad y acceso a seguridad social. Mientras las más jóvenes presentan trayectorias truncadas de estudio, las adultas mayores enfrentan mayor exclusión laboral. Según Fraser (2008), estas desigualdades deben comprenderse como “injusticias de redistribución y reconocimiento”, las cuales se reproducen entre generaciones.

La mayoría de las mujeres solo logró completar la primaria (6 casos), cuatro concluyeron la secundaria, y apenas una alcanzó la universidad. Esta distribución muestra que, aunque existe cierto avance en acceso educativo, la continuidad hacia niveles superiores sigue siendo limitada. En el caso de mujeres indígenas, la barrera se acentúa: a pesar de los esfuerzos individuales, las oportunidades de inserción laboral calificada son mínimas, confirmando lo planteado por Walsh (2009) sobre la marginación educativa de mujeres indígenas en contextos rurales.

De las doce mujeres, solo tres acceden a seguridad social, todas mayores de 28 años y residentes en Mancarrón, identificadas como mestizas. Ninguna de las mujeres miskitas o mayagna cuenta con cobertura, aun cuando algunas lograron niveles educativos relativamente altos. Esta situación es crítica, ya que implica que la mayoría de estas mujeres carecen de acceso formal a servicios de salud, pensiones o protección ante riesgos sanitarios.

Esta situación refleja una doble exclusión: por etnicidad y por género. Como señalan Kabeer (2018) y Sen A. (2000), el acceso a derechos no depende únicamente del logro educativo, sino de estructuras de discriminación y desigualdad que restringen la conversión de capacidades en oportunidades reales.



De acuerdo con Crenshaw (1991), el análisis interseccional permite comprender que estas mujeres experimentan desventajas acumulativas:

- Por género, al tener menores posibilidades de empleo formal.
- Por etnicidad, ya que las mujeres indígenas quedan sistemáticamente fuera de la seguridad social.
- Por territorio, pues el acceso a beneficios laborales se encuentran en un solo lugar (Mancarrón).

En conjunto, los datos evidencian que la inclusión social en estos contextos no se garantiza con la sola expansión educativa, sino que requiere transformar los sistemas estructurales de exclusión que afectan a las mujeres indígenas y rurales. Los datos de la tabla reflejan cómo la combinación de territorio, etnicidad, género y nivel educativo define trayectorias desiguales en el acceso a derechos básicos.

La seguridad social, en particular, se presenta como un privilegio limitado a un grupo específico de mujeres mestizas, mientras que las mujeres indígenas permanecen al margen, incluso aquellas con educación universitaria. Esta situación refuerza la necesidad de políticas públicas interculturales y con enfoque de género, capaces de superar la fragmentación territorial y étnica en el acceso a la educación, al empleo formal y a la protección social.

#### **a. Experiencias y desafíos durante el embarazo.**

Las experiencias muestran un abanico de realidades atravesadas por factores geográficos, culturales, económicos y de género. Algunas mujeres refieren que no planificaron sus embarazos, ya sea por falta de acceso a métodos anticonceptivos, presión cultural o miedo a represalias familiares o de la pareja. Esto revela una fuerte limitación en la autonomía reproductiva, especialmente en comunidades rurales e indígenas.



M1: “no estaba usando ningún método... mi vivienda está lejos del Puesto de Salud (un día en bote, sobre el río) ... por eso no uso nada. Además, mi familia no sabía (que tenía relaciones sexuales con su novio) y, pues, me embaracé”.

M2: “yo estaba planificando con la inyección, pero el método me falló”.

M3: “yo no quería tener hijos, quería estudiar, pero mi mama me dijo que para qué estudiar, que ya era hora de tener mis hijos, es mejor tenerlos joven y no vieja”.

M10: “a él no le gusta que planifique, dice que eso es de mujeres malas. Yo tengo que planificar escondida de él, porque no le gusta. Pero me confundí y salí embarazada, así me llené de hijos, tengo cinco... La doctora dice que tengo que ponerme el aparato porque las pastillas y la inyección me hacen daño y puedo volver a quedar embarazada y por mi edad es de riesgo”.

La planificación familiar también es un tema recurrente. Varias mujeres expresan que no querían quedar embarazadas, pero no usaban métodos anticonceptivos por diversas razones, como la falta de conocimiento, el miedo a la reacción de sus padres, o la oposición de sus parejas. En el caso de una de las mujeres entrevistadas, el miedo a su esposo le impide usar anticonceptivos, a pesar de la recomendación de la doctora. La preferencia por los partos en casa con parteras es otra realidad. Muchas mujeres se sienten más cómodas y seguras con la atención tradicional, pero también reconocen la necesidad de asistencia médica, especialmente cuando se presentan complicaciones, como la hipertensión o abortos espontáneos.



El acceso a los servicios de salud aparece como un problema estructural, aunque algunas mujeres, tienen un puesto de salud relativamente cerca, para muchas otras el viaje es largo y difícil. La falta de un transporte confiable, largas distancias a pie y el mal estado de los caminos son obstáculos significativos que impiden el acceso regular a la atención prenatal.

Esto se agrava con la escasez de medicamentos, y en algunos casos, la ausencia de médicos en los puestos de salud, la mayoría de las veces solo hay enfermeras, y la sobrecarga de las casas maternas impactan directamente en la calidad de la atención. Sin embargo, se identifican experiencias positivas cuando las mujeres son atendidas de forma más cercana y respetuosa, por ejemplo, con visitas domiciliarias de brigadistas o enfermeras.

M1: “vivo cerca del Puesto de Salud (en la sede de San Andrés), a menos de media hora en camino de tierra... si está lloviendo en bestia.

*Los caminos están en mal estado, sobre todo cuando llueve. A veces viajo en bote, pero en verano es igual de difícil, el río está seco y no se puede navegar. y cuando vengo (al Puesto de Salud) no hay medicina o el médico está en Wiwilí, entonces mejor no voy o espero que el doctor venga a mi comunidad”.*

M2: “Mi comunidad está cerca del Puesto de Salud de Ochromogo, tarde 1 hora caminando, a veces me dan raid en moto, pero igual no siempre encuentro a la doctora... me dicen que tengo que ir hasta Nandaime (al Hospital Primario) y eso es otra cosa, tengo que pagar un bus y perder un día entero en consulta. A veces ni me dan medicina, por eso a veces la pienso para ir”.

M9: “vivo del otro lado del río, así que para ir al Puesto de Salud tengo que irme en un bote, el viaje dura tres horas hasta San Andrés (Puesto



*de Salud más cercano), claro si estamos en invierno, en verano es otra cosa... El doctor llega a la comunidad y se trae a las embarazadas a la Casa Materna de San Andrés.”*

M10: “*las enfermeras y los médicos atienden bien a las embarazadas, nosotras pasamos primero y nos tratan bien, nos hacen exámenes... yo volvería ir a la unidad de salud. Cuando las embarazadas se complican las llevan en bote hasta Wiwilí, así, la familia no tiene que pagar. Si la mujer no puedo llegar hasta el Puesto (se refiere al Puesto de Salud), la Brigadista llega hasta la comunidad”.*

M12: “*a mi me gusta ir a la Casa Materna en San Andrés, nos tratan bien, y el médico está cerca por si tengo alguna complicación. A Wiwilí no me gusta ir, nos tratan diferente por venir de Wangki, nos separan de las otras mujeres mestizas... y es diferente allá, yo quiero mejor en San Andrés”.*

El acompañamiento familiar es un factor clave, para algunas es una red de apoyo constituida por su compañero, madre o tía, mientras que para otras representa un obstáculo o ausencia. En los casos donde existe apoyo de la pareja y familia, las mujeres expresan mayor tranquilidad y sentido de respaldo.

M4: “*mi novio me acompañó siempre a las consultas y a Wiwilí... mi mama me apoyó también, aunque ella estaba enojada conmigo por que salí embarazada... el que siempre estuvo enojado fue mi papa, pero bueno creo que se le tiene que pasar algún día.*



M3: *Como era mi primer hijo yo prefería que siempre me acompañara mi mama o la partera, porque ellas tiene más experiencia y me podían ir explicando... Además, mi novio se ponía nervioso y me pasaba los nervios*".

M7: "cuando salí embarazada el papa de mi hijo me dejó, mi mama también se enojo y, todavía, no me habla... la única que me apoya es una tía. Ella me alistó con cositas para la niña y me ayuda. Ahorita tuve que trabajar aunque la niña esté pequeña... mi tía me la cuida hasta que vengo del trabajo, así tiene que ser no tengo apoyo de nadie más".

M11: "yo siempre ando sola en la consulta, a veces me llevo a la niña (se refiere a su hija menor), mi compañero tiene que trabajar y no le da tiempo de andar conmigo... mis hijos mayores no son de él (se refiere a su compañero), y viven hasta en Matagalpa".

M12: "mi compañero no puede andar conmigo, tiene que quedarse cuidando a los otros chavalos que tenemos, la casa y los animales, no se puede quedar sola la casa... mejor me acompaña la partera, ella es amiga y no cobra por andar conmigo".

Este apoyo es crucial y se manifiesta de diversas maneras, acompañamiento a las citas médicas, cuidado de otros hijos, o el sustento emocional y económico. Sin embargo, algunas mujeres, no contaron con el apoyo inicial de sus madres debido a que el embarazo afectó sus estudios, o el padre del bebé no quiso hacerse cargo. Cuando hay abandono del parent o tensiones familiares, la vivencia se marca por frustración y mayor vulnerabilidad, lo que reafirma la importancia del apoyo familiar extendido para superar las dificultades.



Finalmente, la dimensión cultural pesa de manera significativa, las mujeres indígenas valoran a las parteras y muestran tensiones con la institucionalidad biomédica (ejemplo: cesárea impuesta).

M3: “*no se porque me hicieron cesárea, yo quería parir normal, todo iba bien* (durante el embarazo), pero cuando comenzaron los dolores, me llevaron a Wiwilí y ahí me operaron para sacarlo, yo no podía sola”

M12: “tengo 11 hijos, ya no voy a tener más... estaba muy enferma con el último, dolor de cabeza, mucho dolor y tuvieron que sacar en el Hospital en Wiwilí... me dejaron lista... ya no tendré más niños”.

La falta de respeto a las costumbres y creencias de mujeres embarazadas o puérperas, generan desconfianza hacia el sistema de salud, tanto en mujeres que han utilizado los servicios de salud materna como de las futuras madres.

#### **b. Percepción sobre la Participación Comunitaria en Salud Materna.**

La percepción de la participación comunitaria en salud materna es generalmente baja. La mayoría de las entrevistadas coincide en que no existen espacios formales y sistemáticos de participación comunitaria en salud materna.

En donde hay reuniones, suelen estar enfocadas en otros temas comunitarios (agua, escuela, iglesia) y la salud aparece como algo marginal. Algunas zonas están más organizadas, los líderes comunitarios (promotores, brigadistas y parteras) tienen un rol fundamental, pero no son reconocidos en la estructura formal del Ministerio de Salud.

M1: “*En la comunidad no hay grupos en los que se hable sobre la salud de las mujeres, sólo las parteras hablan...*



*...A veces las parteras cobran si te van a atender, a veces no. Creo que a las personas no les interesa hablar de las embarazadas. No siempre participan por que trabajan, cuidan a los niños y van a la iglesia".*

M2: “*No existen espacios en los que la comunidad participe y toma decisiones sobre la salud de las embarazadas, al menos yo no he oído. El MINSA lleva la clínica móvil a la comunidad y ahí si le hacen chequeo a las mujeres, pero nada más*”.

M3: “*Sí, hay reuniones con los comunitarios, para hablar del proyecto de agua, de la escuela, de la iglesia. A veces, también de la salud, de los niños*”.

M8: “*Aquí no hacen reuniones para hablar de la salud de las mujeres. En donde vive mi mama si llaman a reuniones (en la comunidad de Salinas, en el departamento de Rivas), ahí se reúnen cada mes y ven que las mujeres vayan a sus consultas, sino van, las llegan a visitar, a los pacientes enfermos de azúcar, la presión, les llevan sus medicinas, y así pues, ahí si están mejor organizados. A la gente le gusta participar, más que aquí, aquí la gente no quiere nada.*”

M9: “*No se si hay grupos en la comunidad para cuidar a las mujeres... Yo creo que no. Las casas están muy largo... no cerca... tarda visitar*”.

En comunidades más dinámicas, la organización es percibida como motor de la participación; sin embargo, la migración laboral y el desinterés de la comunidad son señalados como grandes obstáculos para sostener espacios colectivos.



Otro hallazgo crítico es que la participación de las mujeres se ve limitada por la sobrecarga de tareas de cuidado y trabajo doméstico. También se menciona la religión como un factor que limita la participación. Algunas mujeres participan en actividades escolares o de la iglesia. Las mujeres también señalan que no hay grupos que se dediquen a temas de la salud de las mujeres. A pesar de esto, algunas mencionan que las parteras son una parte importante de la comunidad y tienen un rol de apoyo en la salud femenina.

M10: “*A las reuniones va mi esposo. Yo no puedo por que cuido a los niños. A él lo invitan y él va. También viene aquí, los líderes del gobierno territorial.*

...*Las parteras de la comunidad es bueno, ella ayudan mucho al doctor, cuando el doctor no sabe, la partera sabe. Ella cuida a las mujeres. Trata bien. A veces los doctores no quieren que vea a la partera. Mujer no participa por que va a la iglesia.*

...*El pastor dice que hay que participar mucho para mejorar la comunidad, pero mujer no puede por que cuida a niños.”*

M11: “*Aquí llaman a reuniones, pero uno con tantas ocupaciones no puede ir, mi marido por que no está en la comunidad, pero a él le gusta participar. Si hacen actividades los domingos, él va”.*

M12: “*No sé, creo que si pero no voy. Tengo muchas cosas que hacer”.*

Esto explica por qué los hombres suelen ser quienes asisten a las reuniones, mientras que las mujeres, aun siendo protagonistas del proceso reproductivo, quedan excluidas.

