

Participación comunitaria y salud materna en el Alto Wangky, desde la perspectiva de género

Community participation and maternal health in Upper Wangky, from a gender perspective

Ortiz Guadamuz, Scarlet Lizette

Scarlet Lizette Ortiz Guadamuz

skaoni@yahoo.com

Ministerio de Salud de Nicaragua, Nicaragua

Revista Científica de FAREM-Esteli

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua,
Nicaragua

ISSN-e: 2305-5790

Periodicidad: Trimestral

núm. 36, 2020

revista.faremesteli@gmail.com

Recepción: 20 Octubre 2020

Aprobación: 09 Diciembre 2020

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/337/3371888005/index.html>

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



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

Resumen: El artículo, parte de la tesis doctoral de la autora, analiza la percepción de embarazadas y puérperas en Alto Wangky sobre la participación de su familia, personal de salud y parteras para acceder a servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio, ampliando el mapa de facilitadores u obstaculizadores e integrando la organización y participación comunitaria al modelo de gestión local de la salud materna. El enfoque de género profundiza en dimensiones no analizadas en investigaciones clásicas positivistas, generando propuestas de acción y medidas para incidir en políticas alrededor del tema. Tipo de investigación cualitativa. Se realizó un estudio de caso, con muestra intencionada, flexible y por conveniencia. Los principales resultados muestran que la mayoría son mujeres entre 20 y 35 años, alfabetas, sin empleo o trabajan con inseguridad laboral, disponen de servicios reproductivos, pero, su acceso se dificulta por las condiciones geográficas, o sus cónyuges no les permiten usarlos. Tienen servicios prenatales y los usan, el parto es atendido a más de 1 día de viaje por río. Se concluye que las embarazadas y puérperas, con apoyo del esposo, familia y parteras acceden a servicios de salud materna disponibles pese a las dificultades socioeconómicas y de acceso en las que viven.

Palabras clave: participación comunitaria, salud materna, perspectiva de género.

Abstract: The article, from the author's doctoral thesis, analyzes the perception of pregnant and postpartum women in Alto Wangky about the participation of their family, health professionals, and midwives to access health services during pregnancy, labor, and postpartum, expanding the map of facilitators or obstructors and integrating community organization and participation to the local maternal health management model. The gender focus explores dimensions not analyzed in classic positivist research, generating proposals for action and measures to influence policies on the subject. Type of qualitative research. A case study was carried out, with an intentional, flexible, and convenient sample. The main results show that the majority are women between 20 and 35 years of age, who are literate, unemployed, or work with job insecurity. They have access to reproductive services, but their access is difficult due to geographical conditions, or their husbands do not allow them to use them. They have prenatal services and use them; the labor is attended to more than 1 day's journey by river.

It is concluded that pregnant and postpartum women, with the support of their husband, family, and midwives, have access to available maternal health services despite the socio-economic and access difficulties in which they live.

Keywords: community participation, maternal health, gender perspective.

INTRODUCCIÓN

La salud materna continúa siendo un problema a nivel mundial, a diario 830 mujeres mueren por razones vinculadas a ello, el 99 por ciento son originarias de países en desarrollo, de comunidades pobres, viviendo en condiciones de alta vulnerabilidad social, económica, geográfica y cultural (BM, 2019) (OPS-OMS, 2020).

El impulso mundial de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), ahora Objetivos de Desarrollo Sustentables (ODS), han generado evidencia que vincula estrechamente las muertes maternas y las desigualdades socioeconómicas, culturales y políticas en las que viven las mujeres. Las muertes maternas ocurridas en los países desarrollados en el año 2015, representaron sólo un

0.6 por ciento de las registradas ese mismo año a nivel mundial, implicando un riesgo de muerte en mujeres por esta causa de 1 por cada 4 900 mujeres; mientras en regiones más frágiles el riesgo es mayor, 1 de cada 150 mujeres en los países en desarrollo (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, 2015).

Un mayor contraste se refleja en África subsahariana con un registro de dos terceras partes de las muertes maternas del mundo y un riesgo de muerte por esta causa de 1 en cada 36 mujeres. En esta región, más de la mitad de las personas (58%) viven en condiciones de pobreza multidimensional¹, que representa el 40 por ciento del total en el mundo; dos tercios de la población, 342 millones de personas, experimentan las formas más agresivas de la pobreza, expresadas en carencias en los hogares y en las personas, en cuanto a la salud, la educación y el nivel de vida (BM, 2018) (PNUD & OPHI, 2019).

La región de América Latina y El Caribe (ALC), tiene un comportamiento intermedio, dos tercios de las muertes maternas se redujeron entre 1990 y 2015. En 2015, registró 7,300 muertes maternas, cuatro veces más que las reportadas por países desarrollados, y solo un 3.6 por ciento de las muertes en África Subsahariana. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida de una mujer en ALC es siete veces más que en los países desarrollados, 1 por cada 670 mujeres (OMS, UNICEF, UNFPA, BM, PNUD, 2015).

Aunque la región no cumplió el ODM 5a, más de 9 países mostraron una disminución entre el 50 y 75 por ciento de las muertes maternas, Chile y Honduras 75% cada uno, El Salvador 69%, Perú 63%, Bolivia y México 60% para cada uno, República Dominicana 53%, Uruguay 51% y Guatemala 50%. Otros 13 países, registran entre 20 y 47 por ciento menos muertes maternas, en comparación con las registradas en 1990: Barbados, Nicaragua, Brasil, Granada, Costa Rica, Cuba, Colombia, Ecuador, Trinidad y Tobago, Puerto Rico, Haití, Argentina y Belice (CEPAL, 2019).

