



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO
FACULTAD DE ENFERMERIA
MAESTRIA DE INVESTIGACION EN SALUD

**INFLUENCIA QUE TIENEN LAS CONDICIONES
SOCIOECONOMICAS Y EL EMPODERAMIENTO EN LA SALUD
REPRODUCTIVA EN UN GRUPO DE MUJERES RURALES, EN LA
PROVINCIA DE VERAGUAS. (OCTUBRE DE 2001)**

POR: XIOMARA RODRÍGUEZ MOREJÓN

ENERO 2003

DEDICATORIA

**A esa parte invisible de nuestra sociedad que son las mujeres rurales,
por su incansable lucha diaria
y porque algún día
puedan empoderarse de su sexualidad y de sus vidas.**

AGRADECIMIENTO

Mi eterno agradecimiento a la profesora Edith de Castillo , quien fuera el motor impulsor fundamental en esta última etapa de la maestría.

A todas las mujeres que participaron en el estudio, fundamentalmente a aquellas que quisieron compartir sus experiencias y revivir momentos difíciles de sus partos y vida familiar.

A mi familia, que tuvieron la paciencia de compartir conmigo todas las horas de ausencia.

INDICE GENERAL

	PÁGINA
ÍNDICE GENERAL	ii
ÍNDICE DE CUADROS	iv
ÍNDICE DE GRÁFICAS	v
ÍNDICE DE TABLAS	vi
CAPITULO I.	
INTRODUCCIÓN	1
1.1. Tema	8
1.2. Problema	8
1.3. Justificación	8
1.4. Objetivos Generales	12
1.5. Objetivos Específicos	13
1.6. Hipótesis	13
1.7. Variables	
CAPITULO II	
MARCO TEÓRICO	18
2.1 Enfoque sociológico sobre sexualidad	19
2.2 Políticas de salud sexual y reproductivas en Panamá	24
2.3 El concepto de empoderamiento	30
2.3.1. Empoderamiento en las mujeres	34
2.3.2. Empoderamiento en la salud sexual y reproductiva	35
2.4. Situación socioeconómica de la mujer rural	37
2.4.1. Jefatura del hogar	39
2.4.2. Nivel educativo	40
2.4.3. Actividad económica	42
2.4.4. Condiciones de salud	47
2.4.5. Condiciones de la vivienda	55
2.4.6. Condiciones de pobreza	61

CAPITULO III. METODOLOGÍA	65
3.1. Tipo de diseño	65
3.2. Universo o población	65
3.3. Técnica de muestreo	65
3.4. Procedimiento de muestreo	66
3.5. Técnicas de recolección de datos	66
3.6. Tipo de análisis	67
3.7. Presentación de los datos	68
CAPITULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS	69
CONCLUSIONES	139
PROPUESTAS	144
BIBLIOGRAFÍA	148
INDICE DE ANEXO	

ÍNDICE DE CUADROS

	PÁGINA
CUADRO I VARIABLES, DEFINICIONES, INDICADORES Y FUENTE	17
CUADRO II TASA DE ALFABETISMO SEGÚN SEXO POR ÁREA URBANA Y RURAL. CENSOS: 1990 – 2000	41
CUADRO III PROMEDIO DE AÑOS DE ESCOLARIDAD SEGÚN SEXO POR ÁREAS URBANA, RURAL 1990 – 2000	41
CUADRO IV TASA DE ACTIVIDAD EN LA REPUBLICA POR SEXO: CENSOS DE 1970, 1980 Y 1990	43
CUADRO V DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE 10 AÑOS Y MÁS DE EDAD EN LA REPÚBLICA POR ÁREA DE Y SEXO, SEGÚN SECTOR ECONÓMICO. CENSO DE 1990.	46
CUADRO VI EVN SEGÚN EDAD, ÁREA Y SEXO EN PANAMÁ. AÑOS 1985-1990	49
CUADRO VII EVN, POR SEXO: PERÍODO 1975-2010	50
CUADRO VIII TASA DE NATALIDAD EN LA REPÚBLICA POR ÁREA	51
CUADRO IX NACIMIENTOS VIVOS CON ASISTENCIA PROFESIONAL EN EL PARTO, SEGÚN ÁREA. AÑOS 1992-1998	52

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	PÁGINA
GRÁFICA Nº 1 TIPO DE SERVICIO HIGIÉNICO	72
GRÁFICA Nº 2 EDAD DE LA MUJER ENCUESTADA	76
GRÁFICA Nº 3 EDAD DE UNIÓN MARITAL DE LA ENCUESTADA	84
GRÁFICA Nº 4 NIVEL DE EDUCACION DE LA ENCUESTADA	86
GRÁFICA Nº 5 LUGAR DONDE PARIÓ LA ENCUESTADA	90
GRÁFICA Nº 6 CONOCIMIENTO DE LA ENCUESTADA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	105
GRÁFICA Nº 7 PREFERENCIA EN EL SEXO DE LOS/AS HIJOS	108
GRÁFICA Nº 8 PREFERENCIA DE LA ENCUESTADA PARA RECIBIR INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	110
GRÁFICA Nº 9 EDAD PARA COMENZAR LA EDUCACIÓN SEXUAL	112
GRÁFICA Nº 10 MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO	113
GRÁFICA Nº 11 ACCIONES QUE TOMA LA ENCUESTADA CUANDO SALE EMBARAZADA	115
GRÁFICA Nº 12 DECISIÓN EN EL REINICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES POSTPARTO	120
GRÁFICA Nº 13 DECISIÓN EN EL NÚMERO DE HIJOS A PROCREAR	123
GRÁFICA Nº 14 DECISIÓN SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES	125

INDICE DE TABLAS

	PÁGINA
TABLA Nº1 CONDICIONES MATERIALES DE LAS VIVIENDAS	70
TABLA Nº 2 ESTRUCTURA DE EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	75
TABLA Nº 3 NIVEL ACADÉMICO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	77
TABLA Nº 4 PERSONA DEL NÚCLEO FAMILIAR QUE LABORA EN LA AGRICULTURA JUNTO AL JEFE DE FAMILIA	79
TABLA Nº 5 SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA FAMILIA SEGÚN CANTIDAD DE HIJOS POR INGRESO FAMILIAR MENSUAL, EN BALBOAS.	81
TABLA Nº6 FECUNDIDAD DE LA ENCUESTADA SEGÚN NÚMERO DE HIJOS POR NIVEL ACADÉMICO	88
TABLA Nº 7 CUIDADOS QUE TIENE LA MUJER DESPUES DEL PARTO	118
TABLA Nº 8 JORNADA DIARIA DE LA MUJER Y EL HOMBRE	127.
TABLA Nº 9 LABORES QUE REALIZAN LAS MUJERES	129
TABLA Nº 10 SITUACIONES DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL GRUPO ESTUDIADO	130

RESUMEN

La presente investigación es novedosa en su campo, pues no existen estudios sobre la salud sexual y reproductiva en el área rural, y menos aun sobre empoderamiento en la sexualidad.

Todas las familias estudiadas residen en el distrito de Las Palmas, provincia de Veraguas, no tienen ingresos familiares fijos y viven en pobreza extrema. Estas condiciones materiales influyen en las condiciones de insalubridad en la que han parido a sus hijos y en la falta de control médico a sus embarazos, a sí como, a la falta de acceso que tienen a las instalaciones de salud pública y al uso de anticonceptivos.

En todos los aspectos tratados es evidente la falta de empoderamiento de las mujeres estudiadas sobre su salud sexual y sobre su cuerpo. Demuestran a través de las variables tratadas que no tienen poder ni control sobre sus cuerpos, pero lo más preocupante es la falta de conciencia que mostraron las encuestadas con respecto al derecho a decidir sobre sus cuerpos y la responsabilidad que tienen con relación a su salud y a su sexualidad.

SUMMARY

The present investigation is new in its campus. There are no studies over the sexual health and reproductive system in the rural areas. And even less studies in the impermanent of their sexuality.

All the families that are educated reside in the district of Las Palmas, a province of Veraguas. They do not have a steady income and they live in extreme poverty. These kind of conditions influence in the way their health are and it influence on the way they deliver their baby's. Also the lack of medical attention during their pregnancy. They are deprived of access to public health and the use of contraceptives.

In all aspects treated is evident the lack of imperilment of women's studies over their sexual health and their body's. They demonstrate over the different studies, that they do not have the power or the control over their bodies. What is more alarming is the lack of conscious that the research shows in respect to the rights to decide over their body's and the responsibility that they have in relations to their health and their sexuality.

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCION

La salud reproductiva de la mujer está determinada por varios factores, entre los que tenemos, en primer lugar las condiciones socioeconómicas dominantes que colocan a la mujer en una relación de subordinación dentro de la sociedad, (a nivel familiar, local, y nacional), en segundo lugar los patrones socioculturales que han contribuido a que se adoptan pautas de conducta y comportamientos que afectan la salud física y emocional de la misma y por último; la subordinación dentro de su relación de pareja, como resultado de los patrones androcéntricos y de su situación de dependencia en el plano económico.

Además de todos los problemas de salud que presentan las mujeres, a algunas, como las del área rural, se le suman aquellos derivados de su función reproductiva como son: embarazos a edades tempranas, complicaciones de embarazos no controlados, complicaciones en el parto sin atención médica, embarazos en el período de menopausia, desarreglos de los órganos reproductores, como consecuencia de su trabajo en la agricultura y otros de salud mental, derivados de abusos sexuales y violencias intrafamiliar.

En cuanto a este último aspecto, el Plan Nacional: Mujer y Desarrollo, 1994-2000 planteó que en "Panamá mueren más mujeres en el área rural por violencia que las mujeres en las áreas urbanas." (MINSa 2000:40) Esto es producto de que los valores son más tradicionales y machistas y del atraso económico que prevalece en la mayoría de las familias campesinas, trayendo como consecuencia formas inadecuadas de convivencia familiar, donde prima el hacinamiento y la promiscuidad, unido al bajo nivel cultural y educativo que sumerge a la mujer en la

ignorancia de su cuerpo y hasta de su propia sexualidad, tejiendo alrededor de ella un conjunto de mitos y tabúes que obstaculizan su desarrollo psíquico y emocional en este campo.

Las mujeres rurales forman un grupo o una categoría social distintiva en el contexto sociocultural y estructural de la sociedad panameña, diferenciándose claramente de otros grupos, en cuanto a sus necesidades, objetivos y subjetivos, atributos comunes, comportamiento y reacciones entre otras. En éste contexto es que nos interesa analizar el concepto de “empoderamiento” en cuanto a la salud reproductiva de este colectivo.

Desde la década pasada los gobiernos de turno comenzaron a hacer especial énfasis en la situación de desventaja y subordinación en que vive este grupo. El reconocimiento común a través de la atención de académicos, profesionales, políticos y de la sociedad civil organizada, contribuyeron para que se formularan políticas públicas, proyectos de desarrollo y se realizaran distintos tipos de eventos, sin embargo, éstas acciones han coadyuvado muy poco para cambiar sustancialmente la realidad de la mujer rural panameña, muchas de estas acciones quedaron en sus fases de formulación y en las buenas intenciones.

En 1991 se estimó que el 49.00% de la población total del país vivía en pobreza, para 1995 esta situación había mejorado al calcularse sólo el 40.00%. Para este mismo año se hallaba en pobreza extrema el 18.10% de la población general y el 15.90% en la región metropolitana. En los distritos de La Mesa, Sambú, Las Palmas (donde se encuentra nuestra población objeto de estudio), Las Minas, Santa Fe y Tolé, se estimó que más del 90.00% de la población vive en condiciones de pobreza. (OPS, 1998:432)

Las desigualdades socioeconómicas entre el área urbana y rural se ponen de manifiesto también en el comportamiento de la fecundidad, que tiene su base en las oportunidades de salud, educación, empleo y vivienda, entre otras.

La provincia de Veraguas en el censo del 2000 registró una población de 209,076 habitantes y una densidad de 19.6 habitantes por kilómetro cuadrado. En esta provincia se concentra el 7.9 % del total de la población del país.