La falta de comunicación y organización entre la comunidad y el Ministerio de Salud se percibe como un obstáculo importante. Varias mujeres, lamentan que, aunque la institución sanitaria invita a las personas a participar, la gente no asiste. Esto contrasta con otras comunidades, en donde sí existen sistemas de organización más fuertes, con reuniones mensuales y seguimiento a los pacientes. La falta de confianza, el individualismo o la percepción de que la salud es un tema privado, son algunos de los factores que explican la apatía de la comunidad.

También se percibe una falta de diálogo intercultural, mientras las enfermeras locales en algunos casos median entre el personal médico y las comunidades, persiste la barrera lingüística y cultural con los médicos. Esto limita la participación activa de las mujeres indígenas, quienes además, reportan experiencias de discriminación en casas maternas y hospitales.

M4: “*Sí. Doctor escucha a la gente. Doctor no habla miskito ni mayagna... enfermera si hablan y ellas explican a doctor*”.

M12: “*En el Puesto tratan bien a miskita y mayagna, también en casa materna San Andrés, pero en Wiwilí es diferente... Las mestizas no quieren a miskita, no les gusta miskita y mayagna. Cuando tuve a mi hija me vine a la comunidad, no esperé que me trajera el doctor. Estuve muchos días fuera de la comunidad, primero en casa materna San Andrés, después en casa materna Wiwilí y después en hospital, muchos días, el esposo no puede estar sin esposa.*”

Las recomendaciones expresadas por las mujeres para mejorar la atención en salud materna, giran en torno a los siguientes ejes:

- Mayor presencia institucional en las comunidades: que las brigadas lleguen con más frecuencia, que se fortalezcan las visitas domiciliarias y que los médicos y



enfermeras hablen en lenguas indígenas. Las mujeres tienen dificultades para ir a los puestos de salud por las grandes distancias y el mal estado de los caminos. En ese sentido, las visitas a domicilio que algunas enfermeras y promotoras de salud ya realizan, son un modelo que las mujeres quieren ver expandido.

M1: “*El MINSA debe hablar más con la comunidad, ir a las comunidades, a veces es difícil, pero no siempre la comunidad puede venir al puesto, y no siempre hay medicina en el puesto*”.

M2: “*Creo que más personas deben ayudar al MINSA con las actividades con las mujeres, los niños y las personas mayores...*”.

M4: “*Hablar miskito y mayagna, para explicar mejor*”.

M10: “*Cuando los caminos están malos no se puede ir al puesto de salud ni casa materna de la comunidad. Los doctores y enfermeras pueden ir a casa de mujeres, pero tampoco pueden. Las pastillas son para mejorar la salud, a veces no hay en el puesto. Hay que traer.*”

Las mujeres proponen fortalecer la colaboración entre el MINSA y la comunidad, incluyendo la capacitación a más personas para que puedan ayudar en actividades de salud y la creación de más grupos de apoyo. Sugieren adecuar el horario de las actividades, para que participen las personas que trabajan fuera de la comunidad.

- Articulación con actores locales: las mujeres proponen que el trabajo de la institución sanitaria se realice en alianza con el gobierno territorial, las promotoras, brigadistas y parteras comunitarias, reconociendo sus saberes y el rol que tienen como puente cultural.



M1: “*El gobierno territorial debe ayudar con el MINSA, juntos*”.

M10: “*Las parteras de la comunidad es bueno, ella ayudan mucho al doctor, cuando el doctor no sabe, la partera sabe. Ella cuida a las mujeres. Trata bien. A veces los doctores no quieren que vea partera*”.

- Accesibilidad y cercanía: mejorar caminos, acercar los puestos de salud a las comunidades y garantizar disponibilidad de medicinas. También se sugieren capacitaciones a la comunidad para que pueda involucrarse más en salud materna.

M2: “*...talvez si el puesto de salud quedara más cerca de la comunidad... a las enfermeras les daría tiempo de venir todos los días*”.

M7: “*creo que deben capacitar mas a la gente y así podemos ayudar más. Hay gente que no sabe mucho, pero si aprenden pueden ayudar más, ellas quieren pues, pero no saben como lo pueden hacer*”.

- Respeto a la interculturalidad y a la autonomía reproductiva: incluir la lengua materna, reconocer prácticas tradicionales y ofrecer información clara sobre planificación familiar para evitar embarazos no deseados. Se resalta la necesidad de más personal de salud que hable las lenguas locales. Se menciona que, aunque el doctor es bueno, el no hablar miskito o mayagna dificulta la comunicación, y son las enfermeras quienes actúan como intérpretes. Esta brecha lingüística puede crear barreras y falta de confianza entre el paciente y el médico personal.
- Flexibilizar espacios de participación: adaptar horarios de reuniones a las posibilidades de las mujeres y sus familias, y generar mecanismos que consideren las cargas de cuidado que limitan la asistencia de ellas.



Las recomendaciones reflejan la necesidad de un enfoque de salud más centrado en la comunidad, que reconozca los desafíos de la vida diaria, las tradiciones locales y el rol de las mujeres como cuidadoras. Se pone en evidencia que la experiencia del embarazo en las comunidades rurales e indígenas está marcada por desigualdad territorial, limitaciones de género, barreras culturales y deficiencias estructurales del sistema de salud.

La participación comunitaria, aunque reconocida como valiosa, aún es incipiente, fragmentada y fuertemente limitada por las condiciones de vida de las mujeres. Las recomendaciones de las propias protagonistas apuntan a la necesidad de fortalecer el trabajo comunitario con enfoque intercultural, asegurar acceso efectivo a servicios, y garantizar que las mujeres no sólo sean receptoras de servicios sino también actoras en la definición de políticas de salud materna.

En conclusión, la gestión de la salud materna en ambos territorios se configura como un proceso multinivel, en el que convergen actores familiares, comunitarios e institucionales. La participación comunitaria incide de manera decisiva en la forma en que las mujeres embarazadas acceden a los servicios, reciben acompañamiento y enfrentan barreras estructurales y culturales.

En Nandaime, la participación comunitaria se expresa en espacios escolares, religiosos y asociaciones locales, donde las mujeres colaboran en actividades que refuerzan las redes de apoyo social y emocional. Esta dinámica incide en la salud materna al complementar la atención brindada por el Ministerio de Salud (MINSA), especialmente en acciones de prevención y acompañamiento. El núcleo familiar —madres, parejas y parientes cercanos— juega un rol activo en el cuidado cotidiano, lo que fortalece la gestión comunitaria como soporte del sistema institucional.



En el Territorio Indígena del Alto Wangki y Bocay, la participación comunitaria se manifiesta principalmente a través de las parteras tradicionales, las promotoras y líderes comunitarios. Estos actores constituyen el principal sostén de la atención materna en ausencia de los servicios institucionales suficientes. La medicina tradicional, legitimada por la comunidad, incide directamente en la atención de los embarazos y partos, aunque enfrenta tensiones con el sistema biomédico. En este contexto, la gestión de la salud materna se organiza desde el núcleo familiar y comunitario, donde las mujeres asumen una sobrecarga de cuidados, pero también encuentran respaldo en prácticas culturales que refuerzan la cohesión social.

La comparación entre ambos territorios evidencia que la participación comunitaria complementa al sistema estatal en Nandaime, mientras que en Alto Wangki lo sustituye en gran medida. Esta diferencia revela que la gestión de la salud materna no depende únicamente de la institucionalidad, sino de la capacidad de las comunidades para organizarse, legitimar sus saberes y responder a las necesidades de las mujeres en contextos de desigualdad y exclusión.



**Tabla 6: Resumen Comparativo de la perspectiva de las embarazadas sobre la Salud Materna en ambos territorios.**

Dimensión	Nandaime	Alto Wangki	Relación Crítica	Principales hallazgos	Limitaciones identificadas	Recomendaciones
<b>Perfil sociodemográfico</b>	Predominan mujeres <b>mestizas</b> . Tres cuentan con <b>seguridad social</b> y presentan trayectorias educativas hasta secundaria e incluso universitaria.	Predominan mujeres <b>indígenas miskitas y mayagna</b> . Ninguna cuenta con seguridad social y la mayoría tiene solo primaria o secundaria incompleta.	Exclusión más severa en Alto Wangki, la etnicidad y territorio refuerzan la precariedad educativa y laboral. En Nandaime, aunque persisten limitaciones, hay mayor acceso a empleo formal y protección social.	Mujeres entre 15 y 44 años (promedio 28). Predominio de indígenas en San Andrés y mestizas en Mancarrón. Escolaridad baja. Solo 3 con seguridad social.	Exclusión acumulada por género, etnicidad y territorio.	Políticas que garanticen acceso a educación, empleo formal y seguridad social con enfoque intercultural y de género.
<b>Experiencias de embarazo</b>	Mayor cercanía a servicios de salud, pero con limitaciones (escasez de medicamentos, atención insuficiente). Apoyo familiar (pareja y madres) más consistente.	Acceso difícil por <b>distancias largas, caminos en mal estado y falta de transporte</b> . Prevalece atención de parteras tradicionales, con tensiones frente al sistema biomédico. Apoyo familiar fragmentado, en algunos casos marcado por abandono.	En Nandaime las mujeres enfrentan obstáculos en la calidad del servicio. En Alto Wangki la principal barrera es el acceso físico y la falta de respeto a prácticas culturales. En ambos contextos persiste la problemática de embarazos no planificados.	Embarazos no planificados, dificultades de acceso a servicios, apoyo familiar dispar, valoración de la partería.	Distancias, falta de transporte, escasez de medicamentos, discriminación cultural.	Ampliar brigadas, fortalecer visitas domiciliares, integrar medicina tradicional y respeto a la autonomía reproductiva.

Dimensión	Nandaime	Alto Wangki	Relación Crítica	Principales hallazgos	Limitaciones identificadas	Recomendaciones
Participación comunitaria	La participación comunitaria es baja, aunque algunas mujeres colaboran en espacios escolares o religiosos. Se percibe un mayor vínculo con el MINSA, pero aún insuficiente.	Casi inexistencia de espacios formales para salud materna. El rol de promotoras, brigadistas y parteras es más visible, aunque no reconocido por la institucionalidad. Las mujeres participan menos por sobrecarga de cuidados y barreras lingüísticas.	Nandaime muestra una participación incipiente, pero con algo más de conexión con el sistema formal. En Alto Wangki la participación depende más de la <b>organización comunitaria tradicional</b> , pero es limitada por la discriminación y la falta de diálogo intercultural.	Rol importante de promotoras y parteras, aunque poco reconocido. Escasez de espacios formales para salud materna.	Sobrecarga de cuidados limita participación de mujeres. Predominio de hombres en reuniones. Barreras lingüísticas.	Reconocer rol de actores locales, generar espacios de participación adaptados a mujeres, incluir personal bilingüe.
Recomendaciones de las mujeres	Piden más visitas domiciliares, reuniones en horarios flexibles y mejor disponibilidad de medicinas. Destacan la importancia de fortalecer la comunicación con el MINSA.	Plantean la necesidad de mejorar caminos, contar con personal de salud que hable miskito y mayagna, reconocer a las parteras y respetar prácticas tradicionales.	En Nandaime las demandas se centran en la <b>eficiencia institucional</b> y accesibilidad logística; en Alto Wangki apuntan al <b>reconocimiento intercultural</b> y a superar barreras lingüísticas y territoriales. Ambas coinciden en pedir mayor presencia estatal y apoyo comunitario.	Mayor presencia institucional, alianzas con actores comunitarios, mejora de accesibilidad, respeto a interculturalidad, flexibilidad de reuniones.	Fragmentación comunitaria, apatía y desconfianza hacia sistema de salud.	Modelo de salud comunitaria e intercultural que fortalezca participación activa de mujeres.

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 6, confirma que la gestión de la salud materna está atravesada por desigualdades estructurales (educación, empleo, seguridad social), barreras de acceso (distancia, transporte, calidad de servicios), y limitaciones de la participación (género, lengua, reconocimiento institucional). Nandaime y Alto Wangki muestran una incidencia diferenciada, mientras en Nandaime, los actores familiares y comunitarios complementan la acción institucional del MINSA, generan apoyos que, aunque limitados, fortalecen la atención materna; al contrario, en Alto Wangki, la comunidad asume un rol sustitutivo frente a las limitaciones en la atención estatal, legitimando prácticas tradicionales y consolidando la cohesión cultural como principal soporte.

Las parteras y brigadistas comunitarios se constituyen en actores relevantes en la gestión de la salud materna, especialmente en Alto Wangki, donde su presencia sustituye la ausencia institucional. En Nandaime, aunque existe mayor articulación con el MINSA, la participación comunitaria se concentra en tareas operativas, que reflejan un modelo de complementariedad institucional, confirmando que la participación comunitaria no es homogénea, sino que depende de las condiciones socioculturales y de las barreras estructurales presentes en cada territorio.

En ese contexto, la participación comunitaria no solo acompaña, sino que define modelos de gestión distintos: uno complementario y otro autónomo, ambos atravesados por condiciones territoriales, culturales y de género que determinan la experiencia de las mujeres en el acceso y ejercicio de su derecho a la salud materna.

La percepción de las mujeres sobre la salud materna revela tanto confianza como desconfianza hacia los servicios institucionales y comunitarios. En Nandaime, las mujeres valoran la cercanía relativa a los servicios, pero expresan insatisfacción por la escasez de medicamentos y la atención insuficiente. Sus demandas de más visitas domiciliares y mejor comunicación con el MINSA reflejan una percepción de



que la institucionalidad existe, pero no responde plenamente a sus necesidades. La salud materna se concibe como un derecho que requiere eficiencia y accesibilidad.

En Alto Wangki, las percepciones están marcadas por la distancia física y la falta de pertinencia cultural. Las mujeres confían en las parteras porque las escuchan y atienden sus dolores, incluso problemas familiares y de pareja, lo que amplía la noción de salud materna más allá de lo clínico hacia lo social y emocional. Sin embargo, también perciben discriminación y falta de respeto a sus prácticas culturales por parte del sistema biomédico. La salud materna se entiende como un proceso integral que combina cuerpo, cultura y comunidad.