De acuerdo a la CEPAL (2019), al 2015 Nicaragua redujo en 37 por ciento la mortalidad materna, dos tercios de la disminución se produjo entre 2005 y 2015. Igual que otros países, Nicaragua ha mejorado el acceso oportuno de las mujeres y la calidad de la atención en el sistema de salud público, se dispone de personal más capacitado para brindar cuidados pre y post natales, aplican técnicas y tecnologías de salud más efectivas, las embarazadas se identifican más temprano para

asegurar al menos cuatro controles de calidad (Gobierno de Nicaragua, 2008-2017). Se cuenta con establecimientos de salud más eficaces en la atención de partos cada vez más seguros, contando con equipos modernos para el diagnóstico y la atención de las embarazadas, conforme directrices orientadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015).

Los ODS son el mecanismo que los Estados miembros de las Naciones Unidas implementarán para sostener y profundizar los avances en materia de salud y bienestar alcanzados por los ODM; en el caso de la mortalidad materna, se ha propuesto reducirla a menos del 70 por cada cien mil nacidos vivos (ONU, 2018).

Al igual que en otras partes del mundo, las muertes maternas varían de una a otra región del país, según las características sociales, económicas, culturales de cada una de ellas. De acuerdo al Mapa de Mortalidad Materna del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa, 2020) en 2019 más de la mitad de las muertes maternas (51%) ocurrieron en el departamento de Jinotega y las regiones del norte y sur de la Costa Caribe Nicaragüense, zonas en donde más del 70 por ciento de la población vive en condiciones de ruralidad (INIDE, 2006) y cerca del 60 por ciento en condiciones de pobreza (FIDEG, 2019).

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) que implementa el MINSa, basado en la atención primaria en salud, garantiza el acceso gratuito a servicios de salud de calidad para las personas, las familias y comunidades (MINSa, 2008). El MOSAFC implementa la estrategia de las Casas Maternas para garantizar la salud materna e infantil, en total funcionan 178 con más de 2 mil camas en todo el país, en las que se atiende a las mujeres embarazadas y puérperas de zonas rurales, de difícil acceso y alejadas de las unidades de salud. En 2017 estas casas albergaron a casi 70 mil mujeres (MINSa, 2018), brindándose cuidados de salud oportunos por parte de personal calificado, lo que contribuyendo así a la disminución de las muertes maternas y neonatales.

Las muertes maternas en Nicaragua, también ocurren en la población más pobres. Un 60 por ciento de las mujeres fallecidas por esta causa durante los últimos tres años, eran originarias de cuatros Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) correspondiente al departamento de Jinotega y a las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Norte y Sur (MINSa, 2019).

Estos SILAIS tienen características similares, vinculadas a la situación de la pobreza estructural en la que viven sus habitantes, con ello, las carencias sociales referidas a los servicios de salud, educación, empleo, vivienda, agua potable, que han sido insuficientes, ni con la calidad esperada, o simplemente no los han tenido. También viven en condiciones geográficas que dificultan el acceso a comunidades y municipios, más aún cuando sólo se accede por las vías acuáticas, que se ven afectadas por razones climáticas.

La declaración Alma-Ata marca un hito mundial, porque reconoce la importancia que tiene la atención primaria en la generación de la salud de los individuos, las familias y comunidades, desde la participación activa de éstos en la planificación y toma de decisión sanitarias (OMS, 1978).

Martín-García y colaboradores (2006) hacen referencia a la participación comunitaria como uno de los tres pilares fundamentales que se desprende de Alma Ata y la estrategia “Salud para todos” de la OMS, a saber, los otros dos, el énfasis en la promoción de la salud y en la atención primaria de salud (Martín-García et al., 2006).

En ese sentido, los autores conciben la participación comunitaria como el proceso por el cual, los individuos, familias y comunidades asumen responsabilidades para generar su propia salud y bienestar, involucrándose activamente en la identificación de necesidades en salud, tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas, culturales y ambientales en que viven.

Esto hace de la participación comunitaria un proceso profundamente democrático, puesto que la organización y participación social política de sus miembros, busca solucionar los problemas de las personas y reivindicar sus derechos humanos, ello es más ético que técnico, y requiere de las personas desarrollen habilidades, actitudes y valores ciudadanos. Para el efecto de la salud, el proceso mismo de la participación comunitaria desarrolla capacidades individuales y colectivas, que permita a las personas, reducir los riesgos de enfermarse o de morir.

La participación de las personas debe tener en común un propósito, metas, valores, formas de agruparse y la acción social colectiva, efecto de la transformación de la conciencia colectiva de los sujetos involucrados, en donde subyacen: la ideología (la idea que las personas tienen sobre un sistema que les excluye de los beneficios de la salud, que les genera pobreza, que destruye el medio ambiente, etcétera); la motivación

de participar (aspiraciones de proyección social, fantasías de cambiar el mundo); las estructuras orgánicas abiertas y democráticas; la presión política (movilización social) para satisfacer necesidades y frustraciones sociales.