La tasa de crecimiento intercensal para las últimas tres décadas fue de 1.32 (1970-1980) , 1.37 (1980-1990) y 0.52 (1990-2000). (Contraloría. Resultados finales. Volumen II. Junio de 2000: 1)

Para el 2000 también se detectó para esta provincia una de las tasas de crecimiento promedio (TCP) del país más bajas, junto a las provincias de Los Santos, y Herrera, con 0.52%, 0.82% y 0.90%, respectivamente. En el caso de Veraguas, se han logrado progresos en todos los indicadores de salud, lo que ha coadyuvado en la disminución de la fecundidad y la mortalidad, como consecuencias de la segregación de algunos distritos que en 1990 pertenecían a la misma y que pasaron recientemente a conformar la comarca Ngóbe Buglé y que se caracterizaban por registrar altas tasas de crecimiento poblacional . (Ibid)

Tal como se puede observar en los datos que nos brindan los censos, de 1990 y 2000 se da un bajo crecimiento en la población veraguense, siendo uno de los crecimientos numéricos más bajos del país entre las provincias (Veraguas: 10,581, Herrera: 8,784, Los Santos: 6,548, y Darién: 4,422), y también es el porcentaje de crecimiento más bajo entre las provincias, a saber: Veraguas 5.3%, Los Santos 8.5%, Herrera 9.4% y Darién 12.3%. Sin embargo si lo comparamos

con todo el país, la comarca Kuna Yala fue la que tuvo un crecimiento más bajo al disminuir su población entre 1990 y 2000 en 1,598 personas, para un porcentaje negativo de -4.7%. (Panamá en Cifras. Noviembre de 2001: 249 – 250)

Así como en otras provincias centrales, se da un decrecimiento en casi todos los distritos, en orden descendente tenemos: La Palmas con una diferencia numérica negativa de -3,419 (-16.0%) pobladores, Río de Jesús con -336 (-6.0%), Cañazas con -901 (-5.3%) habitantes, Calobre con -477 (-3.8%), La Mesa con -394 (-3.2%) y Soná con -461 (-1.7%). Esta situación en la provincia de Veraguas es algo similar a la Santeña y Herrerana, con una constante expulsión de población hacia otras regiones del país o migraciones dentro de la misma provincia. Se puede notar al igual que Chitré, el gran crecimiento de Santiago con relación al resto de los distritos. Este también es un distrito urbano con bastante pujanza a nivel comercial y en el sector servicio.

La estructura de la población por sexo nos indica que en 1990 el porcentaje de hombres era superior al de mujeres, con un 53.35% y 46.64% respectivamente.

Para el 2000 la situación es parecida con un 52.64% de hombres y un 47.35% de mujeres. Esta distribución es relativamente similar para casi todos los distritos. La excepción la hacen Calobre (44.04%), San Francisco (44.01%) y Montijo (44.55%), donde el porcentaje de mujeres es más reducido y Santiago (50.50%) que es el único distrito donde las mujeres son mayoría, (Tabla N° 2)

Para el censo del 2000 el índice de masculinidad a nivel provincial fue de 111.2. Por distritos los índices superiores los tuvieron Calobre, San Francisco y Montijo con 127.0, 127.2 y 124.4 respectivamente y el menor índice lo registró Santiago con 98.0.

En todos los grupos de edades el porcentaje de hombres es superior al de las mujeres, con un índice de masculinidad de 111.2, uno de los más altos del país, junto a Bocas del Toro con 123.5 y la comarca Emberá de 113.6 hombres por cada cien mujeres. (Contraloría. Resultados finales, Volumen II. Censos de 2000:2).

Sin embargo, a pesar de contar con las estadísticas de la población indígena en 1980 y 1990, siempre hubo avances importantes en materia de educación en las últimas décadas. Para el censo de 1980 la población de la provincia de Veraguas con 10 años y más que tenía menos del tercer grado de primaria ascendía a 28.5%, para 1990 había disminuido a 21.9% y para el 2000 a 15.2%.(Ibid: 4)

En la dimensión educativa la asistencia neta combinada de los distintos niveles de enseñanza ha mejorado en la última década al superar de 61.5% en 1990 a 70.1% en el 2000. En cuanto a las diferencias por distritos Santa Fé y Cañazas con el mismo porcentaje (61.4%) fueron los que obtuvieron menores beneficios en la década pasada en este indicador.

En el censo de 1990 la población de Veraguas con instrucción fue de 77.8%, con un nivel promedio de escolaridad de 5.8 grados aprobados, mientras que la cifra nacional fue de 88.5% de población con instrucción y la escolaridad media de 7.7.

Para esta misma década también existía un mayor número de mujeres sin instrucción, lo que indica que los hombres tienen más oportunidades o que las mujeres con instrucción emigran más que los hombres.

Otro indicador importante para medir el nivel socioeconómico de las familias es la relación del ingreso con el precio de la canasta básica. En la provincia de Veraguas el 48.3% de las familias, según el censo del 2000 y el análisis realizado por el PNUD, para el INDH, reciben ingresos por debajo del precio de la canasta básica de alimentos, frente al 26.5% del total del país. Este dato nos está demostrando que casi al mitad del total de las familias viven en pobreza crítica, porque no pueden ni siquiera satisfacer sus necesidades de alimentación. Entre los distritos con mejores condiciones están Santiago con el 18.7% de las familias que están con ingresos bajo el precio de la canasta, y Atalaya con 29.4%. Los demás tienen porcentajes entre los intervalos de 53.7% que es el caso de Montijo hasta el 78.1% de Las Palmas con el porcentaje más alarmante. (PNUD. Informe de los Indicadores de la Provincia de Veraguas. Panamá, 2002:10)

La provincia de Veraguas, junto a Darién y Coclé se encuentra entre las tres provincias que a nivel nacional presentan los ingresos promedios más deprimidos, los cuales son comparables y ocasionalmente inferiores a, los ingresos promedios de algunas comarcas indígenas. Según el mismo informe (PNUD-INDH) en la provincia de Veraguas el ingreso promedio general es de 102.00 balboas, y el ingreso promedio de los pobres es de 27.00 balboas, esto da una brecha de pobreza de 65% y una intensidad de la pobreza de 43%. (PNUD. INDH, Panamá, 2002: 91) La brecha o profundidad de la pobreza de ingreso, es el porcentaje de la línea de pobreza que le falta al ingreso de los pobres para llegar a la línea de la pobreza y la intensidad de la pobreza es el valor de la

brecha al cuadrado. La mediana de ingreso de los pobres es casi una tercera parte del ingreso general que existe en el país. (PNUD. INDH. Panamá, 2002: 91)

El presente estudio utilizando métodos de recolección de información cualitativos y cuantitativos pretendió conocer la realidad concreta sobre la influencia que tienen las condiciones socioeconómicas y el empoderamiento en la salud reproductiva en un grupo de 35 mujeres en edad reproductiva (15 a 47 años) que residen en Raizal, provincia de Veraguas, con el fin último de contribuir a la elaboración de un plan de desarrollo de salud reproductiva para esta área.

La investigación se realizó con fondos propios. Las limitaciones económicas y las características geográficas del área que la hacen de difícil acceso determinaron para que sólo se incluyera en la muestra la comunidad de Raizal.

1.1. Tema

Influencia de las condiciones socioeconómicas y del empoderamiento de una muestra de 35 mujeres de la provincia de Veraguas en su salud reproductiva, en octubre de 2001.

1.2. Problema

¿Qué influencia tienen las condiciones socioeconómicas y el empoderamiento en la salud reproductiva de una muestra de 35 mujeres en edad reproductiva que residen en Raizal, en la provincia de Veraguas. En octubre de 2001?

1.3 Justificación:

Estudiar las condiciones socio – económicas que caracterizan a las

familias objeto de estudio, así como aquellos que específicamente inciden en su salud reproductiva, es una tarea de rigor absolutamente necesaria para cualquier proyecto que procure proveerlos de asistencia técnica y financiera para el mejoramiento integral de sus condiciones de vida.

Lo anterior implica que es necesario considerar las condiciones concretas de existencia de los grupos humanos por la interrelación que existe entre condiciones materiales y comportamiento social. Unido a lo anterior nos encontramos que en esta época de globalización se producen grandes transformaciones a nivel de la economía que se traducen en la agudización de las diferencias interregionales e intergrupales y entre el área urbana y rural con su secuela de marginación política y sobre todo social.

Las condiciones de existencia de las mujeres se agrava en la medida en que la falta de oportunidad y equidad aumentan la discriminación que ella padece en el sector de la salud. A pesar de los avances en la salud sexual y reproductiva de todo el país, aun el área rural está en desventajas en muchos aspectos como por ejemplo las defunciones maternas que en 1996 fueron de 44 para todo el país, al área urbana le correspondieron 16, mientras que para la rural fue de 28, en este mismo rubro en el año 1997 el total fue de 42, en el el área urbana ocurrieron 16 y la rural 26. Esto muestra como las posibilidades de atención y la calidad de la misma durante el embarazo y en el parto sí tienen una incidencia determinante en los resultados. (Ministerio de la juventud, la mujer, la niñez y la familia, 1999:87)

Esta desigualdad también se aprecia más claramente en las tasas de mortalidad materna según área de procedencia. En el año 1996 la tasa nacional

fue de 0.7, mientras que para el área urbana fue de 0.5 y para el área rural de 0.9. Para 1997 a pesar que bajó para todo el país (0.6) para el área rural la tasa se mantuvo igual (0.9), mientras que para el área urbana el descenso fue notorio con una tasa de 0.4. (Ministerio de la juventud, la mujer, la niñez y la familia, 1999:88)

En la misma fuente se plantea que solamente el 59.90% de las mujeres en extrema pobreza y el 31.00% de las mujeres indígenas tuvieron acceso a la atención profesional en el parto, en comparación con el 97.70% de las mujeres no pobres que si tuvieron atención profesional al parto.

El mayor acceso que tiene la mujer urbana a los centros de salud se pone de manifiesto en la menor tasa global de fecundidad, que varió en el período de 1970 a 1990 de 4 a 2 hijos por mujer, mientras que en el área rural a pesar que bajó de 7 a 4, sigue siendo alta. En cuanto a las tasas global de fecundidad por provincias Darién, Bocas del Toro y Veraguas, han mantenido las más altas desde 1980 que fueron de 5 a 7 hijos por mujer, entre 4 a 5 en 1990, y en el 2000 de 3.8 en Bocas del Toro, 4.1 en Darién, y 3.3 en Veraguas. (Contraloría. Situación de la población con perspectiva de género. 1999:17 – 19 y Panamá en Cifras. Noviembre de 2001: 88).

Los otros indicadores demográficos relacionados con la salud para la provincia de Veraguas entre el año 1996 a 2000, demuestran también que ha habido un avance en todos ellos, a saber: la esperanza de vida al nacer aumentó de 69.8 años en 1996 a 71.0 años en el 2000; la tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos) disminuyó de 23.2 en 1996 a 20.8 en el 2000, aunque fue un poco más alta que la nacional que registró una tasa de 20.0 en el 2000, pero si la comparamos con otras provincias como Bocas del Toro (38.0), Colón (24.4),

Chiriquí (25.7), y Darién (42.2), cuyas tasas fueron mucho más altas, podemos decir que la situación de la provincia en este indicador es aceptable con relación a los parámetros nacionales, pero ambos es necesario superarlos. La tasa bruta de natalidad disminuyó de 25.8 a 23.5 niños nacidos en promedio por 1000 habitantes, pero continúa siendo más alta que la nacional que fue de 21.4 niños nacidos en promedio por cada 1000 habitantes. Por otra parte la tasa bruta de mortalidad también disminuyó de 6.8 a 6.7 personas muertas por cada mil habitantes, pero más alta que la nacional que fue de 5.1 en el 2000. (Contraloría. Panamá en Cifras. Noviembre de 2001:88)

Los principales problemas político-sociales de la Región de Salud de Veraguas que influyen en la situación de la salud y su desempeño son: la accesibilidad social que incluye aceptabilidad y disponibilidad económica, la inequidad en la asignación de recursos en el sector salud, las políticas de centralización y burocratización y la duplicidad de servicios. Estos aspectos influyen directamente en nuestro objeto de estudio por cuanto Raizal es una de las regiones de mayor inaccesibilidad dentro de la provincia. (MINSAs. Informe de la Región de Salud de Veraguas. 2001:10)

Las tasas de fecundidad y mortalidad son consecuencias directas de las condiciones socioeconómicas del entorno, del desarrollo del sistema productivo y de las condiciones de vida de la población, entre otros factores. En la medida en que estos factores y otros han mejorado se ha podido percibir un cambio positivo en los indicadores sociodemográficos de la provincia.

El reto de la actualidad es procurar que los ajustes que suscitan los cambios económicos de la globalización, se efectúen de la manera menos

traumática posible, lo cual sólo podría realizarse si dotamos a los grupos con mayor desventajas dentro de la estructura socio-económica, de los mecanismos necesarios para el fortalecimiento de la familia y la comunidad. Esto implica brindarles instrumentos que les permitan reestructurar sus dinámicas vitales, sin la pérdida de aquellos elementos que los identifican y cohesionan como grupo humano. (Hernández, 1997:10)

Se refiere entonces que una investigación que utilice los paradigmas cualitativos y cuantitativos es el vehículo que facilitaría tanto la recolección de la información pertinente, como la aplicación útil y efectiva de la misma a través de diseños de programas y políticas de desarrollo acordes con la realidad de los estudiados que contribuyan a mejorar su calidad de vida.

La presente investigación es novedosa en su campo, pues no existen estudios sobre salud sexual y reproductiva en el área rural, y menos aun sobre empoderamiento en la sexualidad, por lo que esta investigación se pudiera convertir en un estudio piloto para la formulación posterior de un diseño más acabado que se le aplique a una muestra representativa del área rural, y que pueda brindar junto a otros estudios, los insumos necesarios para la formulación de programas concretos, que respondan a las necesidades específicas que sobre salud reproductiva y empoderamiento tienen las mujeres rurales.