En conclusión, las percepciones muestran que la salud materna no se reduce a la atención médica, sino que integra dimensiones de confianza, respeto cultural y acompañamiento emocional. En Nandaime, la expectativa está puesta en mejorar la eficiencia institucional; en Alto Wangki, en el reconocimiento intercultural y la legitimidad de las parteras. Ambas visiones coinciden en demandar mayor presencia estatal y participación comunitaria, de tal modo, se confirma que las percepciones de las mujeres son un insumo fundamental para diseñar un modelo de salud familiar y comunitaria que sea equitativo e intercultural, que integre tanto la eficiencia institucional como la legitimidad de los saberes comunitarios.

### **c. Fortalezas, limitaciones y potencial transformador de la participación comunitaria en ambos territorios.**

Nandaime y Alto Wangki, pese a adherirse al mismo modelo de salud nacional basado en la participación comunitaria, ésta misma se configura de manera contrastante en ambos territorios, su implementación, los resultados y desafíos que enfrentan, dependen de condiciones estructurales muy diferentes.



En Nandaime, por ejemplo, la participación comunitaria está más formalizada y ligada a la estructura del sistema de salud (hospital primario, casas maternas y una red de brigadistas), que amplía la cobertura de los servicios de salud a las embarazadas (seguimiento domiciliar) y genera espacios de mayor previsibilidad.

La red de brigadistas y parteras certificadas, actúan como pilar del modelo de atención. Los brigadistas ayudan a identificar, referir y dar seguimiento a mujeres embarazadas, asegurando que asistan a sus consultas y exámenes periódicos.

La articulación con el Ministerio de Salud, el apoyo de la Alcaldía municipal para el traslado permite un seguimiento cercano a las embarazadas, lo cual ha contribuido a evitar muertes maternas en los últimos años.

En Alto Wangki y Bocay, por otro lado, la participación comunitaria es más profunda y multifacética, impulsada por la necesidad de superar barreras geográficas y culturales, la cohesión de la comunidad y el peso de los saberes tradicionales.

En este contexto, la movilización de las personas, en botes, a caballo o a pie, la limpieza de los caminos para las brigadas médicas, y la influencia de los líderes territoriales, la iglesia y pastores, juegan un papel clave determinante para garantizar la atención y reducir los riesgos en salud de las mujeres embarazadas del territorio.

Así mismo, la red de parteras tradicionales funciona como un puente esencial entre la comunidad y el sistema de salud formal. La medicina tradicional (parteras, Sukias, fitoterapia) es valorada y continúa siendo una base de confianza social. La apertura de la Universidad Indígena y los programas de educación bilingüe refuerzan la identidad cultural y las capacidades locales para incidir en la salud.



La participación comunitaria en ambos territorios refleja importantes limitaciones. En Nandaime, la participación comunitaria generalmente es baja y percibida como insuficiente, enfrenta tensiones por la resistencia de algunas mujeres a trasladarse a las casas maternas y por la persistente desconfianza hacia los saberes de parteras tradicionales. Aunque la red de brigadistas funciona, el trabajo es no remunerado y conlleva desgaste económico y emocional. Asimismo, la dependencia de las remesas y la limitada oferta laboral formal generan vulnerabilidad estructural.

Además, la convocatoria de la comunidad está enfocada en otros temas de interés, tales como el agua, la situación escolar, iglesia, quedando la salud es una posición marginal.

Por otro lado, en Alto Wangki y Bocay persisten limitaciones más severas: la inseguridad territorial por la invasión de colonos, la pobreza multidimensional, la deficiente infraestructura (caminos, agua potable, electrificación) y la escasez de personal de salud crean un escenario de precariedad crónica. Existen barreras estructurales (geográficas, lingüísticas y culturales) resistentes, una limitada infraestructura de unidades de salud, caminos en buen estado, electrificación. También, el costo y las dificultades de acceso físico a servicios de salud y falta de personal bilingüe en las unidades (que hablen miskito o mayagna) generan desconfianza en el personal de salud.

Desde la percepción del personal de salud, el involucramiento comunitario todavía es limitado, aún existe una brecha entre la visión biomédica institucional y las prácticas tradicionales, el reto no es solamente garantizar la asistencia de las mujeres a controles prenatales, sino construir confianza en torno al rol de la casa materna, superando resistencias y temores culturales. Específicamente, la participación activa de las mujeres está restringida por la sobrecarga de tareas domésticas y de cuidado de los niños.



En Nandaime los trabajadores de salud se perciben como coordinadores de un proceso institucional más estructurado y en Alto Wangki su papel (de trabajadores de salud) es similar al de un socio dependiente de la acción comunitaria, pues sin la movilización local no hay garantía de acceso. En ambos casos, la perspectiva del personal de salud muestra que la participación comunitaria es entendida como un elemento fundamental para la efectividad del modelo de salud, cuya sostenibilidad dependerá del reconocimiento de las comunidades como aliadas con saberes propios, y no solo como extensiones del sistema formal. Además, la motivación y continuidad del voluntariado, requiere que el Estado provea incentivos materiales o económicos para evitar su desgaste.

Dificultades persistentes en la armonización entre prácticas tradicionales y atención biomédica, expresadas en la preocupación de riesgos asociados a partos atendidos exclusivamente por parteras tradicionales, pero al mismo tiempo se admite que esta figura (la partera) goza de mayor legitimidad social que el propio sistema formal. En ese sentido, la relación entre personal de salud y comunidad oscila entre la cooperación pragmática y la desconfianza mutua.

Pese a las profundas limitaciones, ambos territorios tienen potencial transformador. En Nandaime, es indispensable consolidar la articulación e intersectorialidad, entre instituciones estatales, el sector privado (como el matadero San Martín S.A.) y los actores comunitarios. Existen bases para fortalecer la participación comunitaria a través de brigadistas certificados, iglesias y asociaciones locales, así como para aprovechar las remesas en proyectos colectivos de salud y educación.

En el Alto Wangki, el potencial transformador se encuentra en la articulación intercultural, consolidando un modelo híbrido que combine saberes tradicionales y biomédicos, que, reconozca a las parteras como agentes de salud y garantice la formación y participación política de mujeres indígenas en espacios de decisión. Además, el territorio tiene un alto potencial para proyectos sostenibles ligados a la



biodiversidad (ecoturismo, agroforestería) que podrían reforzar la autonomía comunitaria y la base material de su participación.

En términos comparativos, Nandaime muestra un marco institucional más estable, donde la participación comunitaria se inserta en un sistema de salud estructurado, pero con tensiones de reconocimiento y sostenibilidad laboral. En cambio, Alto Wangki presenta un modelo de sobrevivencia basado en la cohesión comunitaria, donde la participación es amplia pero condicionada por la desigualdad estructural y la exclusión histórica.

Ambos territorios coinciden en que la participación comunitaria es indispensable para que el sistema de salud materna funcione, su éxito radica en la capacidad del personal de salud para trabajar como socios y coordinadores de la acción comunitaria, no solo como proveedores de servicios. No obstante, su potencial transformador dependerá de superar desigualdades estructurales y garantizar un diálogo intercultural genuino, que coloque a las mujeres como actoras centrales en la gestión de su salud.

Las mujeres identifican la necesidad de mayor presencia institucional, a través de brigadas más frecuentes y visitas domiciliarias. En ese sentido, proponen fortalecer la colaboración con actores locales como promotoras y parteras. En Nandaime, el potencial radica en la “eficiencia institucional y la accesibilidad logística”, con sugerencias para mejorar la disponibilidad de medicinas y flexibilizar los horarios de reuniones para incluir a las mujeres. En Alto Wangki, la transformación depende del *\*reconocimiento intercultural y la superación de barreras lingüísticas y territoriales\**. Las mujeres indígenas proponen que el personal de salud hable sus lenguas y que se reconozcan las prácticas tradicionales.



Ambos contextos demuestran que la participación comunitaria no es solo un complemento, sino un *\*factor estructural\** para el funcionamiento del modelo de salud. La clave para el futuro es fortalecer el trabajo comunitario con un enfoque intercultural, garantizando que las mujeres sean actoras centrales en la gestión de su propia salud.



**Tabla 7: Potencial transformar de la Participación Comunitaria en Salud Materna (Nandaime - Alto Wangki) desde la perspectiva del personal de salud**

Dimensión	Nandaime	Alto Wangki
<b>Fortalezas</b>	Modelo institucionalizado, brigadistas y casas maternas, apoyo municipal en transporte, prevención de muertes maternas.	Cohesión comunitaria, líderes y parteras tradicionales, movilización colectiva, medicina tradicional legitimada.
<b>Limitaciones</b>	Participación comunitaria baja, tensiones con saberes tradicionales, trabajo brigadista no remunerado, desgaste económico.	Pobreza multidimensional, inseguridad territorial, barreras lingüísticas y geográficas, exclusión histórica, falta de infraestructura.
<b>Potencial Transformador</b>	Fortalecer intersectorialidad, articulación con sector privado e iglesias, aprovechar remesas en proyectos colectivos.	Reconocimiento intercultural, modelo híbrido tradicional-biomédico, participación política de mujeres indígenas, proyectos sostenibles con biodiversidad.
<b>Perspectiva del Personal de Salud</b>	Valoran red de brigadistas y parteras certificadas; reconocen limitaciones en la participación genuina. Se perciben como coordinadores de un proceso institucional con retos de confianza y sostenibilidad del voluntariado.	Dependencia de la movilización comunitaria para garantizar acceso. Reconocen legitimidad social de las parteras tradicionales, pero enfrentan barreras lingüísticas y culturales. Se perciben como socios dependientes más que como coordinadores.

Fuente: Elaboración Propia. La tabla 7 compara el modelo de participación comunitaria en ambos territorios; en Nandaime, refleja una institucionalidad estable, pero con debilidades de participación comunitaria genuina, mientras que Alto Wangki y Bocay encarna un modelo de sobrevivencia sustentado en cohesión social y saberes tradicionales, aunque condicionado por desigualdades estructurales. Ambos coinciden en que la participación comunitaria no es un complemento, sino un factor estructural del sistema de salud materna.



La Tabla 7 ofrece una mirada comparativa y contrastante sobre la percepción del personal de salud sobre las fortalezas, limitaciones y potencial transformador de la participación comunitaria en la gestión de la salud materna en Nandaime y Alto Wangki. Ello permite identificar no solo diferencias en los modelos de organización y en la relación con el sistema institucional, sino también las tensiones que emergen entre saberes biomédicos y tradicionales, las barreras estructurales y culturales, y las oportunidades de articulación hacia un modelo híbrido. Al situar la perspectiva del personal de salud, la tabla revela tanto los retos de confianza y sostenibilidad del voluntariado en Nandaime como la dependencia de la movilización comunitaria en Alto Wangki, mostrando que la transformación futura requiere integrar eficiencia institucional con legitimidad cultural y fortalecer la voz de las mujeres en la toma de decisiones.

En ese contexto, en Nandaime las fortalezas se concentran en un modelo institucionalizado que combina brigadistas comunitarios, casas maternas y apoyo municipal en transporte. Desde la perspectiva del personal de salud, este entramado ha permitido prevenir muertes maternas y ha consolidado una red de referencia relativamente estable. Sin embargo, la participación comunitaria genuina sigue siendo baja y las tensiones con los saberes tradicionales persisten, lo que limita la integración plena de las parteras autónomas. Además, el trabajo de los brigadistas no remunerado genera desgaste económico y amenaza la sostenibilidad del voluntariado. El personal de salud reconoce el valor de los brigadistas y de las parteras certificadas, pero se perciben más como coordinadores de un proceso institucional que como actores en diálogo horizontal con la comunidad, lo que refleja un reto de confianza y legitimidad.

En Alto Wangki, las fortalezas se sostienen en la cohesión comunitaria, el liderazgo de autoridades locales y la legitimidad de las parteras tradicionales. La movilización colectiva y el uso de la medicina tradicional son reconocidos como pilares de la atención materna, especialmente en un contexto de precariedad estatal. No



obstante, las limitaciones son profundas: pobreza multidimensional, inseguridad territorial, barreras lingüísticas y geográficas, exclusión histórica y falta de infraestructura básica. Desde la mirada del personal de salud, la dependencia de la movilización comunitaria para garantizar el acceso es evidente. Reconocen la legitimidad social de las parteras, pero enfrentan dificultades para comunicarse y coordinar debido a las barreras culturales y lingüísticas. En este escenario, los profesionales se perciben más como socios dependientes de la comunidad que como coordinadores, lo que revela una inversión de roles frente a la debilidad institucional.

El potencial transformador en ambos territorios apunta hacia caminos distintos pero complementarios. En Nandaime, se plantea fortalecer la intersectorialidad, articular con el sector privado e iglesias y aprovechar las remesas en proyectos colectivos. Esto refleja una visión de desarrollo apoyada en recursos externos y en la institucionalidad existente. En Alto Wangki, en cambio, el potencial se centra en el reconocimiento intercultural, la construcción de un modelo híbrido que articule saberes tradicionales y biomédicos, la participación política de mujeres indígenas y proyectos sostenibles ligados a la biodiversidad. Aquí la transformación se concibe desde la cultura y la autonomía comunitaria, con énfasis en la equidad y la sostenibilidad territorial.

La comparación muestra que, mientras en Nandaime el personal de salud se posiciona como coordinador de un proceso institucional con retos de confianza, en Alto Wangki se reconoce como socio dependiente de la comunidad, lo que evidencia dos formas de relación con la participación comunitaria. En ambos casos, la clave está en superar las limitaciones: en Nandaime, garantizar la sostenibilidad del voluntariado y abrir espacios de diálogo con los saberes tradicionales; en Alto Wangki, enfrentar las barreras estructurales y lingüísticas que perpetúan la exclusión. El potencial transformador radica en combinar estas trayectorias, un modelo híbrido que integre eficiencia institucional con legitimidad cultural,



fortaleciendo la voz de las mujeres y la capacidad de las comunidades para incidir en la política pública.