Algunos autores hablan de la imprescindible relación entre la salud y el género. Para Gómez (1993)², la construcción social del género influye en las condiciones de salud de la población, la percepción y conducta de hombres y mujeres con respecto a la salud y la enfermedad difiere, en su mayoría, las mujeres adoptan roles de cuidado y protección de la salud de otras personas, entre ellas, niños, personas enfermas, mayores de edad o discapacitadas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que el género influye en la salud y el bienestar de las personas, en cuanto a las determinantes de salud vinculadas al género y su relación con determinantes sociales y estructurales como la pobreza, la percepción y conductas que mujeres y hombres tienen frente a la salud, que hemos expuesto en párrafos anteriores y la propia respuesta de los sistemas de salud ante esta realidad (OMS, 2018).

Para D'Ambrouso et al (2012), un análisis sobre la salud y la mortalidad materna desde la propia perspectiva de hombres y mujeres de comunidades rurales de Indonesia, permite visibilizar situaciones de inequidad en el acceso a los servicios de salud pre y post natal, a cuidados obstétricos

e emergencia adecuados a las condiciones de salud de las embarazadas, que conlleva muchas veces, a la muerte prevenible de estas mujeres.

Incorporar el enfoque de género en la participación comunitaria y la salud materna es fundamental para conocer y profundizar en dimensiones de análisis que investigaciones clásicas positivistas no han abordado, lo que forjará propuestas de acción y medidas para la incidencia político institucional alrededor del tema.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se basa en un diseño cualitativo, con una metodología de estudio de casos, cuya unidad de análisis han sido 41 mujeres embarazadas y púerperas del Territorio indígena en régimen de desarrollo del Alto Wangky-Bocay. La compilación y análisis de la información se llevó a cabo entre enero 2018 y julio 2019.

La muestra fue de tipo intencionada, flexible y por conveniencia. Su tamaño se determinó por la suficiencia y profundidad de la información. A todas las participantes se les explicó el objetivo del estudio y la importancia de la información proporcionada por ellas, para una mejor comprensión del tema. Otorgaron su consentimiento informado, se les aseguró protegerá su identidad (durante y después del estudio), haciendo uso confidencial de la información brindada. Se les indicó que tenían la libertad de retirarse en el momento que quisieran.

Se llevaron a cabo entrevistas a profundidad a las mujeres, para lo cual se contó con una persona que tradujo durante la entrevista, del idioma español a la lengua mayagna y miskita y viceversa, luego, se realizó una transcripción de cada entrevista. Se exploró el ámbito de la comunidad, la familia, el sistema de salud local, en base a una pregunta generadora: cuál es su opinión sobre la participación de su familia (esposo o pareja, madre, padre, hermano, hermana), del personal de salud (médicos, enfermeras), de las parteras o de otro miembro de la comunidad, en la salud y bienestar de las mujeres durante el embarazo, antes o después del parto.

El tipo de análisis desarrollado fue cualitativo, narrativo e interpretativo de la información obtenida, propiciando su ordenamiento sistemático, para comprender su significado visualizando la interacción entre las visiones del sujeto de estudio.

Los resultados del análisis de la información proporcionada por las mujeres de Alto Wangky, contribuirán a mejorar la organización y participación comunitaria alrededor de la salud materna, integrando la opinión de las propias mujeres, ampliando el mapa de los factores que facilitan u obstaculizan el acceso de las mujeres a los servicios de salud materna oportunos y de calidad; y luego de comprender los resultados del trabajo,

hacer recomendaciones que permitan mejorar la organización y la participación comunitaria alrededor de la salud materna, integrado en el modelo de gestión local de la salud.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Contexto

El Territorio Indígena de Régimen Especial en Desarrollo del Alto Wangky y Bocay (TIRED-AWB), es de naturaleza multiétnica y de colorido cultural, conviven distintos pueblos originarios y de comunidades étnicas, producto de condiciones históricas, sociales, políticas, económicas, y en escenarios locales de violencia, migración forzada y colonización interna.

El territorio está ubicado en el corazón de la reserva nacional de recursos naturales “Bosawás”, conforme decreto 44-91, y en la reserva de biósfera, patrimonio de la humanidad, según la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) en 1997 (Humbolt, 2011).

El Territorio del Alto Wangky-Bocay fue creado mediante decreto presidencial 19-2008, en respuesta del gobierno central para revertir la exclusión social de la población indígena y atender sus problemas de salud, desde un enfoque integral (Asamblea Nacional, 2008).

Tiene una extensión territorial de 3790 km², accesible solamente por la vía fluvial, siendo este muy limitado durante todo el año, en verano la falta de agua en el río lo hace innavegable y, en el invierno, grandes cantidades de agua y corrientes cruzadas pueden ser causantes de accidentes durante la navegación.

Alto Wangky limita al norte con la República de Honduras, al sur con la reserva natural de Bosawás, al este con el municipio de Waspán de la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN) y al oeste con el municipio de Wiwilí del departamento de Jinotega.

La población estimada para 2019, conforme datos del Censo de 2005, es de 36,870 habitantes, en su totalidad es rural, el 51 por ciento de hombres, una porción del 41 por ciento de las mujeres está en edad fértil, de 15 a 49 años de edad, más de la mitad de la población (52%) es menor de 15 años y un 4 por ciento es mayor de 60 años de edad.

El Territorio se rige por lo establecido en la Ley de Autonomía de la Costa Caribe, basado en la auto gobernanza de los pueblos indígenas y de las comunidades étnicas, y por la interacción entre sus costumbres, tradiciones, normas, procesos, las estructuras sociales y sus propias formas de liderazgo.