1.4. Objetivos Generales:

- Analizar la influencia de las condiciones socioeconómicas en la salud reproductiva del grupo estudiado.
- Analizar el concepto de empoderamiento y su aplicación a la salud sexual y

reproductiva de las mujeres estudiadas.

- Evaluar los programas de salud sexual y reproductiva en Panamá

1.5. Objetivos Específicos:

- Identificar las condiciones socioeconómicas de la mujer rural en Panamá y del grupo estudiado
- Presentar la evolución del concepto de salud sexual y reproductiva.
- Evaluar el conocimiento que posee la mujer objeto de estudio, en materia de salud sexual y reproductiva.
- Conocer el acceso y la utilización que hacen las mujeres estudiadas sobre las instituciones de salud.
- Analizar las relaciones de género entre la población estudiada.
- Identificar el empoderamiento del grupo estudiado en cuanto a su salud sexual y reproductiva.

1.6 Hipótesis

- Hipótesis N° 1 (análisis cualitativo)

Las condiciones socioeconómicas influyen en la Salud Reproductiva del grupo estudiado y en las relaciones de género

- Hipótesis N° 2 (análisis cualitativo)

El empoderamiento de las mujeres influye en su salud reproductiva

- Hipótesis n° 3 (Se usará la normal Z)

Ho: La edad promedio de las mujeres encuestadas es menor o igual a 35 años.

Ha: La edad promedio de las mujeres estudiadas es mayor de 35

años.

➤ Hipótesis N° 4 (Se usará la normal Z)

Ho: El número de hijos promedio de las mujeres estudiadas es mayor o igual a cinco.

Ha: El número de hijos promedio de las mujeres estudiadas es menor a cinco.

➤ Hipótesis N° 5 (Se usará la normal Z)

Ho: El nivel de escolaridad promedio de las mujeres estudiadas es mayor o igual a quinto grado de primaria.

Ha: El nivel de escolaridad promedio de las mujeres estudiadas es menor de quinto grado de primaria.

➤ Hipótesis N° 6 (Se usará X²)

Ho: El nivel de escolaridad de las mujeres estudiadas es estadísticamente independiente de la edad.

Ha: El nivel de escolaridad de las mujeres estudiadas es estadísticamente dependiente de la edad.

➤ Hipótesis N° 7 (Se usará X²)

Ho: La cantidad de hijos que tienen las mujeres estudiadas es estadísticamente independiente de su nivel de escolaridad.

Ha: La cantidad de hijos que tienen las mujeres estudiadas es estadísticamente dependiente de su nivel de escolaridad.

1.7 Variables, indicadores y fuente:

1.7.1. Variables independientes:

- **Condiciones socio-económicas**
 - **Empoderamiento.**

1.7.2. Variables dependientes:

- **Salud reproductiva**
- **Relaciones de género**
- **Número de hijos que parió**
- **Nivel de escolaridad**

1.7.3. Cuadro sobre variables, definiciones, indicadores y fuentes.

CUADRO I VARIABLES, DEFINICIONES, INDICADORES Y FUENTE

VARIABLE	DIMENSIONES E INDICADORES	TÉCNICAS INSTRUMENTOS DE CONTROL
<p>Condiciones Socioeconómicas:</p> <p>Definición: Expresa la relación del Objeto con los fenómenos que lo Rodean, sin los cuales no puede existir" (Rosental et al, 1981:235)</p> <p>En nuestra investigación se interpretará la naturaleza o propiedad de las situaciones sociales y económicas que caracterizan una determinada realidad</p> <p>Definición operacional: Actividad económica, tenencia de la vivienda, condiciones de la vivienda, servicios públicos, actividad productiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • .Economía familiar: actividad económica, ingreso, aporte de los miembros de la familia. • Nivel de educación • Estado civil de la encuestada • Condiciones físicas de la vivienda: materiales de construcción. • Servicios Públicos: educación, transporte, salud, vías de acceso a la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas • Encuestas • Observación al área • Entrevistas a profundidad
<p>Salud Reproductiva:</p> <p>Concepto: Es "... el estado de completo bienestar físico, mental y social durante el cual se cumple el proceso reproductivo..." Hernández (1998:27)</p> <p>Definición operacional: Edad de inicio de vida sexual en la mujer, embarazo, Parto y puerperio. Tenencia de hijos, nivel educativo de la madre, utilización de medicina tradicional e institucionalizada, aborto, control de la natalidad y planificación familiar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo: control, alimentación, vitaminas Prenatales, vacunación, número de embarazos, tiempo entre un embarazo y otro. • Cantidad de veces que se caso o unió. • Parto: Número de hijos, mortalidad materna/infantil, atención en el parto, lugar donde paren, Medicinas naturales, participación del padre. ◆ Nivel educativo: escolaridad (relación entre nivel educativo de la madre y el número de hijos) ◆ Puerperio: Higiene posterior al parto, cuidados, alimentación y relaciones sexuales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Fuentes Secundarias: Centro de Salud • Entrevista a funcionarios/as del centro de salud. ◆ Entrevista a partera Empírica.

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Aborto: Número de abortos. ◆ Edad para comenzar la educación sexual. ◆ Edad que tenía con el primer embarazo. ◆ Persona adecuada para impartir la educación sexual a los hijos/as. ◆ Planificación familiar: conocimiento sobre planificación familiar y uso de métodos anticonceptivos. 	
<p>Empoderamiento Concepto: Proceso de crecimiento individual, capacidad para tomar decisiones y proponerse metas.⁽¹⁾</p> <p>Definición operacional: Toma de decisiones, relaciones de género, de poder, confianza en sí misma, autonomía de la mujer sobre su propio cuerpo, decisiones en el marco familiar, roles de género, relaciones de poder, conciencia de género y violencia intrafamiliar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Decisiones en cuanto al número de hijos/as, sobre la práctica sexual, cuando tener los hijos/as, cuando comenzar a tener relaciones sexuales después del parto. • Poder: quién decide las relaciones sexuales, sobre la disciplina de los hijos/as, quién controla el dinero, quién lleva el dinero. • Relaciones de género: jornada diaria de hombres y mujeres, preferencia en cuanto al sexo de los hijos, participación del hombre en el parto • Violencia intrafamiliar: golpes contra la mujer y palabras ofensivas. Conciencia de ser agredida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Entrevistas a funcionarios/as del centro de salud. • Observación al área • Entrevista a profundidad

¹ PROIGUALDAD Dos historias de vida y liderazgo Miropa Hernández y Elvira Madrid. Panamá, 1999
Página 9

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. ENFOQUE SOCIOLOGICO SOBRE SEXUALIDAD

La sexualidad tiene diferentes dimensiones entre las que se pueden mencionar: la biológica, psicológica, conductual, antropológica, clínica y sociológica.

La sexualidad desde el punto de vista psicológico se analiza tomando en cuenta el desarrollo y desenvolvimiento del hombre y de la mujer en la sociedad; eso implica ver la sexualidad humana en su propio contexto social, cultural, económico y político.

A menudo, es difícil hablar sobre cuestiones sexuales, pues el tema históricamente ha sido polémico y hoy aún lo sigue siendo, porque se interpreta en función de los esquemas de valores, de la época, el lugar y las circunstancias. El concepto de lo "moral", "lo justo" o lo "correcto" varía de una cultura a otra, de una realidad concreta a otra. Por lo tanto, no existe un sistema de valores sexuales universales, ni un código moral que sea justo y aplicable a todos los hombres. (Master et al, 1982:16)

Los criterios sobre sexualidad cambian con el desarrollo de la sociedad, por ejemplo en estudios realizados en algunos países se han observado tres tendencias principales: En la primera la manifestación externa de la sexualidad se veía a través del rol que cada género debía desempeñar en la sociedad.

La identidad sexual se analizaba a través del rol, es decir la masculinidad y la feminidad, en un contexto social. De allí que en el pasado a las mujeres se les consideraba sexualmente pasivas, insensibles; en tanto que el hombre era

viril, fuertes y agresor sexual, en virtud de lo cual era éste el que debía tomar la iniciativa en una relación.

En la actualidad, la tendencia es pensar que la relación sexual es un acto de participación y gratificación mutua y mitos como la sacralización de la virginidad femenina, han perdido base de sustentación.

La segunda tendencia es el mayor grado de franqueza sobre la sexualidad. Cada vez los distintos medios de comunicación abordan el tema del sexo con mayor naturalidad y ha perdido el aura de misterio y tabú que lo caracterizaba.

La tercera tendencia plantea que el sexo tiene cada vez una aceptación más amplia como elemento de placer y de sentimientos compartidos, frente a los fines universales de procreación que hasta hace poco se le asignaban. (ibid. Pág. 18)

En nuestra época se considera que la sexualidad humana no se puede analizar separada de la salud reproductiva, ambos conceptos están estrechamente vinculados. Según Isabel Hernández la salud sexual y reproductiva es: "La posibilidad tanto del hombre como de la mujer de tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras sin coerción y sin temor de infección, ni de un embarazo no deseado; de poder regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos: de tener un embarazo y parto seguros y de tener y criar hijos saludables" (Hernández, 1997:18) esto implica también la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia, el hombre y la mujer tienen derecho a obtener,

cuándo y con qué frecuencia, el hombre y la mujer tienen derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para regular la fecundidad, así como a la posibilidad de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que se desea y el debido esparcimiento intergeneracional. En esta definición se reconoce que la sexualidad tiene un componente afectivo y de placer que empieza en la niñez y se extiende durante toda la vida.

La salud sexual y reproductiva comprende muchos factores, que han sido descuidados a través de la historia de la humanidad, siendo la mujer la más afectada: repercutiendo de distintas maneras en su salud, bienestar y calidad de vida.

Un análisis más completo de la sexualidad es aquel que permite involucrar todas las situaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, identificando no sólo los factores biológicos sino también culturales, sociales, económicos, ambientales y de poder que son determinantes en la salud y calidad de vida de todos los individuos, es decir de hombres y mujeres.

Este cambio de enfoque, responde a las condiciones actuales a nivel mundial, que sufren grandes transformaciones en los distintos planos de la sociedad. La globalización de la economía, produce reestructuraciones tecnológicas, políticas y sociales en todos los países. El ajuste económico trae consigo desbalances en la distribución de la riqueza social, agudiza las diferencias entre el área rural y la urbana y margina a amplios sectores de la población. Las ciudades se benefician de la modernización, mientras que en las

áreas rurales entra en crisis la economía y aumenta la marginación y el empobrecimiento.

El impacto de los reajustes económicos, caracterizado por el debilitamiento del sector público está produciendo grandes cambios en la organización social, en lo económico, político y cultural. Esto nos debería llevar a enfrentar el futuro con transformaciones productivas con equidad, tanto en el plano económico como aquel en el que se debe cumplir la salud sexual reproductiva.

Lo anterior significa iguales oportunidades de acceso a los medios de salud sexual y reproductiva y de información lo que equivaldría a adoptar en el plano concreto de cada país, de acuerdo a su realidad económica y cultural los postulados que sobre derechos reproductivos quedaron plasmados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo en 1994.

Uno de los mensajes de la Conferencia plantea que los problemas de población son cuestiones de desarrollo, así mismo se infiere que la sexualidad humana es crucial para el desarrollo.

La plataforma de Beijing celebrada en 1995, puso énfasis en la toma de decisiones políticas y en el impulso de medidas concretas y eficaces contra la violación de los derechos humanos y la discriminación de la mujer y las niñas.

Sin embargo, para poner en práctica lo anterior es necesario el análisis de los factores que influyen sobre la sexualidad o la salud reproductiva, pues además

de los biológicos, actúan de forma directa o indirecta los sociales, culturales y económicos.

La estructura de la familia en las últimas décadas ha tenido grandes cambios; por ejemplo la estructura de la familia en Panamá ha cambiado al igual que las relaciones y los roles entre los sexos y entre los diferentes actores que forman la constelación familiar, trayendo como consecuencia que las familias tengan un tamaño menor, aumento del número de las familias de madres solteras, mayor inestabilidad familiar, que se evidencia en altas tasas de separación y divorcio, incremento de las relaciones sexuales extramatrimoniales y prematrimoniales; el comienzo más temprano de las relaciones sexuales, aumento de los embarazos en adolescentes, incorporación de la mujer al mercado laboral, mayor proporción de familias donde el padre y la madre trabajan fuera del hogar. (Navarro, 1997: 10)

El papel del Estado se ha transformado, pues en la ola de privatización de empresas públicas, se está desligando de su función de proveedor de servicios de educación, salud, seguridad social y vivienda.

La respuesta a la crisis ha sido los programas de “ajustes estructural” limitándose, cada vez más, el gasto público en el área social. Esto ha traído como consecuencia que la familia tenga que hacer un esfuerzo cada vez mayor para satisfacer sus necesidades básicas, siendo los más perjudicados los grupos más vulnerables, como la mujer, los niños y las familias de bajos ingresos.