En síntesis, la Tabla 7 confirma que la participación comunitaria en salud materna tiene un potencial transformador decisivo, pero condicionado por las relaciones de poder entre institucionalidad y comunidad. En Nandaime, el reto es profundizar la participación genuina y reconocer los saberes locales; en Alto Wangki, el desafío es superar la exclusión histórica y garantizar infraestructura básica. Desde la perspectiva del personal de salud, la transformación requiere pasar de la coordinación vertical o la dependencia comunitaria hacia una alianza intercultural y equitativa, donde la cultura, la participación y el empoderamiento comunitario sean los pilares de un modelo de salud materna más justo y sostenible.

Resulta indispensable avanzar hacia un modelo de salud materna que no solo reconozca la participación comunitaria como complemento o sustituto del Estado, sino que la coloque en el centro de las políticas de salud con un enfoque de género e interculturalidad. La evidencia comparativa entre Nandaime y Alto Wangky demuestra que las comunidades poseen fortalezas distintas —unas vinculadas a la articulación institucional y otras a la cohesión cultural— que, si se integran, pueden generar un modelo híbrido capaz de responder a las necesidades de las mujeres en su diversidad. A partir de estas reflexiones, se propone fortalecer el enfoque de la participación comunitaria en las políticas de salud materna, orientado a superar las barreras identificadas y a consolidar un sistema más inclusivo, equitativo y culturalmente pertinente.

#### **a. Acceso y cercanía de los servicios de salud materna.**

- Ampliar y sistematizar las brigadas médicas y visitas domiciliarias, especialmente en territorios indígenas y rurales donde las distancias y el transporte son las principales barreras.



- Mejorar la infraestructura vial y de transporte comunitario para facilitar el traslado oportuno a puestos y casas maternas.
- Garantizar la disponibilidad de medicamentos y personal de salud en los puestos, evitando la sobrecarga de las casas maternas.

**b. Reconocimiento e integración de los saberes locales.**

- Reconocer formalmente el rol de parteras, brigadistas y lideresas comunitarias como actores de salud, garantizando su capacitación y apoyo logístico.
- Fortalecer un modelo híbrido que articule la medicina tradicional (fitoterapia, acompañamiento emocional, consejería cultural) con la biomédica, evitando la desconfianza y exclusión de los saberes locales.
- Impulsar el diálogo intercultural genuino, donde los sistemas biomédico e indígena se reconozcan como complementarios.

**c. Interculturalidad y pertinencia lingüística.**

- Incorporar personal de salud bilingüe (miskito, mayagna, lenguas locales) para mejorar la comunicación y confianza en el sistema.
- Asegurar que las casas maternas y hospitales respeten las prácticas culturales, evitando imposiciones (ejemplo, cesáreas no consensuadas).
- Promover materiales educativos y consejería en lengua materna para garantizar acceso equitativo a la información.

**d. Enfoque de género e inclusión de las mujeres.**

- Diseñar espacios flexibles de participación comunitaria (horarios adaptados, fines de semana) que consideren la sobrecarga de trabajo doméstico y de cuidados de las mujeres.
- Fomentar la participación activa de mujeres en reuniones y comités de salud, contrarrestando la tendencia a que solo asistan hombres.



- Garantizar el derecho a la autonomía reproductiva, ampliando el acceso a información y métodos anticonceptivos culturalmente adecuados y libres de coacción.
- Reconocer y redistribuir la carga de cuidado: promover la corresponsabilidad de parejas y familias en el acompañamiento durante el embarazo y parto.

#### **e. Fortalecimiento institucional y comunitario**

- Incrementar la presencia institucional en comunidades rurales e indígenas mediante un trabajo coordinado con gobiernos territoriales, iglesias, asociaciones locales y familias.
- Reconocer y financiar el trabajo comunitario (parteras, brigadistas, lideresas), evitando que recaiga en voluntariado no remunerado.
- Crear espacios formales de diálogo comunitario sobre salud materna, que integren a mujeres, familias y actores comunitarios en la definición de políticas y programas.
- Promover un modelo de salud comunitaria e intercultural que se adapte a las realidades territoriales, con mecanismos de monitoreo y participación activa de las mujeres.



## X. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este capítulo desarrolla el análisis y la discusión de los resultados obtenidos con el propósito de comprender de manera crítica las dinámicas de participación comunitaria en la gestión de la salud materna. Busca interpretar los significados, tensiones y potencialidades que emergen de la interacción entre comunidades, personal de salud y políticas públicas, en contextos atravesados por desigualdades sociales, territoriales y de género.

El análisis se sustenta en enfoques que reconocen la importancia de la participación social en salud como un derecho y una estrategia para garantizar sistemas más equitativos y efectivos. Desde la Declaración de Alma-Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986), la participación comunitaria ha sido señalada como pilar fundamental de la Atención Primaria en Salud, al promover la apropiación local de los procesos sanitarios y fortalecer la corresponsabilidad entre comunidad y Estado. Sin embargo, diversas investigaciones han mostrado que su implementación enfrenta barreras estructurales, institucionales y culturales (Prost y otros, 2013; Houweling y otros, 2019).

Asimismo, la salud materna se constituye en un campo privilegiado para analizar las interacciones entre saberes, prácticas y sistemas, pues evidencia de manera clara cómo inciden factores de género e interculturalidad en el acceso y la calidad de la atención. La literatura especializada resalta que la participación comunitaria con enfoque de género permite visibilizar y transformar desigualdades en la toma de decisiones, mientras que el enfoque intercultural contribuye a reconocer la validez de saberes y prácticas tradicionales en diálogo con la medicina biomédica (Morrison et al., 2019).



A partir de estos marcos, el capítulo se estructura en ejes temáticos que abordan el pluralismo médico y las tensiones epistemológicas, la participación comunitaria en la gestión de la salud materna, las percepciones del personal de salud, los enfoques de género e interculturalidad, y la comparación territorial entre Nandaime y Alto Wangki. Con ello, se busca dar respuesta al objetivo general del estudio: analizar comparativamente las dinámicas de participación comunitaria en la gestión de la salud materna en Nandaime y Alto Wangki, identificando tanto sus limitaciones como sus posibilidades de transformación.

#### **10.1. Pluralismo médico y tensiones epistemológicas(saberes tradicionales vs. biomédicos).**

Los resultados del estudio muestran que en ambos territorios coexisten múltiples formas de concebir y atender la salud materna. Junto al modelo biomédico institucionalizado, las comunidades recurren a prácticas tradicionales —parteras, sobadores, uso de plantas medicinales, rezos y rituales culturales— que poseen legitimidad social y son percibidas como cercanas, accesibles y culturalmente significativas. Esta coexistencia da cuenta de un pluralismo médico que, lejos de ser marginal, constituye el entramado cotidiano de estrategias de cuidado de la salud materna, especialmente en zonas rurales o de difícil acceso a los servicios formales.

Desde un plano analítico, esta situación revela tensiones epistemológicas profundas. El sistema de salud, a través de sus programas y protocolos, reconoce parcialmente la existencia de saberes locales, pero tiende a subordinarlos bajo el marco biomédico, relegándolos a un papel secundario o meramente complementario. En contraste, las comunidades valoran sus propios sistemas de atención no solo por su eficacia percibida, sino también porque refuerzan identidades culturales y sentidos de pertenencia. Este desencuentro se expresa en prácticas concretas: mujeres que retrasan su llegada al hospital hasta después de consultar a una partera; personal de salud que desestima recomendaciones de las



familias; o comunidades que acuden a los servicios institucionales únicamente en situaciones de emergencia extrema.

En este contexto, emergen dinámicas de desconfianza hacia el personal de salud, a la vez que estrategias de resistencia cultural. El pluralismo médico no se configura en condiciones de igualdad, sino en escenarios de poder asimétrico donde el modelo biomédico se impone como único legítimo. Kleinman (1980) complementa esta visión al señalar que los sistemas de salud deben entenderse como sistemas culturales, donde entran en juego no solo conocimientos técnicos, sino también valores, creencias y relaciones de poder. Nuestros hallazgos dialogan con estos planteamientos al evidenciar que las tensiones entre los saberes biomédicos y los tradicionales no son únicamente clínicas, sino también políticas y simbólicas.

Diversas investigaciones en América Latina han mostrado que la falta de reconocimiento efectivo de los saberes tradicionales en las políticas de salud materna contribuye a perpetuar inequidades en el acceso y la calidad de la atención (Houweling y otros, 2019). En el caso de Alto Wangki, por ejemplo, la distancia geográfica y la precariedad de la infraestructura sanitaria refuerzan la centralidad de las prácticas tradicionales, mientras que en Nandaime, a pesar de una mayor presencia institucional, persisten percepciones comunitarias de exclusión cultural y de trato poco respetuoso hacia mujeres embarazadas. Estas experiencias sugieren que la mera disponibilidad de servicios biomédicos no garantiza su apropiación si no se abordan las dimensiones culturales y relacionales del cuidado.

Al mismo tiempo, los hallazgos identifican oportunidades de articulación y diálogo intercultural. La figura de las parteras comunitarias emerge como un actor clave de mediación entre los sistemas tradicionales y el institucional. Cuando se reconoce su rol de manera formal y se promueven espacios de formación conjunta con personal de salud, se abren posibilidades para construir sinergias que mejoren la aceptación de los servicios y fortalezcan la confianza comunitaria. Estudios comparados en



otros países de la región han demostrado que los modelos de colaboración intercultural, basados en el respeto mutuo y en la valoración de los conocimientos tradicionales, pueden tener impactos positivos en la reducción de la mortalidad materna y neonatal (Prost et al., 2013).

En este sentido, el pluralismo médico no debe interpretarse únicamente como un obstáculo para la atención institucional, sino como un recurso estratégico para diseñar modelos de atención más equitativos, culturalmente pertinentes y sostenibles. Reconocer las tensiones epistemológicas no significa eliminarlas, sino generar condiciones para un diálogo horizontal que potencie las capacidades de todos los actores involucrados en la gestión de la salud materna.

## **10.2. Participación comunitaria en la gestión de la salud materna**

Los resultados indican que la participación comunitaria en la gestión de la salud materna se manifiesta de manera heterogénea en los territorios estudiados, con distintos niveles de organización, liderazgo y vinculación con el sistema de salud formal. En ambos casos, se reconoce la existencia de actores comunitarios relevantes —parteras, líderes religiosos, brigadistas voluntarios y comités de salud— quienes cumplen funciones de acompañamiento, sensibilización y referencia. No obstante, su grado de incidencia en la toma de decisiones y en el diseño de estrategias institucionales varía considerablemente, lo que pone en evidencia las asimetrías de poder entre la comunidad y el sistema de salud.

La participación observada tiende a ubicarse en los niveles más bajos de la escala de involucramiento, cercana a la participación consultiva o instrumental. El personal de salud frecuentemente convoca a la comunidad para la ejecución de actividades prediseñadas (vacunación, controles prenatales, jornadas de sensibilización), pero con escaso espacio para que las comunidades influyan en la planificación o en la definición de prioridades. Esto coincide con lo señalado por Arnstein (1969) en su



clásica tipología de la “escalera de la participación”, donde la consulta o colaboración sin poder decisorio constituye una forma limitada de involucramiento ciudadano.

La dimensión de género resulta clave para comprender estas dinámicas. Si bien las mujeres —en especial las embarazadas y madres— son las principales usuarias de los servicios, su voz no siempre es considerada en la organización comunitaria. En varios testimonios se reporta que los líderes varones asumen roles de representación frente a las instituciones, lo cual puede invisibilizar las necesidades y perspectivas específicas de las mujeres. Ello reproduce desigualdades en la toma de decisiones y limita el potencial transformador de la participación comunitaria. No obstante, se identifican experiencias significativas de liderazgo femenino, especialmente entre parteras y promotoras de salud, que constituyen un espacio de empoderamiento y agencia dentro de sus comunidades.

El núcleo familiar desempeña un papel decisivo en la gestión de la salud materna. En Nandaime, las familias organizan turnos para acompañar a las embarazadas en controles prenatales, gestionan transporte mediante motocicletas o vehículos familiares y asumen la responsabilidad del cuidado de otros hijos durante el parto. Este apoyo logístico y emocional complementa la acción institucional y refuerza la confianza de las mujeres en acudir a los servicios de salud. En Alto Wangki, donde las distancias y la precariedad del transporte limitan el acceso, las familias recurren a redes comunitarias para trasladar a las embarazadas en cayucos, bestias o a pie, y confían en las parteras para la atención inmediata. En ambos casos, la gestión familiar no es secundaria: constituye la primera línea de respuesta y condiciona la posibilidad real de acceder a servicios institucionales.

Por otro lado, los actores comunitarios —parteras, brigadistas y líderes locales— no solo cumplen funciones de acompañamiento, además, disputan espacios de poder y legitimidad frente al sistema biomédico. En Alto Wangki, las parteras son



reconocidas por la comunidad como autoridades en salud, legitimadas por su experiencia, confianza y capacidad de integrar prácticas culturales en la atención. Sin embargo, su rol es frecuentemente desvalorizado por el personal institucional, que las percibe como auxiliares informales. Esta tensión refleja una jerarquía de saberes donde el biomédico se posiciona como dominante, invisibilizando la agencia comunitaria. En Nandaime, aunque existe mayor articulación con el MINSA, los brigadistas y líderes comunitarios suelen ser convocados para tareas operativas sin poder decisario, lo que reproduce una participación instrumental. La legitimidad comunitaria, por tanto, se reconoce en el ámbito local, pero se ve limitada en el nivel institucional, generando un desequilibrio que restringe el potencial transformador de la participación.

Estos hallazgos dialogan con los planteamientos de la Declaración de Alma-Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986), que destacan la participación comunitaria como un componente esencial de la Atención Primaria en Salud. Sin embargo, como advierten Prost et al. (2013), la participación puede quedarse en un plano retórico si no se crean mecanismos efectivos de corresponsabilidad y de transferencia de poder hacia las comunidades. De igual modo, Houweling et al. (2019) subrayan que la participación comunitaria con enfoque de género es una condición necesaria para reducir inequidades en salud materna y mejorar los resultados sanitarios.