De acuerdo con datos del VIII Censo de Población de 2005, los pueblos indígenas originarios y comunidades étnicas de Nicaragua lo constituyen 443,847 personas, aproximadamente 7 por ciento del total de la población nacional. La mitad de ellos (53%) pertenecen a pueblos Miskitu y Mestizos del Caribe, 27 y 26 por ciento cada uno; seguido de los Chorotega Nahua, Xiu Sutiaba, Creole (Kriol), Cacaopera Matagalpa, Nahoá Nicarao, Mayangna Sumu, Rama, Garífuna y Ulwa. El Caribe de Nicaragua tiene 158,617 personas que pertenecen a un pueblo originario o a una comunidad étnica. Los Miskitus son el mayor grupo étnico, tienen 120,817 miembros que representan el 76%; seguido de la comunidad étnica Creole, 12.5%; y los pueblos indígenas: Sumu Mayangna, Rama, Garífuna y Ulwa, 6, 3, 2 y 0.5 por ciento cada uno. (INEC, 2005).

El actual pueblo miskito en el TIRED-AWB es producto del mestizaje de los amerindios miskitus con europeos y esclavos africanos. Ellos mantienen su propia lengua, sus costumbres, las formas de organización

y sus modalidades tradicionales de producción agrícola, pecuaria y, en algunos casos, la minería artesanal o güirisería. Aún practican una economía basada en la subsistencia de las familias y sin excedentes para el comercio, principalmente compuesta por el cultivo de granos básicos, el cacao, las musáceas, la crianza de ganado y de otras especies.

De acuerdo con Pardo y Hansell (2018) el pueblo Mayagna, probablemente uno de los más numerosos de Centroamérica durante la época de la Colonia, de acuerdo con los escritos de Conzemius en 1932. Posee una cultura que está determinada por los ríos, las montañas y la selva, desarrollaron una vida sencilla de cazadores y recolectores; aproximadamente un tercio del pueblo mayagna del país se asentó en los márgenes del río Coco o Wangky, en la frontera con Honduras, y en la actualidad se dedican a la agricultura de subsistencia, la caza y la pesca.

Ambos pueblos, los Miskitus y los Mayagna, junto a los mestizos asentados en las riveras del Wangky, han sobrevivido y co existido con el pasar de los tiempos, en momentos históricos cargados de coyunturas sociales, políticas y económicas, determinados por dinámicas bélicas, migraciones forzadas, expansión de la frontera agrícola, defensa del patrimonio cultural de sus ancestros, de la tierra, de sus recursos naturales y la relación e interacción armónica con estos, es decir, de su identidad como pueblo.

La máxima autoridad en el territorio es la Asamblea Comunal, instrumento para la participación y toma de decisión de lo concerniente a la vida en comunidad, su autoridad prescribe las relaciones de las personas, las familias y las comunidades en franca armonía con la naturaleza; siempre busca el bien común, en base a las necesidades de las personas en la comunidad. Otras instancias que cuentan con el reconocimiento de la población del territorio son el órgano territorial de justicia (Wihta), el síndico territorial, la organización de mujeres y jóvenes, el consejo espiritual, los médicos tradicionales, las parteras, los sukias, pastor, policía comunal, entre otros (Pardo & Hansell, 2018).

A finales del siglo veinte y la primera década del nuevo siglo, se instaura un nuevo rol para la asamblea comunitaria; por un lado, de cara al liderazgo y gobernanza a lo interno de sus propias comunidades, y por el otro, en un contexto más amplio, externo a las propias comunidades, liderazgo y gobierno orientado a mantener el equilibrio en las relaciones con otras comunidades y con la naturaleza, y en la conservación de su autodeterminación.

El decreto 19-2008, también, da origen a una estructura de gobierno del TIRED-AWB, expresado en tres gobiernos territoriales indígenas (GTI) con una directiva en cada uno de ellos, integrada por un presidente, un vicepresidente, secretario, tesorero, fiscal, primer y segundo vocal. Bajo este nuevo contexto, cambia la lógica de la participación comunitaria para la toma de decisiones sobre los asuntos relativos a la comunidad; así misma, queda supeditada la autonomía de los GTI a la autoridad del gobierno central.

Los liderazgos emergentes se constituyen en fuerzas internas a la comunidad, a veces antagónicas, que demandan por nuevas formas de organización, de participación y de toma de decisiones en la comunidad. El crecimiento de la población, el establecimiento de relaciones con comunidades no indígenas, las nuevas tecnologías de comunicación, entre otras, ha filtrado la visión y tradiciones de las nuevas generaciones, en abierto deterioro de la identidad indígena.

Las figuras religiosas, indistintamente sean moravos, católicos o evangélicos, ejercen influencia en las costumbres y normas morales y éticas de los miembros de la comunidad. Los jóvenes y las mujeres son fuerzas que demandan por espacios propios en la gobernanza del territorio, este grupo ahora más educado y capacitado que sus predecesores, facilitados por una educación formal cada vez más accesible dentro y fuera del territorio, desafía el liderazgo tradicional de los ancianos, desplaza la sabiduría y experiencia por la capacidad técnica.

La sede administrativa del Gobierno Territorial del Alto Wangky está ubicada en la comunidad de San Andrés de Bocay. La infraestructura de gobierno es limitada, cuenta con escuelas (Preescolar, Primaria y Secundaria). Carecen de servicios de alumbrado eléctrico y utilizan letrinas en las viviendas para la disposición

final de los desechos orgánicos, que, aunque evitan el fecalismo libre o la emisión de heces en el río, incrementan la insalubridad y proliferación de enfermedades.