Los efectos de la pobreza y de la distribución del ingreso se ven reflejados en la salud sexual, que tiene una connotación muy diferenciada por clase social; por ejemplo hay mas cantidad de madres solteras en las clases populares, así como más casos de SIDA, etc. En las clases populares se visibiliza (y penaliza) más el aborto, ya que carecen de los recursos económicos que les permita efectuarlo con los márgenes de efectividad y seguridad que provee el dinero; por ello también hay mayores consecuencias negativas para la salud de estas mujeres.

La educación es un factor importante en la salud sexual y reproductiva; otros factores son: los demográficos, los estilos de vida (uso del tabaco, alcohol, medicamentos y drogas entre otros), los factores biológicos, la mortalidad, la morbilidad y por último las relaciones con los servicios de salud (accesibilidad, control prenatal, personal capacitado para la atención al parto y cuidados durante el puerperio).

2.2. POLITICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PANAMA

Los primeros antecedentes de la atención a la salud sexual y reproductiva en Panamá de forma institucional se remonta a la década de los treinta cuando se funda en el hospital Santo Tomás la primera escuela de enfermería y pocos años después se empiezan a formar enfermeras obstetra, siendo esta la primera especialidad que se desarrollo en el país dentro de dicha carrera. No es hasta 1963 que se funda en la Universidad Nacional la Escuela de Enfermería. (Corno (1995 :5))

En 1969 se estructura el Ministerio de Salud y con él nace el subprograma de protección a la mujer y al niño. Una de las preocupaciones del momento era reducir las altas tasas de mortalidad materno e infantil fundamentalmente para el área rural. Como su nombre lo decía el objetivo fundamental de éste programa era la protección a la mujer embarazada y al producto, se trata de garantizar una maternidad segura para que el producto y sea de calidad, el rol más importante para la mujer es el de la maternidad y la puericultura.

En 1971 respondiendo al panorama internacional en materia de salud, se crea el sub-programa maternal dentro del Programa Materno Infantil, lo que le da mayor autonomía, cuyo objetivo fundamental era la Captación y atención integral a la mujer embarazada y puérpera del área urbana y rural.

Nos encontramos ante el Enfoque de Bienestar para lo cual se trata de impulsar el crecimiento en la producción de bienes y servicios de salud. Se construyen centros de salud y subcentros en algunas regiones del interior del país, fundamentalmente en la década del 70, se reciben donaciones de instituciones internacionales y una parte de los préstamos internacionales es destinado a nuevas instituciones de salud.

En 1975, año Internacional de la Mujer se da un nuevo impulso a los proyectos de salud, se realizan esfuerzos de investigación y se comienza a hablar de la necesidad de que las mujeres participen de los beneficios del desarrollo. En esta década se sigue reforzando el papel reproductivo y del cuidado y socialización de los niños como el primero para la mujer, pero se incorpora a Nivel Nacional, impulsaba por los acontecimientos internacionales y

regionales, una función productiva y se reconoce la importancia de su contribución a la economía doméstica y al desarrollo nacional.

Para dar respuesta a esta nueva política dentro del Enfoque de Equidad, nacen o se desarrollan, algunas instituciones y programas dirigidos hacia las mujeres y los hombres como el “Plan de Emergencia”.

A finales de la década del 70 y principios del 80 se continúa desarrollando el Programa Materno Infantil dividido en Programa Maternal y Programa Infantil. En 1985 se comienzan a aplicar las primeras normas materiales que se fueron modificando de acuerdo a lineamientos de la OMS y la OPS y a los resultados de algunas investigaciones realizadas a nivel internacional y nacional.

Durante la década del 80 se comenzó a sentir con mayor crudeza los estragos de la crisis económica en la región y en el país. No se pudo ocultar más la situación de desventaja de las mujeres respecto a los hombres. El gobierno Nacional trató de enfrentar el problema y comienza a desarrollar programas de sobrevivencia para las mujeres pobres urbanas y rurales: se incrementan los cursos de manualidades, conservas, economía del hogar, los comedores escolares atendidos por las madres. Se comienza a aplicar en Panamá el Enfoque de Eficiencia lo que trajo consigo que la carga fuera mayor, de lo que había sido hasta entonces, para la mujer.

En el plano de la salud reproductiva en 1984 se realizó una encuesta nacional de salud materno infantil y planificación familiar que permitió recoger datos importantes para la formulación de proyectos en ésta área. También en

1982 se sanciona la ley 18 que define acciones específicas de salud materno infantil (artículo 144).

En 1986 los Ministros de Salud de las Américas, aprobaron Estrategias Regionales para el Futuro sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo. Plantearon la importancia de proteger y prevenir daños a la salud de la mujer, planteando lo siguiente: (De los Ríos, 1998:7)

- ◆ Reducción de las tasas de mortalidad materna y del cáncer en la mujer.
- ◆ Reducción de los riesgos en el trabajo (salud ocupacional) y la salud mental.
- ◆ Garantizar la accesibilidad de las mujeres a los servicios de salud y que los mismos satisfagan sus necesidades.

En seguimiento a estos acuerdos en 1990 se aprobó el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas.

En Panamá se intensificaron los esfuerzos de atención, promoción y prevención para reducir la mortalidad materna en un 50% para el año 2000. Estas acciones se desarrollan dentro del Plan Nacional de Salud de la Mujer, la Madre, la Niñez, el Escolar y el Adolescente, cuyo objetivo fundamental, es el de contribuir a la salud integral de esta población. Entre sus fines también está el de lograr cambios en la calidad de vida de la mujer, desde la perspectiva de género, haciendo énfasis en los derechos y deberes, auto-estima y la utilización de los servicios de salud. También propone la orientación y educación a hombres y mujeres sobre las relaciones de pareja, actitudes y prácticas sexuales, en el plano individual y familiar (MINSA, 1997:2)

A partir de 1994 se siguen los lineamientos de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en el Cairo, promoviendo un nuevo enfoque de la salud sexual y reproductiva basada en el reconocimiento de los derechos reproductivos como un derecho humano.

Se comienza una nueva visión de la Salud Reproductiva de la población que incluya la maternidad sin riesgo, la regulación de la fecundidad, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, la Salud Sexual como expresión de la sexualidad humana y la atención desde una perspectiva de género.

Las Normas de Atención de Salud Integral de la Mujer establecen los criterios para la aprobación de la esterilización femenina y masculina. El 16 de junio de 1995 se sanciona la ley N°27 que da protección Jurídica a la Mujer agredida física y psicológicamente. Tipifica los delitos de violencia intrafamiliar y maltrato de menores y ordena el establecimiento de dependencias especializadas para la atención a las víctimas.

No obstante las medidas adoptadas, Panamá en 1997 se encuentra dentro del grupo III de países con tasas altas de mortalidad materna, siendo ésta mayor en el área rural, a pesar del programa de capacitación a parteras empíricas que se desarrolla desde 1991. Hasta 1996 se habían captado 1500 parteras y parteros y se han capacitado el 56% (MINSAL, 1997:7)

En la última década disminuyó el presupuesto asignado a Programas y actividades en la Salud Materno Infantil y la Planificación Familiar. No obstante se han recibido diferentes apoyos económicos de organismos internacionales

(FNAUP, UNIFICEF, Banco Mundial, Unión Europea, etc.) que han contribuido a fortalecer el Proyecto de Salud Materno Infantil, Programa de Nutrición, Proyecto de Salud Rural, entre otros. (MINSa, 1997:4)

En 1998 se creó el Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva como producto de la concertación de diferentes grupos y sectores que fueron convocados por la Dirección nacional de Promoción de la Salud del MINSa.

Los Objetivos del mismo son los de trabajar a nivel nacional por mejorar los indicadores de mortalidad materna y perinatal, ETS/VIH/SIDA, violencia, sexual e intrafamiliar, abuso de drogas lícitas e ilícitas, cáncer de próstata, mama y cérvico-uterino y las relaciones de pareja y familia, entre otros.

También está dirigido a trabajar los valores éticos, el amor y la responsabilidad en el campo de la sexualidad y la reproducción, basados principalmente en los Deberes y Derechos Sexuales y Reproductivos. Para elaborar el Plan se utilizó en enfoque de género, lo intercultural, lo interétnico y de la diversidad humana

A nuestro juicio desde principios de la década del 90 se comenzaron a crear las condiciones para desarrollar el enfoque de Género en el Desarrollo, culminando el proceso con el Plan Nacional, que aún no se ha comenzado a implementar en todas sus partes. Anteriormente el enfoque utilizado era el de Mujeres en Desarrollo.

2.3. EL CONCEPTO DE EMPODERAMIENTO

Este concepto surge dentro de la tendencia género en el desarrollo (GED), cuyos objetivos son: cambiar las relaciones asimétricas e injustas y el mejoramiento de todas las personas y la sociedad en su conjunto, tanto en términos materiales, como físicos y emocionales, con el fin de lograr la plena ciudadanía y la democracia social o sea cambiar la vida de las mujeres y transformar las estructuras sociales (León, 1996:196-197).

Esta concepción parte de la necesidad de considerar las relaciones sociales entre hombres y mujeres, marcadas históricamente por la desigualdad y subordinación de éstas, e implica desconstruir socialmente esas asimetrías, que siguen tan vigentes como en los tiempos en que Lenin escribía: “ *En todos los países civilizados, incluso en los más avanzados, la situación de la mujer es tal, que no sin motivo se le denomina esclava del hogar*” (Lenin, 1975:61) Requiere, por supuesto visualizar el papel diferente que ambos cumplen, de acuerdo a procesos ideológicos, históricos, religiosos, étnicos, económicos y culturales, sin olvidar que dichas diferencias cambian para cada sociedad, grupo, clase y cultura, de acuerdo a un sinnúmero de factores.

Se incluyen las relaciones de género que se establecen en lo privado (dentro del hogar, dentro de la familia) y en lo público (esferas económicas y políticas), así como entre la reproducción y la producción, que cambia de acuerdo a la Estas relaciones deben analizarse como un proceso dinámico clase, la etnia, la cultura y la generación.

El empoderamiento es actualmente la estrategia más importante de las mujeres como individuos y como organizaciones para “ganar poder por sí misma en forma individual y colectiva, mediante acciones participativas. (León, 1997:197)

Para lograr el empoderamiento es imperativo ejercer el poder y la autoridad para desarrollar procesos transformadores. Es así que este concepto tiene una relación directa con el poder y con la autonomía, “entendida como un proceso de negociación con los espacios autónomos de otros”, entre los cuales se encuentra el Estado. (ibid)

Este concepto plantea que los orígenes de las desigualdades entre los géneros está en las relaciones familiares y en sus diferentes formas de acuerdo a características históricas, étnicas, de clase, etc. y a la posición del orden económico internacional, por lo que es necesario dar poder a las mujeres mediante la transformación de las desigualdades de género, clase, etnia y dentro de la familia. Para lo cual se plantean estrategias a corto y largo plazo, poniendo especial interés en las organizaciones de mujeres de abajo hacia arriba, como una forma de elevar su conciencia para enfrentar su subordinación, siendo esta su estrategia fundamental.

El empoderamiento se puede lograr en la medida en que se logre articular la perspectiva de género con el desarrollo y la equidad, pero esto sólo es posible si las mujeres acceden al poder y tienen las mismas posibilidades de influir en las políticas y decisiones que les afectan diariamente.

Con el empoderamiento, las personas y los grupos pueden conquistar tres tipos de poder, entendiendo éste como aquel que permite lograr ciertas capacidades y habilidades para tener influencia, poder y liderazgo en algunas o todas las relaciones sociales (EMEKUNDE, 1998:25 Y 116):

- ◆ Social: Consiste en tener y acceder a la información, a los conocimientos, a las organizaciones sociales y a los recursos financieros.
- ◆ Político: Se refiere al acceso a los procesos democráticos de toma de decisiones que les afectan.
- ◆ Psicológico: Este es mas complicado porque implica tomar conciencia del poder que individualmente y colectivamente tienen las mujeres. Sólo es posible si se tiene autoestima personal y se recupera la dignidad como persona.

El “empoderamiento” es por lo tanto, un proceso personal y colectivo, que tiene un resultado al final de dicho proceso.

El concepto de empoderamiento está inmerso dentro del paradigma de desarrollo humano, (aunque surgió con él) siendo éste uno de sus principios, junto al de sustentabilidad, equidad y productividad. Implica que hombres y mujeres tengan iguales oportunidades para la competencia.

La tesis en que se fundamenta esta relación empoderamiento – desarrollo humano, consiste en plantear que el poder debe ser un atributo de las personas, de cada una de ellas, y de los grupos y categorías sociales” (Lagarde (1996:110).En su concepción del mundo pone en el centro “lo humano y la escala humana”, por lo tanto el poder es: “el conjunto de poderes para vivir,

para desarrollarse y gozar del bienestar. Son los poderes para acceder a una buena calidad de vida".(ibid, pág. 110) .

La fundamentación teórica y sistemática de este enfoque (desarrollo humano) se fundamenta en la movilización de excluidos (as) y de personas y organismos cuyos poderes no habían sido reconocidos, menguados o invisibilizados en los sistemas de dominación.