La evidencia comparada muestra que los modelos más exitosos de participación en salud materna son aquellos que van más allá de la consulta puntual, generando espacios de deliberación y cogestión entre comunidades y sistemas de salud (Morrison et al., 2019). En este sentido, las experiencias en Nandaime y Alto Wangki ilustran tanto los avances como las limitaciones de los procesos actuales. En Nandaime, se observa un mayor grado de articulación entre brigadistas y centros de salud, aunque persisten reclamos sobre la escasa inclusión de mujeres en los espacios de decisión. En Alto Wangki, la participación está más vinculada a la



organización comunitaria tradicional, con fuerte presencia de líderes locales, pero con dificultades para incidir en el nivel institucional.

De este modo, la participación comunitaria en salud materna aparece como un proceso en construcción, atravesado por tensiones de poder, género e interculturalidad. Aunque los mecanismos existentes permiten cierto involucramiento, su carácter predominantemente instrumental limita el potencial transformador de la acción comunitaria. Para avanzar hacia una participación significativa, resulta indispensable fortalecer la autonomía de los actores comunitarios, garantizar la representación equitativa de mujeres y promover un diálogo intercultural que legitime los saberes locales como parte integral de la gestión en salud materna.

La participación comunitaria incide de manera decisiva en la gestión de la salud materna al articular saberes locales, prácticas tradicionales y vínculos con el sistema institucional. En Nandaime, esta incidencia se expresa en la colaboración de familias, iglesias y asociaciones locales que, aunque limitada, complementa la acción del MINSA y fortalece la confianza de las mujeres en los servicios de salud. En contraste, en Alto Wangki la gestión se sostiene principalmente en la cohesión cultural y el rol de las parteras, quienes no solo atienden necesidades físicas durante el embarazo y el parto, sino que también brindan acompañamiento emocional y social, generando espacios de confianza que el sistema biomédico aún no logra consolidar. Estas dinámicas muestran que la participación comunitaria no es un elemento accesorio, sino un factor estructural que condiciona el acceso, la calidad y la pertinencia cultural de la atención materna, y que abre la posibilidad de construir modelos híbridos de salud que integren lo institucional con lo comunitario.

La evidencia empírica presentada en el capítulo de resultados confirma que la participación comunitaria constituye un elemento central en la gestión de la salud materna, aunque con expresiones diferenciadas según el territorio. En Nandaime,



los actores comunitarios y familiares se articulan como complemento de la institucionalidad estatal, reforzando las acciones del Ministerio de Salud en prevención y acompañamiento. En el Alto Wangki, por el contrario, la comunidad asume un rol sustitutivo frente a la ausencia de servicios institucionales, legitimando prácticas tradicionales que garantizan la atención materna en condiciones de exclusión histórica.

Este contraste revela que la participación comunitaria no es homogénea ni universal, sino que responde a las condiciones socioculturales, económicas y políticas de cada territorio. En Nandaime, la gestión comunitaria se vincula a espacios organizativos más amplios (escuelas, iglesias, asociaciones), mientras que en Alto Wangki se sostiene en la cohesión cultural y en la autoridad de las parteras y líderes indígenas. La primera experiencia muestra un modelo de “complementariedad institucional”, mientras que la segunda evidencia un modelo de “autonomía comunitaria”, ambos atravesados por tensiones de género y desigualdad estructural.

Desde esta perspectiva, estas dinámicas en ambos territorios confirman que la participación comunitaria en salud materna no puede reducirse a un rol instrumental de apoyo al sistema biomédico. Más bien, constituye un proceso político y cultural que redefine la gestión de la salud desde abajo, integrando saberes locales y prácticas tradicionales. La gestión comunitaria, en este sentido, no solo incide en la provisión de servicios, sino que cuestiona las jerarquías de poder y conocimiento en la salud pública, planteando la necesidad de modelos interculturales que reconozcan la autonomía reproductiva de las mujeres y la legitimidad de los actores comunitarios.

En síntesis, la discusión sobre la participación comunitaria en la gestión de la salud materna confirma la hipótesis de que su incidencia es diferenciada y depende de los contextos territoriales. Mientras en Nandaime se observa una articulación parcial



con el Estado, en Alto Wangki la comunidad sostiene de manera autónoma la atención materna. Esta diferencia abre la posibilidad de construir un modelo híbrido que combine las fortalezas de ambos escenarios: la articulación institucional y la cohesión cultural, con un enfoque de género e interculturalidad que garantice el derecho a la salud materna en condiciones de equidad.

### **10.3. Perspectivas del personal de salud frente a la participación comunitaria.**

El análisis comparativo de la participación comunitaria en la gestión de la salud materna muestra que, aunque las comunidades poseen fortalezas y capacidades propias para sostener la atención, su impacto se encuentra condicionado por la relación que establecen con el sistema institucional. En Nandaime, la complementariedad con el MINSA abre espacios de articulación, mientras que en Alto Wangki la autonomía comunitaria revela tensiones y vacíos en la respuesta estatal. Estas dinámicas no solo reflejan la diversidad de modelos de gestión, sino que también plantean interrogantes sobre cómo el personal de salud interpreta, valora o cuestiona la participación comunitaria en cada contexto. A partir de esta reflexión, las perspectivas del personal de salud constituyen un componente clave para comprender la posibilidad real de integrar los saberes biomédicos y los comunitarios.

Los resultados muestran que el personal de salud —médicos, enfermeras y brigadistas institucionales— reconoce de manera general la importancia de la participación comunitaria en la salud materna, pero la concibe principalmente desde una lógica operativa y de apoyo a las metas institucionales. En sus discursos, la comunidad es vista como un recurso para ampliar coberturas, mejorar la vigilancia epidemiológica o facilitar la captación temprana de embarazadas, más que como un actor con capacidad de decisión o de propuesta. Este enfoque evidencia un modelo vertical en el que la corresponsabilidad se entiende en términos de obediencia y colaboración, antes que de cogestión.



Desde un plano analítico, esta visión refleja una “participación instrumental”, donde las comunidades participan en función de los objetivos del sistema y no en torno a sus propias prioridades. En la práctica, esto genera tensiones: mientras el personal de salud valora el trabajo de líderes locales, parteras y brigadistas voluntarios, suele desconfiar de la legitimidad o validez de sus saberes, relegándolos a roles de acompañamiento sin incidencia en la toma de decisiones clínicas o administrativas.

Se identifican también percepciones ambivalentes. Por un lado, algunos profesionales reconocen que el involucramiento comunitario contribuye a ganar confianza, facilita la llegada a zonas remotas y fortalece la adherencia a los programas. Por otro, persiste un imaginario en el que la comunidad es vista como “resistente al cambio” o “desinformada”, lo que reproduce estigmas hacia prácticas tradicionales. Estas representaciones refuerzan las brechas epistemológicas ya descritas y dificultan un diálogo horizontal.

En la discusión, estos hallazgos se relacionan con estudios que han documentado la tensión entre el modelo biomédico y la participación comunitaria, acentuando su sostenibilidad de la hegemonía biomédica en el conocimiento técnico y en un conjunto de relaciones de poder que descalifican otros saberes. Kleinman (1980) señala que los profesionales de la salud suelen invisibilizar la dimensión cultural de la atención, privilegiando protocolos estandarizados frente a las prácticas locales. Nuestros resultados confirman esta tendencia, mostrando que, aunque existe un discurso institucional favorable a la participación, en la práctica prevalece una visión jerárquica y poco inclusiva.

Sin embargo, también se identifican espacios de apertura. Algunos brigadistas y enfermeras expresaron disposición a trabajar con parteras tradicionales, siempre que existan procesos de formación y coordinación definidos. Estas experiencias sugieren que el personal de salud de base —más cercano a las comunidades— puede desempeñar un papel clave en la construcción de confianza y puentes



interculturales, en contraste con la rigidez de niveles administrativos superiores. Investigaciones comparadas en América Latina han mostrado que cuando el personal de salud recibe formación en enfoques de género e interculturalidad, se generan cambios positivos en sus actitudes hacia la comunidad y se favorece la implementación de modelos participativos más equitativos (Morrison y otros, 2019; Houweling y otros, 2019).

De esta manera, las perspectivas del personal de salud frente a la participación comunitaria reflejan una paradoja: mientras se reconoce su relevancia en el discurso, persisten prácticas excluyentes y jerárquicas que limitan el alcance real de dicha participación. Superar esta contradicción exige replantear los procesos de formación profesional, promover competencias interculturales y de género, y fortalecer la corresponsabilidad comunitaria no como estrategia operativa, sino como principio ético y político de la salud materna.

#### **10.4. Interculturalidad y género en las prácticas de salud materna**

Los resultados evidencian que los enfoques de interculturalidad y género son centrales para comprender las dinámicas de salud materna en los territorios estudiados. En ambos contextos, se observan prácticas culturales y sociales que condicionan el acceso, la utilización y la percepción de los servicios de salud. Por ejemplo, las normas de género determinan la participación de las mujeres en los espacios comunitarios, la toma de decisiones sobre su propio cuidado y la interacción con el personal de salud. Asimismo, la interculturalidad se refleja en la persistencia de saberes tradicionales, rituales y prácticas ancestrales que coexisten con la medicina biomédica, generando un marco plural donde conviven distintas lógicas de cuidado.



Desde un análisis crítico, se identifican tensiones y barreras estructurales. Por un lado, los programas de salud materna institucionalizados tienden a adoptar una visión homogénea de la comunidad, sin considerar adecuadamente las diferencias culturales ni los roles de género en la toma de decisiones. Por otro, las mujeres, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad o con menor educación formal, enfrentan dificultades para ser escuchadas y participar de manera efectiva en los procesos de planificación y gestión comunitaria. Esto reproduce desigualdades históricas y limita la efectividad de las intervenciones.

En la discusión, estos hallazgos dialogan con la literatura especializada. Houweling y otros (2019) subrayan que un enfoque de género permite visibilizar y corregir inequidades en la atención, garantizando que las mujeres tengan acceso no solo a los servicios, sino también a la participación en la toma de decisiones. De manera complementaria, Morrison et al. (2019) señalan que la interculturalidad en salud materna implica reconocer, respetar e integrar los saberes tradicionales, estableciendo un diálogo horizontal entre prácticas comunitarias y protocolos biomédicos. En la práctica, esta integración contribuye a aumentar la confianza de las mujeres en el sistema de salud, mejorar la adherencia a los controles prenatales y reducir riesgos asociados al embarazo y al parto.

Los hallazgos comparativos entre Nandaime y Alto Wangki evidencian diferencias importantes. En Alto Wangki, donde las prácticas indígenas están más arraigadas, las parteras y líderes comunitarios desempeñan un rol central, lo que genera oportunidades de colaboración intercultural, aunque persisten desafíos en la articulación con el personal de salud formal. En Nandaime, a pesar de la mayor presencia institucional, se observan limitaciones en la incorporación de la perspectiva de género en los espacios comunitarios y cierta resistencia a reconocer los saberes tradicionales. Esto demuestra que la implementación de enfoques de género e interculturalidad no depende únicamente de la disponibilidad de servicios, sino también de la voluntad política, de la capacitación del personal de salud y del



reconocimiento de la diversidad cultural como valor central en la gestión comunitaria.

Finalmente, la intersección entre género e interculturalidad se revela como un factor clave para fortalecer la participación comunitaria. La integración de ambos enfoques permite no solo visibilizar desigualdades y tensiones, sino también generar estrategias de empoderamiento femenino, respeto cultural y corresponsabilidad comunitaria. Así, la salud materna deja de ser un problema exclusivamente clínico para convertirse en un espacio de intervención social, política y cultural, donde la participación efectiva y equitativa de la comunidad constituye un eje transformador.

#### **10.5. Comparación territorial: Nandaime y Alto Wangki**

Los hallazgos revelan que, aunque ambos territorios comparten retos comunes en la gestión de la salud materna, existen diferencias significativas en las dinámicas de la participación comunitaria, en la relación con el sistema de salud y en la integración de saberes locales. En Nandaime, la presencia de infraestructura sanitaria más consolidada y de personal de salud estable permite una mayor organización de actividades preventivas, como controles prenatales y campañas de vacunación. Sin embargo, la participación comunitaria se percibe como más formal y limitada a roles instrumentales, con escasa influencia de los actores locales en la planificación y toma de decisiones.

En contraste, en Alto Wangki, la comunidad mantiene un alto grado de autonomía en la organización de prácticas de salud materna, con fuerte liderazgo de parteras y autoridades tradicionales. Las decisiones comunitarias se toman considerando saberes ancestrales y prácticas culturales, lo que fortalece la apropiación de los procesos de salud, aunque la limitada presencia institucional y la dificultad de acceso a servicios biomédicos representan desafíos importantes para garantizar la cobertura y la atención oportuna en casos de emergencia.



Desde el análisis, estas diferencias evidencian que la participación comunitaria no es homogénea, sino que depende de factores estructurales, históricos y culturales. En Nandaime, la institucionalización de la salud prioriza la eficiencia técnica y la estandarización, pero puede reducir la capacidad transformadora de la comunidad. En Alto Wangki, la centralidad de las estructuras comunitarias garantiza un alto nivel de apropiación local, aunque limita la integración efectiva con políticas de salud nacionales. Esta comparación ilustra cómo las condiciones territoriales, la accesibilidad a servicios y las tradiciones culturales influyen en la forma y el alcance de la participación comunitaria.

En la discusión, estos hallazgos se alinean con la literatura sobre gobernanza en salud y participación comunitaria. Según Rifkin (1988), los procesos participativos son más efectivos cuando combinan autonomía comunitaria y articulación institucional, permitiendo que la comunidad no solo ejecute actividades, sino que participe en la definición de prioridades y en la supervisión de programas. La experiencia comparada de ambos territorios evidencia que ninguna de las dos situaciones es ideal por sí sola: la institucionalización excesiva puede desincentivar la participación auténtica, mientras que la autonomía sin articulación con el sistema de salud limita la cobertura y la sostenibilidad de los programas.