En 2018 se instaló el primer sistema de agua potable y saneamiento que beneficia a familias de las comunidades de San Andrés de Bocay, Pankawás, Peñas Blancas, Samaska, Pilawás, Yahbara Tagni y Andris Tara; pese al avance que ello implica, la mayoría de las personas en el territorio, aún consumen agua de los ríos, manantiales, arroyos, quebradas y ojos de agua.

Desde el año 2011, la administración sanitaria del territorio pertenece al Sistema Local de Atención Integral en Salud (SILAIS) de Jinotega, sus 92 comunidades están organizadas en tres territorios, pertenecientes a las etnias Miskitu Indian Tasbaika Kum, Mayangna Sauni Bu y Kipla Sait Tasbaika.

La situación económica en las comunidades del TIRED-AWB es muy precaria, no hay fuentes de empleos, las personas se dedican a la agricultura tradicional para el autoconsumo, siembran yuca, frijoles y arroz, principalmente; el excedente de la cosecha es comercializado en el municipio de Wiwilí o en la comunidad de Ayapal, pero el alto costo del transporte, únicamente acuático, reduce la ganancia resultando poco rentable.

De igual manera, las mujeres adultas, las adolescentes y los niños, durante el periodo seco se dedican a buscar oro en los ríos, esta actividad lejos de generar ingresos sustantivos para las familias, provoca enfermedades respiratorias y en la piel, por las largas horas que sus cuerpos están metidos en el agua. La electricidad y las telecomunicaciones en las 92 comunidades del Alto Wangky aún es un sueño. La mayoría de la población usa alumbrado tradicional, baterías o paneles solares, en menor proporción.

Sobre las mujeres participantes

Se entrevistaron 41 mujeres embarazadas y puérperas del Territorio Indígena del Alto Wangky- Bocay, para su caracterización general, encontrando en su mayoría a mujeres pertenecientes a la raza misquita, 8 de cada 10, y luego, las Mayagnas; mujeres que en su mayoría tienen entre 20 y 35 años de edad, dos de cada diez tenían menos de 19 años y en igual proporción, son mayores de 35 años.

El nivel de alfabetismo de las mujeres es alto, poco más de la mitad alcanzó la educación primaria, seguido de la educación secundaria y una mujer estudió en la universidad. Esta situación, es positiva, considerando los datos publicados por la Fundación Internacional para el Desafío Económico (FIDEG) en el año 2016, que ubica el alfabetismo a nivel nacional en un 84 por ciento, con una ligera disminución en las áreas rurales, en diez puntos porcentuales (FIDEG, 2016).

Siendo la cobertura del seguro social, en cualquier país del mundo, favorable a la asistencia sanitaria de calidad y de manera oportuna, disminuyendo el gasto de bolsillo de las personas en la atención de su salud de emergencia, es notable, que sólo 2 mujeres son titulares o beneficiadas de la cobertura de seguro social. Esta información también nos indica que casi la totalidad de las mujeres entrevistadas no trabajan o lo hacen en condiciones de inseguridad laboral.

Salud Materna en Alto Wangky

Tres cuartas partes de las mujeres han tenido partos vaginales, de éstas un tercio ha tenido un solo parto, pese a ello, hay mujeres que han tenido hasta 12 partos. Sólo dos mujeres parieron por cesárea, una lo hizo por razones de emergencia y una lo había planificado.

Dos terceras partes de las mujeres querían quedar embarazadas, las otras querían esperar más tiempo o no querían embarazarse o no estaban completamente seguras de querer tener más hijos. Casi la mitad de las mujeres consideran que salieron embarazadas porque no estaban utilizando algún método anticonceptivo, otras creen que les falló (lo que parecer significar, que ellas mismas no han cumplido con la fecha para aplicar su dosis inyectable, por ejemplo, no precisamente que el método haya perdido su efectividad); no obstante,

todas mencionan que en sus comunidades disponen de métodos anticonceptivos y no tienen dificultades para acceder a éstos.

Dos tercios de las mujeres viven a menos de media hora de distancia caminando, entre su domicilio y la unidad de salud más cercana, las otras viven a más de media hora de distancia e incluso uno o varios días navegando el río.

La mayor parte de las mujeres indicaron que recibieron sus atenciones prenatales, más de la mitad incluso recibieron cuatro o más controles, ya sea en unidades de salud o en una Casa Materna. La percepción que las mujeres tienen sobre la atención recibida es positiva, consideran que fueron bien tratadas por el personal de salud, les indicaron exámenes como ultrasonidos y recibieron información sobre los signos de alarma durante el embarazo.

Con respecto a las complicaciones presentadas durante el embarazo, ocho de cada diez mujeres manifiestan que haber tenido problemas relacionado con el embarazo, la otra parte dijo haber tenido algún problema, pero no requirió atención médica.

Los síntomas que con más frecuencia se presentaron en las mujeres, durante el embarazo, son: dolor de cabeza, fiebre, náuseas, contracciones, hipertensión y escalofríos. En su mayoría, dijeron que los síntomas duraron hasta 30 días y ellas o su médico se dieron cuenta de la complicación o problema, no su esposo o pareja u otro familiar.