En este paradigma están unidos políticamente los desposeídos y los hombres y las mujeres que están dispuestos a compartir y crear una nueva ética de paridad entre los y las seres humanos. El principio fundamental es el de la equidad humana, "cada vida humana es equivalente a todas y a cada una de las otras vidas humanas" (Ibid Pág.111)

Su contenido fundamental es la democracia o sea el desarrollo realizado por los propios actores, a través de su participación en las actividades y procesos que definen sus vidas.

Empoderamiento significa según Mahbud UI Haq (ibid)

- ◆ Que la gente está en posición de ejercer su capacidad de elegir de acuerdo con su propio y libre deseo.
- ◆ Implica una política democrática en que la gente puede influir sobre sus propias vidas.
- ◆ Requiere liberalismo económico para que la gente esté libre de regulaciones y controles económicos excesivos.
- ◆ Descentralización del poder para que la gobernabilidad sea traída a la puerta de cada persona.

- ◆ Que todos los miembros de la sociedad civil y los ONG, participen plenamente en la toma e implementación de las decisiones.

Según Marcela Lagarde (pág. 112) para lograr lo anterior es necesario contar con recursos para enfrentar las exigencias y la competencia en el mercado, por lo tanto es fundamental movilizar recursos y atender la educación y la salud para que las personas desarrollen sus capacidades, sean incluidas en los espacios de la democracia y democraticen las relaciones entre mujeres y hombres.

2.3.1. Empoderamiento en las Mujeres

El empoderamiento en las mujeres es el proceso mediante el cual:
(HERA, 1995:20)

- ◆ Obtienen mayor confianza en sí mismas, identidad personal, autoestima.
- ◆ Fortalecen el Control Sobre sus propias vidas, las relaciones personales y sociales.
- ◆ Aprenden a decidir sobre su cuerpo, cómo usarlo y hasta donde usarlo.
- ◆ Comprenden que la crianza de los hijos es una responsabilidad compartida con el padre.
- ◆ Aprenden a luchar por su vida, su salud y su bienestar.
- ◆ Comienzan a buscar poder en lo público y en lo privado.
- ◆ Alcanzan mayor seguridad en su sexualidad y en la reproducción.
- ◆ Desarrollan su capacidad para reflexionar colectivamente sobre sus experiencias, sus derechos, deberes, expectativas y anhelos.

- ◆ Desarrollan su capacidad para tomar decisiones autónomas sobre sus propias vidas.
- ◆ Aprenden a defender sus derechos humanos, sus necesidades físicas y emocionales.
- ◆ Refuerzan sus habilidades y capacidades personales para dialogar y negociar con otros/as.
- ◆ Aprenden a trabajar en colectivo y a liberar sus fuerzas.
- ◆ Aprenden a controlar los agentes externos e internos que interfieren con su desarrollo y el de sus familias.

2.3.2. Empoderamiento en la Salud Sexual y Reproductiva

El empoderamiento desde el punto de vista de la salud sexual y reproductiva es importante porque en la medida en que la mujer construye y refuerza auto imágenes positivas, auto confianza y capacidad para desarrollarse mejora en todas las esferas de la vida. Concretamente la mujer:

- ◆ Aprende a decidir sobre su sexualidad y la reproducción. Determina cuántos hijos quiere tener, de qué modo y en qué circunstancias.
- ◆ Aprende a nutrirse mejor y a ser más equitativa consigo misma en cuanto a la alimentación.
- ◆ Comienza a cuidar de su salud, igual que lo hace con la de los hijos.
- ◆ Decide sobre su cuerpo, sobre los métodos anticonceptivos.
- ◆ Aprende a exigir respeto por su cuerpo y por su sexualidad.

- ◆ Exige mejor atención médica y mejor servicio de salud y salubridad.
- ◆ Comienza a intervenir en políticas y programas de salud.
- ◆ Solicita información para cuidar de su salud y la de la familia.
- ◆ Reduce su carga de trabajo, deja de sobre exigirse a sí misma.
- ◆ Se involucra en los programas de educación sexual y contribuye a la difusión de éstos con sus hijos y otros miembros de la comunidad.

Los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos y esenciales para el desarrollo de las potencialidades de todas las mujeres, así como, del resto de la sociedad. La salud sexual es imprescindible para el bienestar mental, emocional y físico de todos los individuos.

Los derechos reproductivos son importantes para el empoderamiento de las mujeres y para la igualdad de género, por lo que es necesario el respeto de los mismos. En la medida en que estos derechos se cumplen, se suministrará mejor calidad y cantidad de servicios de salud, esto a su vez creará las bases, no sólo, para el desarrollo de las mujeres, sino de sus hijos/as y para el bienestar integral de la familia.

El empoderamiento se logra según las condiciones concretas de cada mujer, de acuerdo a su experiencia de vida, su desarrollo intelectual y a las condiciones concretas de existencia. El empoderamiento conduce a lograr autonomía y desarrollo individual, a estimular la participación colectiva o comunitaria y a fortalecer para el cambio. Todo lo anterior significa, en el caso de las mujeres, un desafío a la ideología patriarcal, con el objetivo de cambiar las estructuras que refuerzan la discriminación de género y la desigualdad

social. por lo que es muy difícil que se puedan dar de forma espontánea. (León, 1997:159)

Para lograr el empoderamiento es necesario transformar las relaciones familiares patriarcales, donde los hombres tienen la posición privilegiada, es necesario, según Kannbiran, que el empoderamiento cruce el umbral del hogar (Ibid. Pág. 21), cuando las mujeres controlen su cuerpo, su sexualidad, su movilidad, sus decisiones, cuando el abuso físico, el abandono y la violación en todas sus formas sean castigados.

También es necesario que las mujeres logren acceder a los conocimientos y a los recursos materiales, para poder tener poder y controlar lo económico y lo político para su beneficio, el de la familia y el de la comunidad. También todo este proceso es beneficioso para los hombres porque se les permiten nuevas experiencias emocionales y materiales y se les libera de los estereotipos de género que también significan una atadura para ellos. Es por eso que el empoderamiento de las mujeres implica no sólo un cambio en su comportamiento y en sus experiencias, sino también en su pareja y en los otros miembros de su familia.

2.4. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA MUJER RURAL

Existe una marcada diferencia entre las condiciones socioeconómicas del área rural y de la urbana. Pero estas condiciones son diferentes para cada uno de los sexos, educados de manera distinta y con oportunidades educativas, de trabajo y, en general, diferentes y peores para las mujeres.

En el censo de 1990 el 50.60% (1,177,190) y el 49.39% mujeres, en cuanto a la distribución espacial de la población panameña el 53.79% (1,251,415) vivía en zonas urbanas, de estos el 51.49% (644,468) eran mujeres y el 48.50% (606,947) hombres (fundamentalmente mayores de 15 años de edad). El 46.20% vivía en el área rural, de éstos el 53.05% (570,243) eran hombres y el 46.94% mujeres (504,633) (PNUD, 2002). De las décadas del 50 al 90 aumentó un 8.3 % la población femenina en el área urbana y un 8.9 % la población masculina, disminuyendo los mismos porcentajes en el área rural (Estadística y censo: Situación de la población panameña con perspectiva de género, 1999;5).

En el censo de 2000 en la distribución relativa por sexo el 50.45% (1,432,566) corresponde a la población masculina y el 49.54% (1,406,611) a la femenina. De acuerdo a la ubicación geográfica el 62.15% de la población vive en el área urbana, de éstos el 49.04% (865,472) son hombres y el 50.95% (899,299) mujeres. El 37.84% corresponde al área rural con un 52.78% (567,094) de población masculina y un 47.21% (507,312) de femenina.

En las últimas cinco décadas se ha mantenido un porcentaje levemente superior de la población masculina, siendo más profunda esta diferencia en el área rural. Esto puede ser causado fundamentalmente por una mayor migración de mujeres en edades productivas hacia las ciudades, buscando mayores y mejores oportunidades de empleos que no siempre encuentran, por el contrario, se insertan en los trabajos peor remunerados, como empleadas domésticas

principalmente, y donde los niveles de subordinación y explotación son más profundos.

2.4.1. Jefatura del Hogar

En cuanto a la jefatura del hogar, en el censo de 1990 se observa que el 22% de los hogares panameños tenía a una mujer como jefa. En el área rural la jefatura femenina era menor, tan sólo el 15.5%. (Bolaños, 1995:5). Este aspecto, si bien es importante para cualquier tipo de familia, en el caso de la familia rural cobra mayor significado porque el acceso de la mujer a fuentes de empleos diferentes de las labores agrícolas es casi nula, la tenencia de tierra por lo general es un atributo del hombre y el cuidado y la crianza de los hijos interfiere con la jornada de trabajo en el campo.

Otro indicador importante es el tamaño promedio de los hogares, que en 1990 a nivel nacional era de 4.3 personas, mientras que en las familias rurales el promedio era de 4.6. Los dirigidos por mujeres en general registraron menor tamaño (3.9) que los dirigidos por hombres (4.5). Sin embargo, los encabezados por mujeres rurales tienen mayor tamaño (4.2) que los de las mujeres urbanas (3.9). (Bolaños, 1995 :29)

En cuanto a la edad las mujeres jefas de hogar tienen un promedio mayor que los jefes. También se destacan por presentar una situación económica más desventajosa que se agrava para el área rural. A nivel nacional estas mujeres cabeza de familia presentan un nivel de escolaridad más bajo (52% no han superado la primaria) que el resto de la población femenina. Este aspecto cobra

singular importancia para el área rural de difícil acceso, donde la mayoría de las mujeres que tienen más de 40 años no han asistido al nivel primario o tienen solamente 1 o 2 grados aprobados.

2.4.2. Nivel Educativo

El censo de 1990 recogió un 10.7% de analfabetismo general para las y los mayores de 10 años (mujeres 11.1% y hombres 10.3%), siendo estas características más acentuadas para el área rural, donde el 20% nunca asistió a la escuela, mientras que para el área urbana sólo el 4% son analfabetas. Las mujeres rurales alcanzaron el 21.3% frente al 3.9% de las mujeres urbanas sin ningún grado de instrucción. Haciendo el análisis para el área rural, las mujeres alcanzaron el 50.2% de analfabetismo frente al 49.7% de los hombres. (Contraloría General. Censo 1990, pág. 5)

Del total de mujeres (74,253) en edad escolar, el 48.81% no tienen ningún grado aprobado (36,248), mientras que entre los hombres es de 34.49%. Con respecto a la población total, los hombres analfabetos representan el 17.81% mientras que las mujeres los superan con un 23.60%. Con respecto a las categorías se puede observar que las mujeres también están en desventajas en todas ellas; son las que más porcentaje presentan en analfabetismo, estudian menos en la primaria, secundaria, universidad y tienen el promedio más bajo de años aprobados. (Observar el cuadro II sobre la tasa de alfabetismo)

CUADRO N° II TASA DE ALFABETISMO SEGÚN SEXO POR ÁREA URBANA Y RURAL. CENSOS: 1990 – 2000

	CENSO 1990		CENSO 2000	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
Total	88.9	88.2	92.9	91.8
Rural	96.0	95.5	97.7	97.1
Urbana	80.9	77.7	85.5	81.3

Fuente: PNUD: Índice Nacional de Desarrollo Humano. 2001

En el promedio de años de escolaridad las mujeres superan a los hombres en el área rural y en la urbana,. (Observar el cuadro III)

CUADRO N° III PROMEDIO DE AÑOS DE ESCOLARIDAD SEGÚN SEXO POR ÁREAS URBANA Y RURAL 1990–2000

	CENSO 1990		CENSO 2000	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
Total	7.6	7.8	8.37	8.74
Rural	9.4	9.4	9.88	10.10
Urbana	5.4	5.4	5.85	5.91

Fuente: PNUD: Índice de Desarrollo Humano. 2001

Para la década pasada el porcentaje de analfabetismo nacional estaba en 10.7%, para las mujeres era de 11.1% y para los hombres de 10.3% (Contraloría: Situación de la población panameña con perspectiva de género. 1999:55), mientras que para la población indígena el total fue de 44.3%; entre

éstas el 46.8% era para los hombres y el 53.2% para las mujeres. En el censo de 2000 se reflejó un porcentaje de analfabetismo de 7.58% para la población de 10 años y más de edad, pero teniendo en cuenta la población total éste es de 5.92%, la mitad de lo que fue para 1990.

2.4.3. Actividad Económica

La actividad económica de la población es una de las variables que refleja más las inequidades existentes entre hombres y mujeres dentro de la sociedad patriarcal. Aunque en los últimos años se han desarrollado innumerables esfuerzos para que esta situación desventajosa disminuya, todavía los efectos de las variables de población sobre el mercado de trabajo son diferentes para cada género.

La población económicamente activa casi se duplicó en las últimas décadas (aumentó en un 96% entre 1970 y 1990), pero ha sido mayor el aumento de la población activa femenina que la masculina. Esta inserción mayor de la mujer a las actividades económicas, el acceder al trabajo remunerado y salir del encierro de la casa, fue posible entre otros factores por la reducción de la fecundidad, el aumento del nivel de instrucción, la mayor participación femenina en áreas urbanas, el incremento progresivo de la urbanización, la modernización y la modificación de patrones culturales sobre algunos roles tradicionales.