Asimismo, la comparación evidencia la necesidad de integrar enfoques de género e interculturalidad de manera transversal. En Alto Wangki, la inclusión de saberes tradicionales favorece la interculturalidad, pero las mujeres aún enfrentan barreras para ocupar espacios de decisión plena. En Nandaime, la participación femenina está condicionada por estructuras jerárquicas y prácticas sociales que restringen su agencia. Esto subraya que la efectividad de la participación comunitaria depende de la intersección entre factores culturales, de género y de poder institucional, y que el fortalecimiento de la salud materna requiere estrategias que reconozcan estas complejidades.



La comparación entre Nandaime y el Alto Wangki permite identificar tanto las fortalezas como las debilidades de la participación comunitaria en la gestión de la salud materna, ofreciendo claves para el diseño de modelos más inclusivos y culturalmente pertinentes.

La principal fortaleza en la experiencia de Nandaime, radica en la articulación entre las familias, asociaciones locales, iglesias y brigadistas comunitarios con el sistema institucional del MINSA. Las familias organizan acompañamiento en controles prenatales, gestionan transporte y apoyan en el cuidado de otros hijos, lo que refuerza la confianza de las mujeres en los servicios de salud. La comunidad, además, se vincula con espacios organizativos más amplios, lo que facilita la coordinación de actividades preventivas y de sensibilización.

En el Alto Wangki, la fortaleza se encuentra en la cohesión cultural y en la legitimidad de las parteras tradicionales y líderes comunitarios. La comunidad reconoce y respalda sus saberes, lo que genera confianza en la atención materna y asegura acompañamiento emocional y social durante el embarazo y el parto. La gestión comunitaria aquí se sostiene en prácticas tradicionales que, aunque tensionadas con el sistema biomédico, constituyen un espacio de empoderamiento y agencia para las mujeres y sus familias.

La comparación muestra que, mientras Nandaime se fortalece en la complementariedad institucional, el Alto Wangki lo hace en la autonomía comunitaria. Ambas experiencias, aunque distintas, revelan que la cultura, la participación y el empoderamiento comunitario son pilares que pueden integrarse en un modelo híbrido de salud materna.

No obstante, ambos territorios muestran debilidades que limitan el potencial transformador de la participación comunitaria en la salud materna. En Nandaime, estas están relacionadas con la escasa inclusión de las mujeres en espacios de toma de



decisión y con la tendencia a convocar a la comunidad solo para tareas operativas, sin poder real de incidencia en la planificación. En el Alto Wangki, las debilidades se vinculan con la falta de articulación con el sistema institucional, la precariedad del transporte y la ausencia de recursos básicos en los puestos de salud. Aunque la comunidad sostiene la atención, la falta de apoyo estatal incrementa la carga sobre las familias y parteras, generando riesgos en la atención materna.

En ambos territorios, estas debilidades, lejos de ser obstáculos insalvables, pueden convertirse en oportunidades de aprendizaje mutuo. Nandaime podría fortalecer su modelo incorporando mayor representación femenina y reconociendo los saberes locales, mientras que el Alto Wangki podría beneficiarse de una mayor articulación institucional y del acceso a recursos básicos. El intercambio de experiencias permitiría consolidar un modelo de salud familiar y comunitario que combine lo mejor de ambos escenarios: la coordinación institucional y la cohesión cultural, con un enfoque de género e interculturalidad que garantice el derecho a la salud materna en condiciones de equidad.

En síntesis, la comparación territorial evidencia que los procesos de participación comunitaria son contexto-dependientes, con potenciales fortalezas y limitaciones en cada escenario. Reconocer estas diferencias permite diseñar intervenciones adaptadas a las condiciones locales, que combinen la legitimidad y apropiación comunitaria con el respaldo técnico y normativo del sistema de salud, promoviendo así un modelo más equitativo, inclusivo y sostenible de atención materna.

#### **10.6. Implicaciones para políticas y programas de salud**

El análisis comparativo de los hallazgos evidencia que la participación comunitaria en salud materna, el pluralismo médico, la interculturalidad y el enfoque de género no pueden considerarse de manera aislada; son dimensiones interdependientes que determinan la efectividad de los programas y políticas públicas. En este sentido,



los resultados sugieren varias implicaciones relevantes para el diseño, implementación y evaluación de estrategias de salud materna:

**- Fortalecer la participación comunitaria significativa:**

Las políticas deben ir más allá de la participación consultiva o instrumental, promoviendo espacios donde las comunidades puedan influir en la planificación, priorización y supervisión de las intervenciones de salud materna.

Se recomienda establecer mecanismos de cogestión y corresponsabilidad que reconozcan a actores clave como parteras, líderes comunitarios y brigadistas voluntarios, asegurando representación equitativa de mujeres y poblaciones tradicionalmente marginadas.

**- Integrar enfoques de género e interculturalidad:**

La incorporación sistemática de la perspectiva de género permite visibilizar inequidades en la toma de decisiones y fortalecer la agencia de las mujeres en sus procesos de cuidado.

La interculturalidad debe reconocerse como un principio central, incorporando los saberes tradicionales y prácticas ancestrales en los programas de salud, sin subordinarlos exclusivamente al modelo biomédico, sino generando espacios de diálogo y colaboración horizontal.

**- Promover la formación y sensibilización del personal de salud:**

Es necesario fortalecer competencias en interculturalidad, equidad de género y comunicación comunitaria, especialmente del personal de base que interactúa directamente con la población.



La capacitación debe incluir la comprensión de las dinámicas de poder, la valoración de saberes tradicionales y estrategias para facilitar la participación efectiva de la comunidad en la gestión de la salud materna.

**- Adaptar las políticas y programas al contexto territorial:**

Las intervenciones deben considerar las particularidades de cada territorio, reconociendo que la efectividad de la participación comunitaria depende de factores como acceso geográfico, infraestructura, organización comunitaria y arraigo cultural.

Se recomienda combinar la autonomía y liderazgo comunitario con el respaldo técnico y normativo del sistema de salud, generando modelos flexibles y sostenibles que equilibren cobertura, calidad y apropiación local.

**- Fomentar un enfoque de derechos y corresponsabilidad:**

Los programas de salud materna deben concebirse como un espacio de interacción ética y política, donde la comunidad no solo sea receptora de servicios, sino también sujeto de derechos y agente de cambio.

Esto implica reconocer la importancia de la participación como un derecho ciudadano y un principio rector de la gestión en salud materna, fortaleciendo la legitimidad de las políticas públicas y su aceptación comunitaria.

En síntesis, las implicaciones derivadas de este estudio subrayan que la mejora de la salud materna requiere políticas y programas integrales, sensibles al contexto, culturalmente pertinentes y con enfoque de género, donde la participación comunitaria no sea solo un componente operativo, sino un eje estratégico que potencie la equidad, la sostenibilidad y la pertinencia de las intervenciones.



El presente capítulo permitió analizar y discutir de manera crítica los resultados obtenidos sobre las dinámicas de participación comunitaria en la gestión de la salud materna en Nandaime y Alto Wangki, vinculándolos con los enfoques teóricos de pluralismo médico, participación social, interculturalidad y género.

En primer lugar, se evidenció que el pluralismo médico constituye un rasgo central de la atención materna, donde coexisten prácticas biomédicas y saberes tradicionales. Este escenario genera tensiones epistemológicas que reflejan desigualdades de poder, pero también abre oportunidades de articulación intercultural que podrían fortalecer la pertinencia y efectividad de los servicios de salud.

En segundo lugar, la participación comunitaria se manifiesta de manera heterogénea, oscilando entre formas instrumentales y espacios de liderazgo local. La incidencia efectiva de la comunidad en la planificación y gestión de la salud materna sigue siendo limitada, particularmente para las mujeres y los grupos tradicionalmente marginados, lo que evidencia la necesidad de estrategias que fortalezcan la corresponsabilidad y la representación equitativa.

En tercer lugar, las perspectivas del personal de salud muestran un reconocimiento discursivo de la participación comunitaria, pero también la persistencia de prácticas jerárquicas que limitan la autonomía de los actores locales. La formación profesional en interculturalidad y género aparece como un factor clave para transformar estas percepciones y fomentar un diálogo horizontal con las comunidades.

Asimismo, los hallazgos relacionados con interculturalidad y género resaltan que la atención materna no puede abordarse exclusivamente desde la perspectiva biomédica. Reconocer y valorar los saberes tradicionales, así como garantizar la participación activa de las mujeres, constituye un requisito para lograr intervenciones equitativas, culturalmente pertinentes y sostenibles.



Finalmente, la comparación territorial entre Nandaime y Alto Wangki demuestra que la efectividad de la participación comunitaria depende del contexto: mientras la institucionalización facilita la cobertura y organización de servicios, la autonomía comunitaria garantiza apropiación y legitimidad cultural. La integración equilibrada de ambos factores es esencial para fortalecer los programas de salud materna y promover modelos de gestión más inclusivos.

En síntesis, este capítulo evidencia que la participación comunitaria, el enfoque intercultural y la perspectiva de género son componentes interrelacionados y estratégicos para mejorar la gestión de la salud materna. Los hallazgos permiten generar recomendaciones para políticas y programas que reconozcan la diversidad cultural, fortalezcan la corresponsabilidad comunitaria y promuevan la equidad de género como principio central de la salud materna.



## XI. CONCLUSIONES

Este capítulo sintetiza los hallazgos del estudio y presenta las conclusiones generales, proximando las recomendaciones derivadas para la mejora de la gestión de la salud materna en contextos rurales y culturalmente diversos. A partir del análisis comparativo de los territorios de Nandaime y Alto Wangki, se identifican patrones, tensiones y oportunidades en torno a la participación comunitaria, el pluralismo médico, la interculturalidad y la equidad de género.

La hipótesis central del estudio fue que la participación comunitaria incide de manera diferenciada en la gestión de la salud materna, dependiendo de los contextos territoriales y socioculturales. En ese sentido, los hallazgos obtenidos nos permitieron comprobar dicha hipótesis: en Nandaime, la participación comunitaria se articula como complemento de la institucionalidad estatal, mientras que en el Alto Wangki la comunidad asume un rol sustitutivo frente a la ausencia de servicios institucionales, legitimando prácticas tradicionales y fortaleciendo la cohesión cultural. Esta evidencia confirma que la gestión de la salud materna no puede entenderse sin considerar la centralidad de los actores comunitarios y familiares, así como las tensiones de género e interculturalidad que atraviesan su participación.

Este capítulo ofrece una visión integral de los resultados, integrando los enfoques teóricos y las evidencias empíricas desarrolladas a lo largo del estudio, y establecer lineamientos que permitan orientar políticas y programas de salud materna más inclusivos, equitativos y culturalmente pertinentes. En particular, se busca destacar cómo la interacción entre la comunidad, el personal de salud y las instituciones puede potenciar la efectividad de las intervenciones, fortalecer la corresponsabilidad social y garantizar el respeto a los derechos de las mujeres.



### ➤ **Dinámicas de participación comunitaria**

La participación comunitaria en la gestión de la salud materna en Nandaime y Alto Wangki es heterogénea y depende del contexto territorial, la estructura comunitaria y la relación con el sistema de salud. Se identifican espacios de liderazgo local y apropiación comunitaria, pero la incidencia efectiva de la comunidad en la toma de decisiones sigue siendo limitada, especialmente para mujeres y grupos tradicionalmente marginados.

### ➤ **Pluralismo médico y tensiones epistemológicas**

La coexistencia de prácticas biomédicas y saberes tradicionales constituye un pluralismo médico que genera tensiones, pero también oportunidades de articulación intercultural. Reconocer y valorar los saberes locales es fundamental para aumentar la pertinencia, aceptación y efectividad de los servicios de salud materna.

### ➤ **Perspectivas del personal de salud**

El personal de salud reconoce la importancia de la participación comunitaria, pero su enfoque sigue siendo mayoritariamente vertical y operativo. La formación en interculturalidad y género es un elemento clave para transformar percepciones, reducir barreras y promover un diálogo horizontal con la comunidad.

### ➤ **Enfoque de género e interculturalidad**

La integración de enfoques de género e interculturalidad es esencial para garantizar la equidad y pertinencia cultural en la atención materna. Las mujeres deben tener un papel activo en la toma de decisiones y los saberes tradicionales deben ser reconocidos y valorados en los procesos institucionales.



#### ➤ Comparación territorial y adaptación contextual

Los procesos de participación comunitaria y la efectividad de la gestión de la salud materna dependen del contexto local. Mientras Nandaime evidencia mayor institucionalización y cobertura técnica, Alto Wangki muestra mayor autonomía y apropiación cultural. La combinación equilibrada de ambos factores permite modelos más sostenibles, inclusivos y efectivos.

## ➤ **Implicaciones para políticas y programas**

Los hallazgos sugieren que los programas de salud materna deben:

- Fortalecer la participación comunitaria significativa y la corresponsabilidad.
  - Integrar enfoques de género e interculturalidad de manera transversal.
  - Capacitar al personal de salud en competencias culturales y de género.
  - Adaptar las políticas a particularidades de cada territorio, combinando autonomía comunitaria y respaldo técnico institucional.

En síntesis, la hipótesis planteada se confirma al demostrar que la participación comunitaria incide de manera decisiva en la gestión de la salud materna, aunque con expresiones diferenciadas según el territorio. Al comparar Nandaime y Alto Wangki revela que la complementariedad institucional y la autonomía comunitaria son modelos distintos que ofrecen fortalezas que pueden integrarse en un modelo híbrido de salud familiar y comunitaria. Este modelo, sustentado en la cultura, la participación comunitaria, el empoderamiento de las mujeres, la equidad de género y articulación con el sistema de salud, constituye una propuesta transformadora para avanzar hacia un sistema de salud materna más equitativo, inclusivo e intercultural.

Estas conclusiones permiten orientar intervenciones más pertinentes y sostenibles, que fortalecen las políticas públicas basadas en derechos, corresponsabilidad y transformación social en torno a la salud materna.