La acción más frecuente de las mujeres embarazadas, ante el problema o complicación presentada fue buscar atención médica, siete de cada diez, y las otras tres tomaron tratamiento en el hogar o esperan y observan el comportamiento de los síntomas. Casi la mitad de las mujeres buscan ayuda en menos de un día, después de presentarse los síntomas u ocurrido una complicación, tres de cada diez lo hacen en una hora, y dos mujeres se toman entre uno y hasta siete días para buscar ayuda, dejando en evidencia que no conocen los riesgos de morir ella o su hijo e hija, por una complicación a su salud relacionada con la presencia de síntomas descritos.

Percepción de las mujeres sobre la Participación Comunitaria

El primer lugar de referencia de la mayoría de las mujeres desde sus comunidades, es el Puesto de salud o la Casa Materna, el restante es referido a otra unidad de salud de mayor nivel de resolución. Por las características geográficas del territorio, los traslados solo se realizan por la vía acuática en pangas o bote, la duración del viaje es de un día e incluso tres días.

Durante el traslado y en su estadía en el lugar de referencia, menos de la mitad de las mujeres se hacen acompañar por sus propias madres, no así de sus esposos o parejas; las mujeres dicen que prefieren que sus esposos no las acompañen porque éstos últimos “las ponen más nerviosas y no ayudan a que el parto sea más rápido”.

También consideran que la distancia entre las viviendas y la ubicación de la Unidad de salud o la Casa materna, y el costo que implica el traslado, es una dificultad para que sus familiares las acompañen o las visiten en el lugar al que fueron referidas.

De igual manera, mencionan que prefieren viajar solas hasta la Unidad de salud, Casa Materna o al Hospital; así sus esposos o parejas cuidan a los demás miembros de la familia (hijos, padres) y se dedican a las labores para la consecución de recursos para el sostén de la familia. Las mujeres entrevistadas se asisten, o se hacen acompañar a la Unidad de salud o Casa materna, de la partera de la comunidad³.

Las mujeres valoran que las condiciones en los Puestos de salud, Casas maternas o en el Hospital de Wiwilí, no tienen diferenciación entre mujeres misquitas o mayagnas y mujeres que no pertenecen a estos grupos étnicos. Esta distinción es fundamental para ellas, ya que las costumbres en ambos grupos de mujeres difieren por mucho, por ejemplo, las primeras no gustan de la energía eléctrica en sus dormitorios, la comida que consumen es distinta, los hábitos de higiene personal son diferentes a los que tienen las mujeres no miskitas

o mayagnas, probablemente relacionado con el hecho que estas mujeres están acostumbradas a bañarse en los ríos.

La salud de las mujeres en general, y la salud materna en particular, está vinculada estrechamente con las condiciones de derechos humanos satisfechos, que contribuyan u obstaculicen el desarrollo de estas. Factores de tipo estructural, como la pobreza, razones geográficas y la falta de capacidad del gobierno, para acercar a la población del Alto Wangky, los servicios básicos y el bienestar que garantizan en el resto de la población. También se destacan razones de tipo social y cultural que pueden llegar a agudizar la situación.

La población mestiza representa la mayoría de las mujeres entrevistadas. Una porción de tres entre diez mujeres entrevistadas, son menores de 19 años de edad, ligeramente superior a la media nacional ubicada en un 24 por ciento (INIDE, 2013). Las mujeres entrevistas cuentan con un buen nivel educativo, en su mayoría son alfabetas, más de la mitad tiene educación elemental (primaria y secundaria) e incluso una de las mujeres ha cursado estudios universitarios.

Las condiciones de vulnerabilidad socioeconómica y cultural de las mujeres en el Alto Wangky, influyen en su capacidad, y de sus familias, para cuidar de su salud y la de sus hijos, y desarrollar integral y plenamente. De manera particular, las condiciones geográficas del Wangky dificultan no solo el acceso a la salud, son que esta situación limita la organización de la familia, y de otros miembros de la comunidad, alrededor de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto o en el puerperio.

El traslado desde las comunidades en las que viven las mujeres, hasta el Puesto de salud o la Casa materna a la que se refiere a las mujeres, e incluso al Hospital del municipio de Wiwilí, tiene una duración promedio de 3 días, según sean las condiciones climáticas y el estado del río. El costo de movilización o traslado de las mujeres embarazadas desde su comunidad hasta la unidad de salud, principalmente lo cubre el Ministerio de Salud del territorio, a través de ambulancias acuáticas (botes o lanchas); en el caso de emergencias sanitarias, los traslados duran menos tiempo ya que se viaja con menos pasajeros, excepto en verano, que, por falta de agua en el río, la duración del viaje es mayor.

Las desigualdades de acceso a servicios de salud de calidad, se expresa en las limitaciones que presentan los servicios de planificación familiar que se brindan en el TIRED; en dónde sólo dos tercios de las mujeres entrevistadas, refieren utilizar métodos anticonceptivos, por debajo de la media en el resto del país, que alcanza hasta un 82 por ciento de la cobertura en métodos anticonceptivos.

Las principales razones identificadas por las propias mujeres son la distancia o lejanía de las unidades de salud en donde las entregan, no tienen dinero para comprarlas, desabastecimiento en el Puesto o Centro de salud, dificultades para ir al Centro de salud, por el costo para moverse, las malas condiciones de los caminos, caños llenos, se agotan en la comunidad, el brigadista no se las entrega o no llegan.