Sin embargo pese al incremento de los últimos años, la tasa de actividad (Cuadro IV) contabilizada de las mujeres sigue siendo más baja que la de los

hombres, como se puede observar en el cuadro y todavía prevalece a nivel social la asignación a las mujeres de los roles reproductivos y socializadores de los miembros de la familia.

**CUADRO N° IV TASA DE ACTIVIDAD EN LA REPUBLICA
POR SEXO: CENSOS DE 1970, 1980 Y 1990**

AÑO	TASA DE ACTIVIDAD	
	HOMBRES	MUJERES
1970	73.6	26.0
1980	62.5	25.0
1990	66.6	28.0
1999*	63.5	36.5

Fuente: Contraloría General: Situación de la Población Panameña con perspectiva de género. Panamá 1999, Pág. 69.

MJMNF: Informe Clara González 1999, página 26.

Existen grandes diferencias en la magnitud de la actividad económica por área y sexo. La población económicamente activa en el área rural es mas baja, tanto para hombres como para mujeres.

La tasa de participación de las mujeres urbanas en el mercado laboral duplica la de las mujeres rurales, que es sólo de 16.7%. Sin embargo, cabe mencionar que en el área rural la tendencia es que la actividad femenina aumente, pese a lo cual sé continua invisibilizando el rol multifacético productivo de éstas. (Contraloría General: Situación de la población panameña con perspectiva de género. 1999:71)

Por el contrario, la tasa de actividad de la población masculina de 10 años y más de edad del área rural es mas alta que la de los hombres urbanos (71.5% y 62% respectivamente para 1990) (Ibíd., página 71), fundamentalmente por la incorporación de los niños y jóvenes al trabajo en el agro.

En cuanto a las formas de actividad en el área rural se mantiene una participación mayor de los hombres en el sector primario (66.2% de los hombres y 16.7% las mujeres), puesto que tradicionalmente éste les brinda mayores oportunidades (Ibíd., página 72) y fundamentalmente porque el trabajo de las mujeres y las niñas sé invisibiliza y por lo tanto no se registra. Sin embargo, varias investigaciones realizadas en áreas rurales de difícil acceso (Rodríguez (1997,1998 y 1999) han demostrado que casi la totalidad de las mujeres y las niñas desde edades muy tempranas (a partir de los 5 años) participan en las labores agrícolas, además de ser las encargadas directas de la crianza de animales domésticos para la alimentación, y de sembrar árboles frutales y plantas medicinales. Todas estas actividades se realizan sin abandonar las propias del cuidado del hogar, la crianza de los hijos, cuidar de la salud emocional y física de los miembros de la familia y de brindar satisfacción sexual al cónyuge.

Sobre este aspecto Vielka Bolaños plantea que: “La incorporación diferencial de la mujer campesina al mercado de trabajo no sólo posibilita la alternabilidad de uso y reserva de su propia mano de obra, sino que garantiza una incesante actividad al interior de la unidad doméstica de producción y reproducción (hogar, patio y parcela familiar, espacios donde ella se repliega). El

fin es generar bienes y servicios, valores de uso y de cambio, que permiten tanto la reproducción de la fuerza de trabajo requerida por el modelo económico agrario, como la generación de ingresos que contribuyen a financiar la actividad productiva doméstica".(Bolaños, 1995:62)

En el área urbana se destaca el sector terciario o de servicio, que le brinda mayores oportunidades a las mujeres (89.1%), frente a un 71% de los hombres. En este sector la mujer continúa desempeñando tareas tradicionales relacionadas con la administración del hogar, el comercio y la educación.

Es importante que tengamos en cuenta que el mayor porcentaje (22.2%) de las mujeres ubicadas en el sector terciario urbano se ocupa en el servicio doméstico, seguido por las actividades del comercio al por mayor y al por menor (19.1%) y en la enseñanza (13.7%) (Ibíd., página. 73)

El Censo de 1990 mostró grandes diferencias entre la población económicamente activa del área urbana donde la proporción de mujeres disminuye y el área rural donde sólo el 28.4% es masculina mientras que el 71.6% es femenina.

CUADRO N° V DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA DE 10 AÑOS Y MÁS DE EDAD EN LA REPÚBLICA POR ÁREA Y SEXO, SEGÚN SECTOR ECONÓMICO. CENSO DE 1990.

SECTOR ECONOMICO	TOTAL		URBANA		RURAL	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
TOTAL	71.5	28.5	61.8	38.2	84.4	15.7
SECTOR PRIMARIO	38.3	5.0	6.7	0.6	69.0	19.1
SECTOR SECUNDARIO	17.3	12.0	23.8	10.8	11.0	16.9
SECTOR TERCIARIO	44.4	82.8	69.5	88.6	20.0	64.0

Fuente: Contraloría General. Situación de la Población Panameña con Perspectiva de Género. Página 73

Nota: Excluye las actividades no bien especificadas

Según datos del Censo de 2000, la proporción de la población económicamente activa para el total de mujeres es la más baja del país, al alcanzar el 0.32 frente a la de los hombres que es de 0.68. Para las mujeres rurales es de 0.18 (0.39 para las mujeres urbanas) y la de los hombres rurales es de 0.82. Para las mujeres indígenas oscila entre 0.02 hasta 0.22.

Teniendo en cuenta que dentro de la población no económicamente activa se encuentran las mujeres declaradas como amas de casa, existe un subregistro en las cifras oficiales en este rubro en el área rural, pues como se explicó anteriormente, casi todas las mujeres rurales y las niñas, asumen

labores dentro de la unidad doméstica productiva como trabajadoras familiares y aunque estas sean no remuneradas contribuyen a la reproducción y producción de los bienes materiales y de consumo que la familia necesita.

Vielka Bolaños (página 63) advierte que por la necesidad de la obtención de un salario para la subsistencia familiar y teniendo el hombre mejores posibilidades de obtener ingresos más altos que la mujer en el mercado laboral, éste se ausenta de la agricultura temporalmente pasando esta responsabilidad a manos de la mujer y los otros miembros del hogar, como extensión de las labores domésticas. La misma autora plantea que, de acuerdo a distintas investigaciones con mujeres campesinas, se coincide en que éstas aportan alrededor del 25% de su tiempo en actividades domésticas productivas y en otros casos se llegaba hasta el 42% de su tiempo.

Con respecto al ingreso anual medio (Censo de 2000) para toda el área rural del país es de B/.968.00, y la general del país de B/. 2,377.00. El mismo informe recoge que el porcentaje de ocupación para la mujer rural es de 43.9 %, muy similar al de los hombres que es de 42.2.

2.4.4. Condiciones de Salud

En las últimas décadas del siglo XX las condiciones de salud en la República mejoraron enormemente, algunas cifras indican el cambio: de 1950 a 1990 la tasa bruta de natalidad disminuye de 40.3 a 24.9 por mil, la tasa de mortalidad pasa de 13.2 a 5.1 por mil, la tasa de fecundidad baja de 5.9 a 2.9

hijos por mujer, y así mismo la esperanza de vida al nacer llega casi a los 76 años, comparable con los países desarrollados (UNICEF, 1998:25). Esta evolución positiva responde al aumento del desarrollo y bienestar social, a la modernización y ampliación de la cobertura de salud y educación pública, así como a otras variables como el aumento de la educación universitaria, el acceso más rápido a la información y a la expansión de los programas de planificación familiar.

Sin embargo, las inequidades entre los géneros y las condiciones sociales que hacen posible el acceso y la forma en que son utilizados los servicios de salud, muestran una profunda diferencia de los niveles de salud entre hombres y mujeres y entre los asentamiento rurales y urbanos.

El Sistema de Salud de la provincia de Veraguas, está compuesto por dos niveles de atención, que están poco integrados. Por un lado el nivel primario que cuenta con Puestos de salud, Sub-centros de salud, Centros de salud, Policlínicas de la Caja de Seguro Social, y Clínicas Privadas. Este nivel se ocupa del diagnóstico y tratamiento de padecimientos sencillos, del seguimiento de los casos referidos del segundo nivel u otros niveles, de la promoción del saneamiento y mejoramiento del ambiente y su acción esta en preservar y conservar la salud de la población a través de actividades de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos que se presentan con cierta frecuencia y cuya resolución es factible mediante recursos simples. Es el ámbito de los Médicos Generales, Personal de Enfermería, Asistentes de Salud y los Promotores de Salud.

Por el otro lado el nivel secundario cuenta con un Hospital regional que presta servicio con algunas especialidades del tercer nivel, un Hospital de la Caja de Seguro social y un Hospital privado con una oferta de camas de 372 con un indicador de 1.7 camas por 1000 habitantes para el año de 1997.

Existe una diferencia notoria entre la esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres, favoreciendo a éstas últimas (Cuadro No VI y VII). Esta realidad es así para todas las etapas de su ciclo vital y para las distintas áreas. Sin embargo a medida que avanza la edad, la brecha se acorta.(MJFN, 1999:79)

**CUADRO N° VI EVN SEGÚN EDAD, AREA Y SEXO EN PANAMA.
AÑOS 1985 – 1990**

EDADES	URBANA		RURAL	
	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES
Al nacer	77	72	71	69
5 años	73	69	69	67
15 años	64	59	60	57
25 años	54	50	51	48
55 años	26	23	24	23
60 años	22	19	20	19
65 años	18	15	16	15

Fuente: Contraloría General de la República Panamá en cifras 1990-1994

CUADRO N° VII EVN, POR SEXO: PERIODO 1975 – 2010

AÑO	ESPERANZA DE VIDA EN AÑOS	
	HOMBRES	MUJERES
1975 – 1980	68.3	72.6
1985 -1990	69.8	74.7
1995 - 2000	71.8	76.4
2005 - 2010	73.3	78.1

Fuente: Situación de la población panameña con perspectiva de género.

Panamá 2000. Página 28

Existe una diferencia sustancial en cuanto a la disponibilidad de los servicios de salud para el área rural y para la urbana. Por lo general las primeras cuentan con sub-centros de salud o puestos de salud que muchas veces carecen de los profesionales idóneos y del instrumental y medicamentos adecuados. La atención que se puede brindar en éstos es muy elemental y primaria, además de que el acceso puede ser difícil, implicando caminar varias horas por caminos abruptos.

Las mas perjudicadas con esta situación son las mujeres, por ser ellas las encargadas de velar por la salud de todos los miembros de la familia, fundamentalmente los niños en el caso de Panamá. Las mujeres del área rural tienen menos EVN que las del área urbana y cuando llegan a la edad reproductiva la EVN baja, por lo que el deterioro puede deberse a los efectos de

sobrecarga de trabajo cuando llegan los hijos y a los problemas para el acceso a los servicios de salud, así como a la calidad de estos. (Ibíd., página 82)

La tasa de natalidad (Cuadro No VIII) ha registrado un descenso gradual y sostenido desde el año 1963 que era de 40.2 hasta el año 1996 que fue de 23.7, esto también muestra una disminución de la tasa de fecundidad. La cantidad promedio de hijos por mujer, en 1998 fue de 2.6, sin embargo para el área rural es más alta que para la urbana. (Ibid, página 91)

CUADRO No VIII TASA DE NATALIDAD EN LA REPUBLICA POR AREA

AÑOS	REPUBLICA	URBANA	RURAL
1986	25.9	23.7	28.2
1990	25.0	21.4	28.6
1994	23.2	21.1	25.7
1995	23.5	20.8	26.9
1996	23.7	22.4	25.3

NOTA: Tasa por cada 1,000 habitantes.

Fuente: Situación de la población Panameña con perspectiva de género Página 14.

En cuanto a los nacimientos vivos con asistencia profesional en el parto (Cuadro No IX) en la década del 90, son mayores los porcentajes en el área urbana (casi del 100%), mientras que en el área rural es mucho más baja. Algunas razones pudieron estar en la falta de atención en el embarazo, las

deficientes condiciones nutricionales de la mujer y la atención tardía en el parto, entre otras. Hay que tener en cuenta que no se registran los nacimientos de niños muertos ocurridos en el área rural por lo que se da un sub registro de la información.

CUADRO N° IX NACIMIENTOS VIVOS CON ASISTENCIA PROFESIONAL EN EL PARTO, SEGÚN ÁREA. AÑOS 1992 – 1998

AÑOS	PORCENTAJE	
	URBANA	RURAL
1992	99.4	72.6
1993	99.5	74.7
1994	99.6	76.6
1995	99.3	77.9
1996	99.6	79.2
1997	99.7	78.3
1998	99.6	79.5

Fuente: Panamá en Cifras. 1994 – 1998. Pág. 56

Aunque en los últimos años las tasas de mortalidad materna han disminuido, todavía se mantiene muy elevada, además de existir una diferencia significativa entre las mujeres urbanas y rurales, siendo estas últimas más vulnerables.