## **XII. RECOMENDACIONES**

### **1. Fortalecer la participación comunitaria significativa.**

- Crear mecanismos de cogestión que permitan a la comunidad influir en la planificación, ejecución y supervisión de programas de salud materna.
- Garantizar la representación equitativa de mujeres y de actores tradicionalmente marginados en los espacios de decisión comunitaria e institucional.
- Promover comités de salud locales que articulen a parteras, líderes comunitarios, brigadistas voluntarios y representantes institucionales.

### **2. Integrar enfoques de género e interculturalidad**

- Incorporar la perspectiva de género en todas las etapas de diseño, implementación y evaluación de programas de salud materna.
- Reconocer, respetar y valorar los saberes y prácticas tradicionales en diálogo con la medicina biomédica, asegurando su participación en la toma de decisiones y en el acompañamiento del cuidado materno.
- Desarrollar estrategias de sensibilización comunitaria que visibilicen la importancia de la equidad de género y la interculturalidad en la salud materna.

### **3. Capacitación y sensibilización del personal de salud**

- Formar a médicos, enfermeras y brigadistas en competencias culturales, género y participación comunitaria.
- Promover la comprensión de las dinámicas locales, la valoración de los saberes tradicionales y la construcción de relaciones de confianza con la comunidad.
- Fomentar la creación de espacios de diálogo entre personal de salud y actores comunitarios para mejorar la colaboración y reducir tensiones epistemológicas.



#### **4. Adaptar los programas al contexto territorial**

- Diseñar intervenciones flexibles que consideren las particularidades de cada territorio, incluyendo acceso geográfico, infraestructura sanitaria, organización comunitaria y prácticas culturales.
- Combinar la autonomía comunitaria con el respaldo técnico y normativo del sistema de salud, generando modelos sostenibles que integren cobertura, calidad y apropiación local.

#### **5. Promover un enfoque de derechos y corresponsabilidad**

- Reconocer la participación comunitaria como un derecho y principio rector en la gestión de la salud materna.
- Garantizar que la comunidad sea un sujeto activo en la toma de decisiones, supervisión y evaluación de los programas de salud materna.
- Implementar estrategias que fortalezcan la corresponsabilidad entre Estado, comunidad y actores locales, promoviendo transparencia y rendición de cuentas.

#### **6. Fortalecer la articulación entre sectores y niveles de atención**

- Establecer canales de comunicación efectivos entre autoridades sanitarias locales, regionales y nacionales.
- Promover la colaboración entre instituciones de salud, organizaciones comunitarias y líderes locales para mejorar la coordinación y continuidad de los servicios.
- Incorporar prácticas de monitoreo participativo que permitan a la comunidad evaluar los avances y aportar mejoras en tiempo real.



### **XIII. BIBLIOGRAFÍA**

- Arnstein, S. (1969). Una escalera de participación ciudadana. *Revista del Instituto Americano de Planificadores*, 35(4), 216–224.  
<https://doi.org/10.1080/01944366908977225>

Bedoya-Ruiz, L., Agudelo-Suárez, A., & Restrepo-Ochoa, D. (2020). Mujeres en embarazo, parto, y posparto: una mirada desde el pensamiento feminista. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(1), 142–147.  
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.371.4981>

Bernal-Ordoñez, L. K., Niño-Gutiérrez, E. L., Casanova, M. L., Tremiño-del Campo, F., Rodríguez, A., & Jiménez-García, D. A. (2024). Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina: revisión sistémica exploratoria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48, e135, 1–8. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.135>

Briceño-León, R. (1998). El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Sup 2), 141–147.  
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600013>

Briggs, C. L., & Mantini-Briggs, C. (2004). *Historias en los tiempos del cólera: La discriminación racial durante una pesadilla médica*. Instituto de Estudios Peruanos.

Cargo, M., & Mercer, S. L. (2008). The value and challenges of participatory research: Strengthening its practice. *Annual Review of Public Health*, 29, 325–350. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.29.091307.083824>



Cassettia, V., Paredes-Carbonell, J. J., López, V., García, A. M., & Salamanca, P. (2018). Evidencia sobre la participación comunitaria en salud en el contexto español: reflexiones y propuestas. *Gaceta Sanitaria*, 32(S1), 41–47.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.008>

Chambers, R. (1994). Participatory rural appraisal (PRA): Challenges, potentials and paradigm. *World Development*, 22(10), 1437–1454.

[https://doi.org/10.1016/0305-750X\(94\)90030-2](https://doi.org/10.1016/0305-750X(94)90030-2)

Chambers, R. (1995). Paradigm shifts and the practice of participatory research and development. En N. Nelson and S. Wright (Eds.) *Power and Participatory Development: Theory and Practice*, London: Intermediate Technology Publications. 30–42.

[https://opendocs.ids.ac.uk/articles/chapter/Paradigm shifts and the practice of participatory research and development/26475787](https://opendocs.ids.ac.uk/articles/chapter/Paradigm_shifts_and_the_practice_of_participatory_research_and_development/26475787)

Chirino, C. (2017). Revisión histórica sobre la participación comunitaria y sus distintas connotaciones. *Revista Interdisciplinaria de Humanidades, Educación, Ciencia y Tecnología*, 3(5), 11–25.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7088663>

Chomat, A., Solomons, N., Montenegro, G., Crowley, C., Bermudez, O., & Gravlee, C. (2014). Maternal health and healthseeking behaviors among indigenous Mam mothers from Quetzaltenango, Guatemala. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(2), 113–120.

<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n2/113-120>



Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2013). *Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. CEPAL.

<https://www.cepal.org/es/publicaciones/21835-consenso-montevideo-poblacion-desarrollo>

Cooke, B., & Kothari, U. (Eds.). (2001). Participation: The new tyranny? Zed Books. Nueva York.

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). (2016). *International ethical guidelines for health-related research involving humans* (4th ed.). Council for International Organizations of Medical Sciences.  
<https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>

Crenshaw, K. (1991). Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color. *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.  
<https://doi.org/10.2307/1229039>

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE Publications.

Crispín Milart, H. P. (2018). *Ecografía portátil y cribado de sangre y orina para el control de gestantes en zonas rurales de países en desarrollo: estudio de caso en Guatemala*. [Tesis doctoral, Universidad Rey Juan Carlos]. Escuela Internacional de Doctorado.

<https://www.ehas.org/wp-content/uploads/2018/06/Tesis-URJC-Guatemala-2018.pdf>



D'Ambruoso, L., Evi, M., Izati, Y., Kiger, A., & Coates, A. (2012). Mortalidad materna y morbilidad severa en Indonesia rural. Primera parte: La perspectiva de la comunidad. *Medicina Social*, 7(2), 66–85.

<https://www.socialmedicine.info/index.php/socialmedicine/article/view/467/3345>

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (Eds.). (2018). *The SAGE handbook of qualitative research (5th ed.)*. SAGE Publications.

Dietz, G. (2012). Multiculturalismo, interculturalidad y diversidad en educación: Una aproximación antropológica.

<https://www.uv.mx/personal/cujimenez/files/2019/08/Dietz-2016-libro-Multiculturalismo-reimpresi%C3%B3n.pdf>

Doctor, H., Findley, S., Ager, A., Cometto, G., Afenyadu, G., Adamu, F., & Green, C. (2012). Using community-based research to shape the design and delivery of maternal health services in northern Nigeria. *Reproductive Health Matters*, 20(39), 104–112.

[https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)39615-8](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(12)39615-8)

Elliott, J. (1991). Action research for educational change. Open University Press.

<https://www.actionresearch.net/writings/johnelliott.htm>

Espinoza, E. M. (2017). Avances en la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, SILAIS Río San Juan, 2007 a 2015. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua].

<https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/9217/2/98718.pdf>

Fals-Borda, O. (1987). The application of participatory action-research in Latin America. *International Sociology*, 2(4), 329-347.



Fernández-Cárdenas, J. (2014). El dialogismo: secuencialidad, posicionamiento, pluralidad e historicidad en el análisis de la práctica educativa. *Revista Electrónica de Educación*. Sinéctica, 43, 1–21.

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-109X2014000200007&lng=es&tlang=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-109X2014000200007&lng=es&tlang=es).

Fraser, N. (2008). La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de Trabajo*, 4(6), 83–99.

<https://www.jep.gov.co/Sala-de-Prensa/Documents/Fraser%20justicia%20social.pdf>

Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: the power and ethics of knowledge*. Oxford Academic: Oxford University Press.

<https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198237907.001.0001>

Houghton, N., Báscolo, E., Jara, L., Cuellar, C., Coitiño, A., Del Riego, A., & Ventura, E. (2022). Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e94, 1–9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>

Houweling, T., Looman, C., Azad, K., Das, S., King, C., Kuddus, A., & Costello, A. (2019). El impacto de la equidad de los grupos comunitarios de mujeres para reducir la mortalidad neonatal: Un metanálisis de cuatro ensayos aleatorizados por conglomerados. *International Journal of Epidemiology*, 48(1), 168–182. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx160>



Huaynoca, S., Chandra-Mouli, V., Yaqub, N., & Denno, D. M. (2014). Ampliación de la educación sexual integral en Nigeria: De la política nacional a la aplicación a nivel nacional. *Sex Education*, 14(2), 191–209.

<https://doi.org/10.1080/14681811.2013.856292>

Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) & Ministerio de Salud (MINSA). (2013). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12*. INIDE/MINSA.

[https://www.inide.gob.ni/docs/dataBases/Endesa11\\_12/Informepreliminar.pdf](https://www.inide.gob.ni/docs/dataBases/Endesa11_12/Informepreliminar.pdf)

Kabeer, N. (2018). Gender, livelihood capabilities and women's economic empowerment. *Gender and Adolescence Global Evidence (GAGE)*.

[https://eprints.lse.ac.uk/90462/1/Kabeer\\_gender-livelihood-capabilities.pdf](https://eprints.lse.ac.uk/90462/1/Kabeer_gender-livelihood-capabilities.pdf)

Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

Lehmann, U., & Sanders, D. (2007). *Community health workers: What do we know about them?* World Health Organization.

<https://chwcentral.org/wp-content/uploads/2013/07/Community-Health-Workers-What-do-we-know-about-them.pdf>

Maguire, K. (2018). Transdisciplinarity: Towards an epistemology of what matters. In D. Fam, L. Neuhauser, & P. Gibbs (Eds.), *Transdisciplinary theory, practice and education: The art of collaborative research and collective learning* (pp. 103–115). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-93743-4\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-319-93743-4_8)



Martínez-Franzoni, J., & Voorend, K. (2012). *25 años de cuidados en Nicaragua 1980–2005: Poco estado, poco mercado, mucho trabajo no remunerado* (1<sup>a</sup> ed.). Managua, Nicaragua: Guayacán, Publitex Grupo Editorial S. A.

<https://webapps.ilo.org/public/libdoc/igo/2012/471933.pdf>

Ministerio de Salud (MINSA). (2008). *Marco conceptual: Modelo de salud familiar y comunitario*.

[https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/filefield\\_paths/Marco\\_Conceptual\\_Modelo\\_SaludFamiliar\\_Comunitario.pdf](https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/filefield_paths/Marco_Conceptual_Modelo_SaludFamiliar_Comunitario.pdf)

Ministerio de Salud (MINSA). (2010). *Manual de organización de estructura de Casa Materna. Normativa 050*. Managua, Nicaragua.

<https://www.minsa.gob.ni/sites/default/files/2023-02/Normativa%20-%20050%20%27Manual%20de%20Organizaci%C3%B3n%20de%20Estructura%20de%20Casa%20Materna%27.pdf>

Ministerio de Salud (MINSA). (2025). *Mapa de mortalidad materna en Nicaragua*.

<https://www.minsa.gob.ni/publicaciones/otros/mapa-de-mortalidad-materna-en-nicaragua>

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigación Social*, (2), 1–25.

<https://atheneadigital.net/article/view/n2-mora>

Morrison, J., Osrin, D., Alcock, G., Azad, K., Bamjan, J., Budhathoki, B., ...

Houweling, A. (2019). Exploring the equity impact of a maternal and newborn health intervention: a qualitative study of participatory women's groups in rural South Asia and Africa. *International Journal for Equity in Health*, 18(55), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-0957-7>



Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)*.

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

Nicolescu, B. (2010). Methodology of transdisciplinarity: Levels of reality, logic of the included middle and complexity. *Transdisciplinary Journal of Engineering & Science*, 1(1), 19–38. <https://doi.org/10.22545/2010/0009>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). *Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria de salud*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS.

<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá.

<https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-sp.pdf>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2000). *Cumbre del Milenio de la ONU en el año 2000*. <https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO). (2016). *Casas maternas en América Latina*. OPS.



Perry, H., Zulliger, R., & Rogers, M. (2014). Community health workers in low, middle-, and high-income countries: An overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annual Review of Public Health*, 35, 399–421. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182354>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2021). *Índice de pobreza multidimensional (IPM) global 2021: Desenmascarando las disparidades por etnia, casta y género*. Nueva York: PNUD.  
<https://hdr.undp.org/system/files/documents/2021mpireportes.pdf>

Prost, A., Colbourn, T., Seward, N., Azad, K., Coomarasamy, A., Copas, A., ... Costello, A. (2013). Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in low-resource settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 381(9879), 1736–1746.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60685-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60685-6)

Quispe-Paucar, A. (2025). *¿El empoderamiento femenino está asociado con la salud materna en el Perú?: Un estudio cuantitativo a la luz del enfoque de capacidades* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú].  
<http://hdl.handle.net/20.500.12404/30277>

República de Nicaragua. (1987). *Constitución Política de Nicaragua*. La Gaceta, Diario Oficial de Nicaragua. Managua, Nicaragua.  
<http://legislacion.asamblea.gob.ni/gacetas/1987/1/q5.pdf>

República de Nicaragua. (2003). *Ley No. 475: Ley de participación ciudadana*. La Gaceta, Diario Oficial de Nicaragua, (241). Managua, Nicaragua.  
<http://legislacion.asamblea.gob.ni/gacetas/2003/12/q241.pdf>



Ribeiro Rodrigues, M. A. (2022). *Salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Nicaragua: Sistema de género y cuidados en clave interseccional*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. *Dialnet*.  
<https://repositorio.uam.es/bitstreams/c27ce5dc-2931-463e-8e44-968ce0978684/download>

Rifkin, S.B., Müller F., Bichmann W. (1988). Primary health care: on measuring participation. *Social Science & Medicine*. 26(9):931-40.  
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90413-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90413-3)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. Ginebra: OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>  
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6e022337-2241-465c-b478-f06055ab31d0/content>

Sánchez Namendy, S. (2011). *Evaluación de las estrategias Plan de Parto en la reducción de la mortalidad materna perinatal, Centro de Salud Héroes y Mártires de Nueva Segovia, municipio de Mozonte, Nueva Segovia, julio del 2010 a julio del 2011* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/7109/1/t612.pdf>

Santos, B. de S. (2010). *Refundación del Estado en América Latina: Perspectivas desde una epistemología del Sur*. México: Siglo XXI Editores.

Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta.

[https://indigenaselperu.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/09/desarrollo\\_y\\_libertad\\_-amartya\\_sen.pdf](https://indigenaselperu.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/09/desarrollo_y_libertad_-amartya_sen.pdf)



Sen, G., & Östlin, P. (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient: Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it*. WHO Commission on Social Determinants of Health. Ginebra: OMS.

<https://eurohealth.ie/wp-content/uploads/2012/02/Unequal-Unfair-Ineffective-and-Inefficient-Gender-Inequity-in-Health.pdf>

Seward, N., Neuman, M., Colbourn, T., Osrin, D., Lewycka, S., Azad, K., et al. (2017). Effects of women's groups practising participatory learning and action on preventive and care-seeking behaviours to reduce neonatal mortality: A meta-analysis of cluster-randomised trials. *PLOS Medicine*, 14(12): e1002467.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002467>

Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38 (8), 1091–1110.  
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7)

Vázquez, M. L., Siqueira, E., Kruze, I., Da Silva, A., & Leite, I. C. (2002). Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina. *Gaceta Sanitaria*, 16 (1), 30–38.  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112002000100005&lng=es&tlang=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100005&lng=es&tlang=es)

Walsh, C. (2009). Interculturalidad crítica y pedagogía decolonial: Apuestas (des)coloniales desde lo educativo. *Revista Educación y Pedagogía*, 21 (53), 25–35.

Williams, D. R. (1999). Race, Socioeconomic Status, and Health: The Added Effects of Racism and Discrimination. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, 173–188. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08114.x>



Williams, D. R., Priest, N., & Anderson, N. B. (2016). Comprensión de las asociaciones entre raza, nivel socioeconómico y salud: Patrones y perspectivas. *Psicología de la Salud*, 35 (4), 407–411.

<https://doi.org/10.1037/he0000242>

World Health Organization. (2015). WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/172427>

World Health Organization (WHO). (2025). *Trends in maternal mortality: 2000 to 2023*. Geneva: WHO.

<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/29f43a3d-2228-489c-b1e7-b2f28e9101ce/content>

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications.



## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Artículos Publicados.**

#### **Artículo 1.**

Título del artículo: Participación comunitaria y salud materna en el Alto Wangki, desde la perspectiva de género.

Nombre de la autora: Scarlet Lizette Ortiz Guadamuz.

DOI: <https://doi.org/10.5377/farem.v0i36.10612>

Como citar el artículo según la revista dónde fue publicado: Ortiz Guadamuz, S. L. (2020). Participación comunitaria y salud materna en el Alto Wangki, desde la perspectiva de género. Revista Científica Estelí, (36), 67–81.

Dirección URL del artículo, disponible en la Revista en formato electrónico:  
<https://rcientificaesteli.unan.edu.ni>

#### **Artículo 2.**

Título del artículo: Estado de la Salud Materna en Nicaragua, perspectivas post COVID-19.

Nombre de la autora: Scarlet Lizette Ortiz Guadamuz.

DOI: <https://doi.org/10.5377/farem.v11i41.13883>

Como citar el artículo según la revista dónde fue publicado: Ortiz Guadamuz, S. L. (2022). Estado de la Salud Materna en Nicaragua, perspectivas post COVID-19. Revista Científica Estelí, 11(41), 3–24.

Dirección URL del artículo, disponible en la Revista en formato electrónico:  
<https://rcientificaesteli.unan.edu.ni>



## **Anexo 2. Guión de instrumentos aplicados.**

### **A. Guión de la Entrevista Semiestructurada.**

#### **1. A Mujeres Embarazadas**

Objetivo: explorar experiencias vividas, los saberes locales y las percepciones sobre la atención materna en el territorio.

##### 1.1. Introducción

- Presentación de la investigadora y del objetivo de la entrevista.
- Consentimiento informado y confidencialidad.
- Información de la persona entrevistada: Nombre, edad, grupo étnico al que pertenece y escolaridad.
- Pregunta de apertura: ¿Podría contarme cómo ha sido su experiencia relacionada con el embarazo y la atención en su comunidad?

##### 1.2. Experiencia vivida durante el embarazo.

- ¿Cómo vivió su embarazo, en su comunidad?
- ¿Qué apoyo recibió de su familia (quién), comunidad (quién) o del MINSA?
- Cuando se enferma o están embarazadas, ¿a quién acuden primero en la comunidad?
- ¿Qué significó para usted dar a luz, en su comunidad?

##### 1.3. Roles y responsabilidades de género.

- En sus familias y comunidades, ¿quién toma las decisiones relacionadas con la salud materna?
- ¿Cuáles son las responsabilidades que tienen las mujeres y los hombres en el cuidado de la salud de los hijos y de la familia?



#### 1.4. Percepción sobre el sistema de salud (MINSA).

- ¿Cómo valora el acceso a los servicios de salud materna?
- ¿Se sintió respetada en sus creencias y decisiones?
- ¿Qué aspectos considera que debería mejorar en el MINSA?

#### 1.5. Participación Comunitaria.

- ¿Existen espacios en la comunidad en los que participa, para hablar y tomar decisiones sobre la salud materna?
- ¿Qué fortalezas tiene su comunidad en este tema?
- ¿Qué obstáculos enfrentan para participar más activamente?

#### 1.6. Recomendaciones.

- ¿Qué cambios propondría para mejorar la atención materna en su comunidad?
- ¿Cómo se podría fortalecer el trabajo entre la comunidad y el MINSA?

### 2. A Líderes Comunitarios.

Objetivo: analizar el papel de los líderes comunitarios en la gestión de la salud materna, sus saberes locales y su relación con el sistema de salud.

#### 2.1. Introducción.

- Presentación de la investigadora y del objetivo de la entrevista.
- Consentimiento informado y confidencialidad.
- Información de la persona entrevistada: Nombre, edad, cargo o responsabilidad en la comunidad.
- Pregunta de apertura: ¿Podría hablarme sobre su experiencia en la comunidad, relacionada con la salud de las madres y de los niños?

#### 2.2. Prácticas y saberes comunitarios.

- ¿Qué conocimientos o prácticas tradicionales hay en la comunidad para cuidar la salud de las mujeres embarazadas?



### 2.3. Percepciones sobre el sistema de salud.

- ¿Cómo se relaciona con el personal de salud del MINSA?
- ¿Qué dificultades tienen las personas de la comunidad (incluyendo a las mujeres embarazadas) para asistir a un Centro de Salud, Puesto de Salud o Casa Materna?
- ¿Se respetan las creencias y decisiones de las mujeres embarazadas?
- ¿Qué aspectos considera que deberían mejorar?

### 2.4. Participación comunitaria.

- ¿Existen espacios en los que participa la comunidad para tomar decisiones sobre la salud materna?
- ¿Qué obstáculos hay para participar activamente en este tema?
- ¿Cree que la participación de las mujeres es diferente a la de los hombres? ¿Por qué?

### 2.5. Recomendaciones.

- ¿Qué cambios propondría para mejorar la atención materna en su comunidad?
- ¿Cómo se podría fortalecer el trabajo conjunto entre la comunidad y el MINSA?

## 3. Al Personal de Salud

Objetivo: evaluar la perspectiva del personal de salud sobre la participación comunitaria, la coordinación con los líderes locales y las barreras en la atención culturalmente pertinente.

### 3.1. Introducción.

- Presentación de la investigadora y del objetivo de la entrevista.
- Consentimiento informado y confidencialidad.
- Información de la persona entrevistada: Nombre, edad, cargo o responsabilidad.
- Pregunta de apertura: ¿Podría hablarme sobre su experiencia relacionada a la salud materna?



### 3.2. Coordinación con la comunidad.

- ¿Cómo trabaja con los líderes y las parteras comunitarias?
- ¿Cuáles son los principales obstáculos que encuentra para que la comunidad participe en los programas de salud materna?

### 3.3. Perspectiva de género.

- ¿Ha notado alguna diferencia en la forma en que mujeres y hombres se involucran en las actividades de salud?
- ¿Cómo abordan las situaciones en las que las decisiones sobre la salud de una mujer son tomadas por su pareja o familia?

### 3.4. Barreras y soluciones.

- ¿Cree que los servicios que ofrece el MINSA, son culturalmente adecuados para las comunidades indígenas o rurales?
- ¿Qué cambios institucionales o comunitarios considera necesarios para mejorar la gestión de la salud materna?



## **B. Guión de Observación Participante**

Este instrumento permitió captar la realidad de forma objetiva, complementando lo que se dijo en las entrevistas. Permitió ver las dinámicas de poder e interacciones de género en situaciones reales. Su objetivo fue registrar las interacciones, los roles, las dinámicas de poder y las expresiones de género en las actividades relacionadas con la salud materna.

### 1. Ambiente y participación.

- ¿Quiénes asisten a las actividades comunitarias (hombres, mujeres, jóvenes, adultos)?
- ¿Quiénes hablan más y quiénes permanecen en silencio?
- ¿Hay diferencias por género?

### 2. Dinámicas de poder.

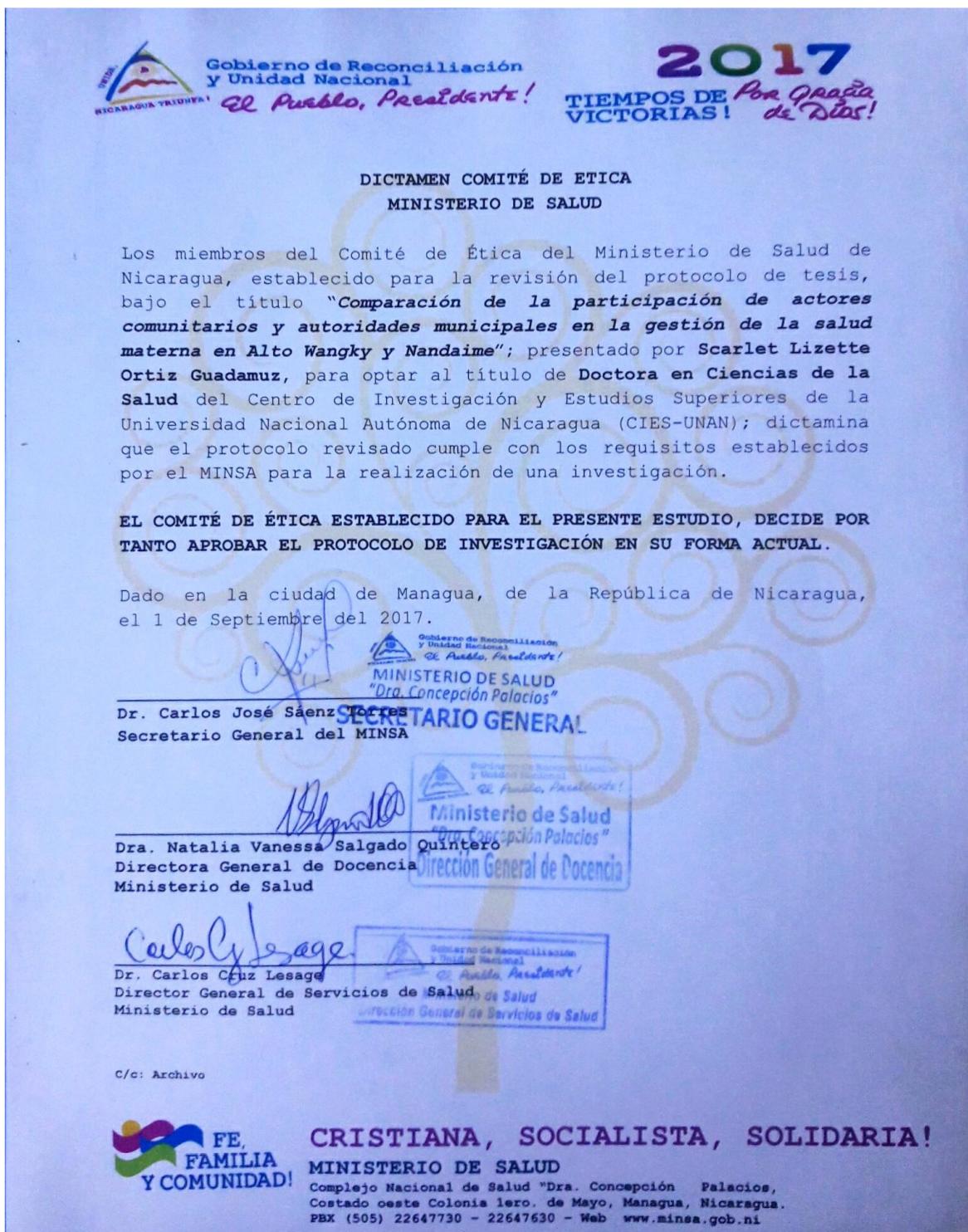
- ¿Quién dirige las actividades en las comunidades?
- ¿Quién toma las decisiones?
- ¿Cómo se distribuyen las tareas o responsabilidades en los temas de salud?

### 3. Expresiones de género.

- ¿Existen espacios o actividades exclusivas para mujeres o para hombres?
- ¿Se perciben actitudes de respeto o de desvalorización hacia las opiniones de las mujeres o de los jóvenes?



### Anexo 3. Dictamen del Comité de Ética del Ministerio de Salud.





*¡Universidad del Pueblo y para el Pueblo!*