Estas situaciones pueden estar cubriendo el hecho de que las mujeres queden embarazadas, aunque probablemente no querían hacerlo, ya que no estaban utilizando algún método anticonceptivo. Casi la mitad de las mujeres dijeron que quedaron embarazadas por que se les olvidó usar el método anticonceptivo, no estaba usando ninguno, lo usaron inadecuadamente, no saben cómo planificar, fue un accidente o el esposo o pareja no la dejó planificar. Estas dos últimas situaciones pueden estar ocultando situaciones de violencia doméstica.

Se indagó también sobre situaciones de violencia institucional, en las unidades de salud, referidas por las mujeres, quienes expresaron entre otras situaciones: maltrato por parte del personal, expresado en regaños, malos modales, hablar fuerte que infringe miedo en las mujeres al acudir a la consulta prenatal. También es desmotivador para las mujeres, que, en las unidades tardan en atenderlas, que las enfermeras y médicos utilicen con frecuencia el teléfono celular durante la consulta, que sean atendidas por médicos hombres, aunque ellas prefieran ser atendidas por mujeres o porque en el consultorio se encuentren varias personas durante la consulta, siendo estos espacios pequeños.

CONCLUSIONES

La salud materna en Nicaragua ha mejorado, con la ampliación de la cobertura de los servicios hasta los lugares más recónditos, haciéndolos más inaccesibles a la población de las comunidades con fragilidades sociales, económicas, culturales y políticas. Todo ello, ha mejorado los indicadores demográficos, como el crecimiento de la población y la disminución de la fecundidad, los que muestran profundas transformaciones desde la segunda mitad del pasado siglo hasta la primera década del presente siglo, mientras la población total creció tres veces, se redujo en dos terceras partes la tasa global, al pasar de 7 a 3 hijos por mujer.

También se incrementó la cobertura de los controles prenatales, el personal de salud se incrementó y cuentan con mejores conocimientos y con una mayor capacidad en infraestructura hospitalaria, equipamiento médico de alta tecnología, ampliación de la disponibilidad de insumos médicos y de laboratorio, para el diagnóstico y la atención de las mujeres.

La salud materna comprende todos los aspectos de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y postparto, para mantenerla es necesario el acceso a servicios prenatales de calidad durante la gestación, a tener servicios especializados durante el parto y la atención y los cuidados necesarios en las siguientes semanas al parto.

La planificación familiar, es fundamental para la salud física y psicológica de las mujeres y garantizan una maternidad segura, la decisión de cuando iniciar la vida sexual, cuántos hijos se quieren tener y en que intervalos uno del otro, con que método anticonceptivo planificar u otros aspectos de la salud sexual y reproductiva.

En el Alto Wangky, el uso de los métodos anticonceptivos no es sostenible, aun y cuando tres cuartas partes de las mujeres entrevistadas refieren haberlos utilizado, menos de la mitad continúan utilizándolos, debido a las dificultades de las mujeres para llegar a las unidades de salud, la falta de disponibilidad de los anticonceptivos en el Puesto de salud, las condiciones geográficas del territorio limitan la entrega directa en las comunidades, el personal de salud responsable de entregarlos, no se encuentra en el momento en que las mujeres se presentan a las unidades, algunas no quieren ir porque sienten que las maltratan y el costo para retirar los métodos anticonceptivos en los Puestos de salud o para comprarlos.

Las condiciones geográficas del territorio restringen el uso de los servicios de salud materna. Es evidente que la distancia, los riesgos o peligros de la movilización desde su comunidad hasta el Puesto de salud o la Casa materna, el costos e incomodidad para recibir la atención prenatal, son factores que limitan el acceso de las mujeres a servicios de salud materna. También se identifican factores vinculados a género, tales como el hecho que las mujeres, o sus esposos y parejas, prefieren ser atendidas por otra mujer y no por un hombre.

El viaje que deben realizar las mujeres, desde sus comunidades hasta los Puestos de salud o las Casas maternas o al Hospital, que puede durar tres días o incluso más, implica un alto costo económico para las mujeres y sus familias, o para el propio sistema de salud local.

La experiencia de las mujeres en los Puestos de salud, las Casas maternas o el hospital, determina su uso o recomendación de su uso en otras mujeres de su comunidad. Si las mujeres creen que son maltratadas por razones culturales, es decir, por pertenecer a un grupo étnico determinado, no van a promover el uso de estos servicios, por el contrario, divulgarán sus experiencias negativas, lo que probablemente implique que las mujeres eviten acercarse al sistema de salud en sus localidades.

Desde la perspectiva de las mujeres, el costo de la salud materna es alto, en términos financieros y sociales, trasladarse de su comunidad a un Puesto de salud, Casa materna o al Hospital, implica que las mujeres deben realizar viajes costosos, incómodos, con una estadía de más de un mes, en el que dejan a su familia, sus otros hijos, sus esposos, el resto de su familia, sus actividades del hogar y comunitarias.

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades del Ministerio de Salud de Nicaragua, y al personal gerencial y asistencial en la comunidad de San Andrés, en el Territorio de Alto Wangky-Bocay.

A las mujeres del Alto Wangky, y sus familias, por su valioso testimonio.

El trabajo de campo contó con el financiamiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina Nicaragua.

BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea Nacional. (14 de abril de 2008). Decreto Ejecutivo N° 19-2008. *Declárese en Régimen Especial de Desarrollo para fines de atención del ejecutivo a los territorios Indígenas Miskitu, Indian Tasbaika Kum, Mayagna Sauni Bu y Kipla Sait Tasbaika, ubicados en la cuenca del Alto Wangki y Bokay*. Managua, Managua, Nicaragua: La Gaceta, Diario Oficial N°. 83 del 05 de Mayo del 2008.
- Banco Mundial. (19 de Septiembre de 2018). Banco Mundial: <https://blogs.worldbank.org/es/opendata/el-numero-de-personas-extremadamente-pobres-sigue-aumentando-en-africa-al-sur-del-sahara>
- Banco Mundial. (04 de Abril de 2019). *Banco Mundial*. Recuperado el 07 de octubre de 2020, de Banco Mundial: <https://www.bancomundial.org/es/topic/reproductivematernalchildhealth>
- CEPAL. (2019). *CEPALSTAT: Bases de Datos y Publicaciones Estadísticas. 2000-2017*. Santiago de Chile: CEPALSTAT. Obtenido de <https://estadisticas.cepal.org/cepalstat/tabulador/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=41&idioma=e>
- D'Ambruso, L., Evi, M., Yulia, I., Alice, K., & Anna, C. (07 de Mayo de 2012). *Mortalidad materna y morbilidad severa en Indonesia Rural: La perspectiva de la comunidad*. Medicina Social, 66-85.
- Delgado, M. (2010). *El bono demográfico y sus efectos sobre el desarrollo económico y social de Nicaragua*. Managua: UNFPA, CEPAL –CELADE.
- FIDEG. (2019). *Encuesta de Hogares para medir la pobreza en Nicaragua. Informe de resultados 2019*. Fundación Internacional para el Desafío Económico Global (FIDEG). Managua: Red Panda Lab.
- FIDEG, F. (2016). *Encuesta de hogares para medir la pobreza en Nicaragua*. Fundación Internacional para el Desafío Económico Global. Managua, Nicaragua. FIDEG.
- Gobierno de Nicaragua. (Enero de 2008-2017). *Informe de Gestión*. Managua: Gobierno de Nicaragua.
- Gómez, E. (1993). *Género, Mujer y Salud en las Américas*. (pág. 304). Washington, D.C.: OPS.
- Humbolt, C. (5 de Octubre de 2011). Bosawas: Patrimonio Mundial de la Naturaleza. Managua, Managua, Nicaragua.
- INEC. (2005). *VIII Censo de Población y IV de Viviendas, 2005*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Managua, Nicaragua. INEC.
- INIDE. (2013). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011/12*. Instituto Nacional de Información de Desarrollo. Managua, Nicaragua. INIDE.
- Martín-García, M., Ponte-Mittelbrun, C., & Sánchez-Bayle, M. (2006). Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gaceta Sanitaria. Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 192-202.
- MINSA. (Julio de 2008). *Marco Conceptual Modelo de Salud Familiar y Comunitario*. Managua, Managua, Nicaragua: MINSA. Obtenido de www.minsa.gob.ni.
- MINSA. (07 de Marzo de 2018). *Ministerio de Salud*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.ni>: <http://www.minsa.gob.ni/index.php/component/content/article/108-noticias-2018/3973-la-mujer-un-eslabon-importante-en-el-sistema-de-salud-publico>
- MINSA. (2019). *Mapa de Mortalidad Materna*. Obtenido de Mapa de Mortalidad Materna: http://www.minsa.gob.ni/pub/Mapa_Mortalidad_Materna_Nicaraguacierre%202020.pdf

- MINSa. (2020). *Mapa de mortalidad materna*. Obtenido de Mapa de mortalidad materna: http://www.minsa.gob.ni/pub/Mapa_Mortalidad_Materna_Nicaraguacierre%202020.pdf
- OMS. (1978). *Conferencia internacional sobre atención primaria en salud*. Kazajistán: OMS.
- OMS. (2015). *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health 2016-2030*. New York: United Nations.
- OMS. (2018). *Género y Salud*. Washigton: OMS.
- OMS. (19 de noviembre de 2019). *OMS*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial. (2015). *Evolución de la Mortalidad materna: 1990 a 2015. Estimaciones de la OMS, UNICEF, UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- ONU. (2018). *Progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible, Informe del Secretario General*. New York: Naciones Unidas. Obtenido de Naciones Unidas.
- OPS-OMS. (07 de Octubre de 2020). *Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 07 de octubre de 2020, de Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/salud-materna>
- Pardo, T., & Hansell, T. (2018). Retos y transformaciones: liderazgo comunitario y gobernanza territorial indígena en el alto Wangki Bocay. *Raíces: Revista Nicaragüense De Antropología*, 34-43.
- PNUD, & OPHI. (11 de julio de 2019). *Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Iniciativa de Oxford sobre Pobreza y Desarrollo Humano*. Obtenido de https://www.undp.org/content/undp/es/home/news-centre/news/2019/2019_MPI_New_data_challenges_traditional_notions_of_rich_and_poor.html

NOTAS

- 2 El género referido a las características socialmente construidas que define lo que cada cultura asocia a lo masculino y a lo femenino, se vincula a los rasgos de la personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencia a los hombres de las mujeres (Gómez, 1993).
- 3 El MINSa ha logrado fortalecer los vínculos con la red nacional de parteras, identificándolas a nivel nacional, fortaleciendo sus capacidades en cuanto a la identificación de signos de alarma de las mujeres embarazadas, parturientas y durante el puerperio, así como a los niños recién nacidos.