En 1996 las principales causas de muerte materna ocurridas en hospitales fueron: la hemorragia, los trastornos hipertensivos del embarazo y la sepsis. En las muertes maternas domiciliarias la hemorragia ocupó el primer lugar. (Ibid pág.87)

Solamente el 59.5% de las mujeres extremadamente pobres y sólo el 31% de las mujeres indígenas tuvieron acceso a la atención profesional al parto en comparación con el 97.7 % de las mujeres no pobres que sí lo tuvieron (Ibid pág. 88). Esta realidad demuestra que el medio socioeconómico y cultural tiene una influencia determinante en la relación salud - enfermedad, así como el acceso a los servicios de salud. De todos los partos de las mujeres indígenas solamente el 26.6 % fueron atendidos en instalaciones de salud.

En la provincia de Veraguas en el año 1997 , el 50.1 % de las mujeres embarazadas tuvieron asistencia profesional al parto. La cobertura mayor estuvo en los distritos de Atalaya con 97.6%, La Mesa 80.7% y Montijo 90.1% y la menor cobertura de mujeres embarazadas que parieron atendidas por profesionales estuvo en los distritos de Santa Fé con sólo un 35.5%, Cañazas con 45.4% y Las Palmas con 50.1%. (MINSA. Estadísticas de Salud. 1999. Cuadro N° 44)

En la atención a embarazadas en 1999 el 41.9% de las mujeres embarazadas a nivel nacional estuvieron ingresadas para control pre natal y el 41.68% recibió atención en el puerperio. En la provincia de Veraguas el 38.8% estuvo ingresada para recibir atención pre natal y el 43.03% recibió atención post parto. (MINSA. Estadística de Salud. 1999, Cuadro N° 45).

El distrito de Las Palmas que es el área objeto de estudio cuenta con las siguientes instalaciones de salud: Centro de Salud de los Ruices, que tiene además cuatro puestos de salud: Guabito, La Palma, Buenos Aires, La Cucurucha (está cerrado) y el Cerro Negro. Centro de Salud de Las Palmas que tiene siete puestos de salud: Pixbae, Jorones, Zapotillo, La Arena, Lola, Cerro Pelado y El Macano.

Los puestos de salud son atendidos por un asistente de enfermería que está capacitado para prestar los primeros auxilios, vacunar, recetar medicamentos para ciertas dolencias (dolor de cabeza, de muelas, diarrea, etc). Control de embarazada y desarrollo y crecimiento de los niños. También participan en giras médicas.

Las giras médicas se realizan una o dos veces al año. Por lo general se hacen al Macano, Calabaza, y Raizal porque son los lugares de mayor acceso para las otras comunidades. Los mensajes son enviados por Radio Veraguas y a través del asistente de salud.

Estas giras son realizadas por personal de Odontología, Medicina General, Enfermería, Auxiliares, Farmacia y Saneamiento Ambiental. Se hacen exámenes de Papa Nicolau, control de embarazo, crecimiento y desarrollo, vacunación y extracciones dentales.

2.4.5 Situación de la Vivienda

Otro indicador sobre la situación socioeconómica para el año 2000 (PNUD. Indicadores de género. Estadística no publicada) de las mujeres rurales es el logro de vivienda, siendo éste muy bajo al marcar un 35.9 %. En general el índice de vivienda es de 0.359.

En cuanto a las viviendas ocupadas en la provincia de Veraguas, tenemos que en 1990 el total de viviendas ocupadas era de 41,877 y en el 2000 es de 49,102 que representa un incremento de 7,225 para un aumento de 17.3 % de viviendas ocupadas.

El distrito que más creció en este aspecto fue Santiago con una diferencia porcentual de 35.2% y Atalaya con el 28.4%, los más cercanos al centro urbano, donde se desarrolla la actividad económica más importante e intensa de la provincia.

En Las Palmas hubo una disminución del número de viviendas para un porcentaje negativo del -6.0%, también hubo otros distritos donde el crecimiento fue muy bajo, como Cañazas. Habría que preguntarse si este fenómeno está relacionado con los proyectos de construcción de Hidroeléctricas en esta provincia, donde están involucrados estos distritos. (Tabla Nº 13)

En la década del 90 la provincia de Veraguas se ubicaba entre las provincias con menor índice de satisfacción de las necesidades básicas de vivienda. El distrito de Cañazas y Las Palmas con 5.40 y 15.52 de índice de satisfacción de las necesidades básicas de vivienda, ocuparon posiciones de

muy bajo y San Francisco (27.47), La Mesa (27.94), Santa Fé (32.1), Calobre (39.41) y Río de Jesús (39.60) se ubicaron en los niveles de bajo, en el mapa de pobreza elaborado por el Ministerio de Planificación en 1993.

Respecto a las condiciones de las viviendas, en el censo de 2000 se detectó que en la provincia el 19.93% de las viviendas tenían el piso de tierra; el 12.75% no cuentan con el servicio de agua potable, siendo los distritos de Soná, Las Palmas y Cañazas, los que tenían una situación más crítica en este aspecto. Por otro lado, el 13.22% tampoco tenía ningún tipo de servicio sanitario (de alcantarillado, tanque séptico, servicio de hueco o letrina), el 17.82% carecía de luz eléctrica, y el 21.62% cocinaba con leña. Entre la carencia de otros servicios se cuenta con el 15.95% de viviendas sin televisión, el 8.68% sin radio y el 9.78% no contaban con servicio telefónico.

Aunque se ha observado un avance en la última década en materia de algunos indicadores importantes para las viviendas que contribuyen a medir el nivel de vida, aun el nivel alcanzado no fue el óptimo, la mayoría (71.6%) de las viviendas en la provincia carecen de las mejores condiciones, en cuanto a servicios básicos y espacio suficiente para desarrollar adecuadamente todas las actividades inherentes a la familia y a los distintos grupos étnicos.

El Informe de Desarrollo Humano estableció que el número de personas por dormitorio aceptable es hasta 2 personas en el área urbana y hasta 3 en la rural. En este aspecto casi todos los distritos están en condiciones parecidas con alrededor de una cuarta parte de las viviendas con desventajas en este indicador, a pesar de los avances de la última década, a saber: en la provincia el

porcentaje de viviendas con número de personas por dormitorio aceptable en 1990 fue de 61.3% y en el 2000 aumentó a 71.6%.

En el distrito de Las Palmas el 81.7% de las familias dormían con un número de personas aceptables por dormitorio (PNUD. Índices de la provincia de Veraguas, Panamá 2000:10), sin embargo en el área del estudio, sólo en dos viviendas se contaba dos cuartos para dormir lo que hacía que tuvieran mejores condiciones, pero no podríamos evaluarlas como condiciones adecuadas, en las demás casas sólo se contaba de un cuarto donde dormían todos los miembros de la familia e incluso en casi ningún caso se contaba con camas suficientes por lo que se podía deducir que dormían varias personas en cada cama o algunos lo hacían en el piso de tierra. Es necesario aclarar que las camas que se utilizan en el área del estudio son hechas con palos, lo que ellos llaman “de parladura” (una serie de palos atados con bejuco o con clavos) o de cuero de res las más cómodas, pero también las más escasas.

El Informe de desarrollo Humano hace también una evaluación de las viviendas con todos los indicadores aceptables, refiriéndose a las que tienen todas las condiciones materiales y de servicio adecuadas. Según el censo del 2000 a nivel provincial, sólo el 37.1% de las viviendas tenían todos los indicadores aceptables, mucho más bajo que el nivel nacional que era de 52.0% de viviendas con todos los indicadores aceptables y del área rural que fue de 37.9%.

El distrito con menor porcentaje de viviendas con todos los indicadores aceptables en el 2000 fue Cañazas con sólo el 5.8%, a pesar que el porcentaje

lo dobló (de 2.4.0% en 1990 a 5.8% en el 2000). Se destacó también por las condiciones desventajosas en este rubro el distrito de Santa Fé con el 12.6%, aunque había mejorado considerablemente sus condiciones respecto a 1990, cuyo porcentaje había sido de 4.2%, pero sigue manteniendo condiciones materiales muy deplorables. En Las Palmas sólo el 15% de las viviendas contaban en el 2000 con todos los indicadores aceptables.

El Informe de Desarrollo Humano para Panamá consideró necesario integrar las variables relacionadas con las características materiales de las viviendas y el acceso a los servicios para dar cuenta de las condiciones de habitabilidad con que cuentan los hogares panameños. En este sentido se estableció como aceptable en cuanto a los materiales de construcción de las viviendas aquellos que presentan mayor durabilidad (piso, pared y techo) y como condiciones aceptables en el aspecto de los servicios se incluyeron la tenencia de agua potable, sistema de saneamiento y el servicio eléctrico. (PNUD. INDH, Panamá, 2002:71)

De acuerdo al informe citado (PNUD - INDH), en la provincia de Veraguas para el último decenio hubo avances importante en cuanto a los materiales de construcción de las viviendas y en la dotación de servicios, sin embargo para el año 2000 de un total de 49,102 viviendas, sólo el 60.0% estaba construida con materiales aceptables. Las peores condiciones las tenían los distritos de Cañazas con 27.6% y Las Palmas, con 29.6%, de las viviendas construidas con materiales aceptables, le sigue San Francisco con un 38.5% de las viviendas que tienen materiales aceptables y La Mesa con 40.7%.

De manera global en los últimos 10 años hubo avances en la dotación de servicios importantes para las viviendas, por lo que un 53.7% de las viviendas del país cuentan actualmente con todos los servicios aceptables. Pero a nivel de la provincia de Veraguas, a pesar de los logros obtenidos, ni siquiera se llegó a satisfacer estas necesidades a la mitad de los hogares, logrando un avance de 27.2% en 1990 a 40.2% en el 2000. Para los distritos la situación es más crítica, pues ninguno logró alcanzar porcentajes altos. Las mejores condiciones la alcanzó el distrito Atalaya con apenas la mitad de las viviendas (50.3%) con todos los servicios aceptables.

Las enfermedades más comunes son: la desnutrición infantil (la principal enfermedad para los pobladores del área de estudio) es la parasitosis, diarrea, resfriados, infección en la piel, y la tuberculosis de los que viven en la boca de los dos ríos, que por estar más cerca de la carretera y del Centros de Salud de los Ruices y Tolé tienen una situación mejor

El centro desarrolla los siguientes programas:

- Programa desnutrición para niños desnutridos, madres lactantes y embarazadas de bajo peso.

El mismo consiste en el suministro de Nutricrema una vez al mes, para aquellos casos detectados que vienen a recogerla. La dificultad para trasladarse hacia el Centro es la causa fundamental por lo que muchos afectados no se benefician del programas.

- Programa escolar, que estriba fundamentalmente en medir el peso y la talla de los niños en las escuelas, a través de éste se detectan muchos

niños que están desnutridos y son referidos al programa anterior. Sin embargo a pesar de las bondades de este programa la limitación de los recursos no permite llevarlo a toda las escuelas principalmente a las más apartadas.

- Programas de Parteras empíricas, se fundamenta en la capacitación de las parteras empíricas, no obstante muchas no participa de este programa, como es el caso de las comunidades que están en el área de impacto directo, donde no se detectó ninguna partera que hubiera sido capacitada.

Proyecto de calidad y agua: Uno de los problemas más severos de estas comunidades es la falta potabilización del agua, lo que trae consigo diversas enfermedades que en algunos casos han llegado a ser fatales, sobre todo para los niños, como es el casos de las diarreas y la parasitosis (una de las enfermedades más comunes y causa de muerte).

Existen pocos acueductos en la región (El Macano, Calabazo, Cañazal, El Tigre, La Palmilla y El Naranjo) por lo que no pueden satisfacer toda la demanda, ni llegar a las zonas altas, además de que algunos no tienen clorinador y desde el mes de noviembre la fuente no lo abastece por lo que se utiliza el agua de fuentes superficiales como quebradas, ríos y ojos de agua.

El proyecto reside en instalarse un clorinador a cada acueductos y capacitar a dos miembros de la comunidad para que los atiendan.

Personal del Centro de la Salud de la Palmas: El Centro de Salud atiende de 60 a 80 pacientes diariamente de los diferentes grupos étnicos y cuenta con el personal siguiente: dos médicos generales, uno odontólogo y un asistente, una enfermera dos auxiliares, un asistente de farmacia, un inspector de saneamiento, un auxiliar de estadística, una recaudadora, un chofer de ambulancia, una auxiliar de nutrición, una maestra del IPHE, una oficinista, y tres trabajadores manuales.

2.4.6 Condiciones de Pobreza

En el indicador de desnutrición infantil, la provincia presenta el 26.6% de desnutrición en menores de 6 años. Con excepción de las comarcas indígenas que tienen los porcentajes más altos, es la tercera provincia con el índice de desnutrición infantil más alto, antecedida sólo por Bocas del Toro con 36.3% y Darien con 31.2%. En los distritos existe una diferencia significativa en el comportamiento de este indicador, mientras que en Atalaya se registró un 8.0%, en Santiago el 10.6% y en Montijo el 12.5%, por el contrario en Cañazas el 53.0% y en Las Palmas el 43.7% de los niños menores de 6 años presentaron desnutrición en el año 2000 (PNUD. Indicadores para la provincia de Veraguas. Panamá, 2002:11).

El Informe de Desarrollo Humano plantea que los grupos que presentan estos índices de pobreza y desnutrición, también enfrentan carencias severas en diferentes aspectos de sus necesidades principales, por lo general son familias entre las que predominan el analfabetismo, la mortalidad antes de los 40

años, la carencia de necesidades básicas como el agua potable, y saneamiento básico, e ingresos inferiores a los de la canasta básica de alimentos.

La provincia de Veraguas está entre las que presentan el mayor nivel de mortalidad antes de los 40 años (8.2%). También entre las poblaciones con mayor carencia de agua potable (16.7%) y saneamiento básico (12.6%). Entre las provincias con más carencias promedio de servicios (25.9%) y en la carencia de ingresos ocupa el segundo lugar (48.3%) (ingreso por debajo del precio de la canasta básica). (Ibid, página 113)

A nivel provincial hubo una disminución considerable de la pobreza, en la última década, sin embargo, utilizando el ingreso y empleando las líneas de pobreza oficiales, la provincia de Veraguas sigue siendo una de las que tiene los porcentajes más altos de hogares que viven en pobreza extrema nivel nacional con el 45.2%, junto a Darién (53.0%) y Coclé (39.9%). (Ibid, página 87)

El Informe Nacional de Desarrollo Humano resume toda esta situación afirmando que en Panamá existen numerosos grupos humanos en estado de vulnerabilidad, y destacando que “están viviendo en condiciones de gran vulnerabilidad los campesinos y obreros agrícolas en áreas rurales, los pobres urbanos, incluyendo la población afro-panameña y los pobres indígenas”, y que, entre todos, “los más pobres entre los pobres son los indígenas”, la pobreza indígena es calificada de “abismal” por el Banco Mundial y de “masiva y profunda” por el gobierno nacional (PNUD. Informe ejecutivo (2002:17 a la 18). Ya hemos visto, por otra parte, como el grupo más vulnerable entre los más vulnerables es el de las mujeres.

En cuanto al índice de desarrollo relativo de género (IRG) para la nación fue de 0.640 en 1990, progresando para el año 2000 al aumentar hasta 0.704, según datos del censo. En 1990, el IRG para el área urbana era de 0.726 y para el área rural 0.507, mejorando en ambos casos para el año 2000, aunque manteniendo una diferencia sustancial al marcar para el área urbana 0.763 y para el área rural 0.569. (Ibid).

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE DISEÑO

Tipo de investigación: se utilizó el paradigma cualitativo y cuantitativo para realizar la investigación a través del diseño descriptivo. Este tipo de diseño nos permitió enumerar, analizar y describir algunas características, costumbres, actitudes y opiniones de la población estudiada de acuerdo a su realidad concreta de existencia, es decir, ubicar al objeto de estudio en su tiempo y espacio determinado. Se captaron datos tanto cualitativos como cuantitativos. Los primeros se analizaron a través de la Estadística descriptiva y los segundos siguiendo el método del análisis de contenido.

3.2. UNIVERSO O POBLACIÓN

El universo está compuesto por 72 mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) de 40 familias latinas (también residen 9 familias de la etnia ngobe) que residen en Raizal, corregimiento de Cerro Casa, distrito de Las Palmas, Provincia de Veraguas, de las cuales se seleccionó una por cada núcleo familiar.

3.3. TÉCNICA DE MUESTREO

El tipo de muestra fue probabilística por conveniencia e intencional utilizándose los criterios de Selltiz, que plantea que este tipo de muestra consiste en tomar casos que se suponen son típicos de la problemática que se estudia. (Selltiz, 1971:223) También se le llama muestra de expertos. (Sampieri, et al, 1997:232)

3.4. PROCEDIMIENTO DE MUESTREO

En la comunidad estudiada hay 40 familias que pertenecen a la comunidad latina, (se excluyeron las 9 familias de la étnia ngobe que residen en Raizal), con una población de 243 individuos, de los cuales 72 (29.72%) son mujeres en edad reproductiva. Por las condiciones de difícil acceso del área se visitaron solamente 35 familias con una población total de 228 miembros, de las cuales se encuestó a una mujer en edad reproductiva, que fue preferiblemente la esposa del jefe del núcleo si estaba en esta condición, representando el 48.61% del total de las mujeres en edad reproductiva.

3.5. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se utilizaron las técnicas de la encuesta semi estructurada, la entrevista a profundidad, entrevista semi estructurada, la observación directa y abierta.

- Encuesta semiestructurada a 35 mujeres en edad reproductiva de 15 a 49 años. Se encuestó a una mujer de cada familia que estaba en la muestra seleccionada. La encuesta tenía preguntas de selección múltiple, abiertas, cerradas y compuestas. (Anexo No 1, Encuesta) La misma tuvo las siguientes partes:
 - Datos generales
 - Salud reproductiva
 - Planificación familiar
 - Parto y Puerperio

- Relaciones de género
- Empoderamiento
- Entrevistas a profundidad a cinco mujeres que se detecten como representativas en aquellos aspectos vinculados a la salud reproductiva. (Mujeres que aceptaron hablar de su experiencia de haber parido en la casa). (Anexo No 2, Guía de entrevista a profundidad)
- Entrevista a partera empírica. (Anexo No 3, Guía de entrevista a partera empírica)
- Entrevista semiestructurada a funcionarios del Sistema institucional de Salud. (Anexo No 4 Guía de entrevista a funcionarios/as del Centro de Salud de Las Palmas)
- Observación directa y abierta al lugar de residencia. (Anexo No 5, Guía de observación a la comunidad)

3.6. TIPO DE ANÁLISIS

Para el análisis de los datos se utilizará la estadística descriptiva para las variables que proporcionen datos cuantitativos, lo que permitirá describir los resultados para cada una de ellas, y posteriormente describir la relación entre éstas. Se cruzaron los items que fueron necesarios de acuerdo a los objetivos del estudio.

La información cualitativa se analizará a través del método de análisis de

contenido, estableciendo relaciones entre lo cuantitativo y lo cualitativo.

Las preguntas abiertas se categorizaron para realizar el análisis. Para las pruebas de hipótesis se utilizó el estadígrafo de distribución normal (Z) y el de la distribución chi – cuadrado (χ^2).

3.7. PRESENTACIÓN DE LOS DATOS

- Se tabuló cada pregunta de forma manual y se realizaron las gráficas con el programa Excel, para aquellos casos que se requería para ilustrar el análisis.
- Se analizó la información demográfica y socioeconómica.
- Se interpretaron los datos y las respuestas en primer lugar con respecto a los objetivos planteados y posteriormente se respondieron las hipótesis.
- Se realizaron las conclusiones integrando toda la información obtenida y resaltando los aspectos más importantes en cada variable estudiada.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS DEL GRUPO ESTUDIADO
ANÁLISIS DE LA TABLA Nº 1

TABLA Nº1. CONDICIONES MATERIALES DE LAS VIVIENDAS.

Condiciones materiales	Número y porcentaje	
PAREDES		
Bambú	27	77.15%
Quincha o barro	5	14.29%
Madera	1	2.85%
Mixto	2	5.72%
PISO		
Tierra	35	100.00%
TECHO		
Penca	35	100.00%

Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

Toda la población estudiada vive en ranchos contruidos de bambú (77.15%), quincha (14.29%), madera (2.85%) o combinando varios de estos materiales (5.72%). Todas tienen el techo de penca y piso de tierra. Por lo general 71.42% (25) la vivienda la conforman 1 y 2 ranchos, utilizando uno para cocinar, casi siempre abiertos y otro para dormir, provisto de una o dos camas de tablas, cuero de res o palos redondos

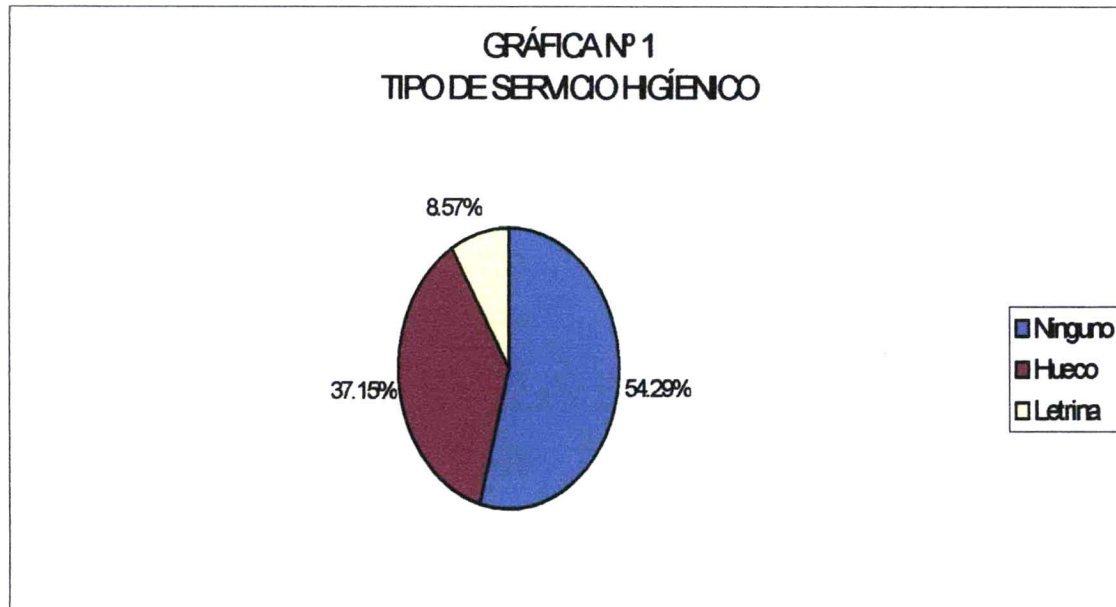
(estas son las más comunes) sin colchón ni sábanas.

(Observar Foto N°1 y N° 2).

De acuerdo al promedio de habitantes que es de 6.51 personas por vivienda, a las condiciones espaciales y a la estructura de las mismas se puede afirmar que la mayoría de las familias viven en condiciones de hacinamiento y promiscuidad lo que sin duda trae consigo otros problemas de orden social y psicológico, además de interferir con la sexualidad.

En la observación a la comunidad se pudo apreciar que las condiciones de las viviendas no sólo eran deficientes (100.00%) por la durabilidad de los materiales de construcción, sino también porque en muchos casos (51.42% - 18 casos) ya estos estaban tan deteriorados que no garantizaban una protección completa contra las inclemencias del tiempo, razón por la cual algunos niños y anciano padecían de problemas respiratorios. Las encuestadas también manifestaron que la naturaleza ("el monte") ya no les proveía de todos los recursos que necesitan para fabricar sus viviendas, como maderas y pencas.

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA N° 1



Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

La mayoría de las viviendas, el 54.29% (19) no contaban con ningún servicio higiénico, el 37.15% (13) usaba uno de hueco y sólo el 8.57% tenía letrina que en datos absolutos son tres viviendas. Sin embargo en algunas casas se observó la existencia de letrinas de material plástico que estaban sin instalar tiradas en los patios y que ya habían perdido casi todo el color, las mismas fueron donadas a través de la escuela primaria de Raizal hacía más de dos años por el FIS (Fondo de Inversión Social, según dijeron los vecinos)

No existe sistema del acueducto en el área, por lo que utilizan el agua de las quebradas o de los ojos de agua que en algunos casos es traída a la vivienda por los propios interesados, razón por la que una de las primeras

enfermedades de estos residentes es la parasitosis que afecta tanto a niños como a los adultos.

La actividad económica fundamental es la agricultura de subsistencia que ocupan el primer lugar, seguidas de la pesca (que practican casi todos los hombres adultos y jóvenes) y la caza que la realizan aquellos que tienen monte entre sus propiedades. Otras labores que realizan en menor cuantía y que desarrollan fundamentalmente los jóvenes son el corte y otros trabajos relacionados con la zafra de la caña y limpiar (cortar hierba) los potreros de los alrededores.

La base económica de los residentes del área es la agricultura de subsistencia, siendo muy importantes las relaciones de parentesco para la tendencia de la tierra. La familia siembra lo que necesita de acuerdo a las estaciones del año y dependiendo de las condiciones climatológicas como medio de regadío, pues la escasez de recursos económicos y conocimientos no les permite utilizar medios técnicos para regar los cultivos, por lo que la cercanía al río y las quebradas por la humedad que da a los suelos se convierten en un medio vital para la subsistencia, además de los otros beneficios que le brinda.

El dinero necesario para las compras lo obtienen de la venta de pequeñas cantidades de lo que producen o de animales domésticos como puercos, gallinas y alguna cabeza de ganado o del trabajo asalariado en fincas ganaderas del área y en los ingenios azucareros, en la construcción, en el trabajo doméstico (mujeres, jóvenes) u otros de poca remuneración que realizan uno o dos miembros de la familia algunos meses del año

fundamentalmente en la Provincias de Cihiriquí y Veraguas.

ANÁLISIS DE LA TABLA Nº 2

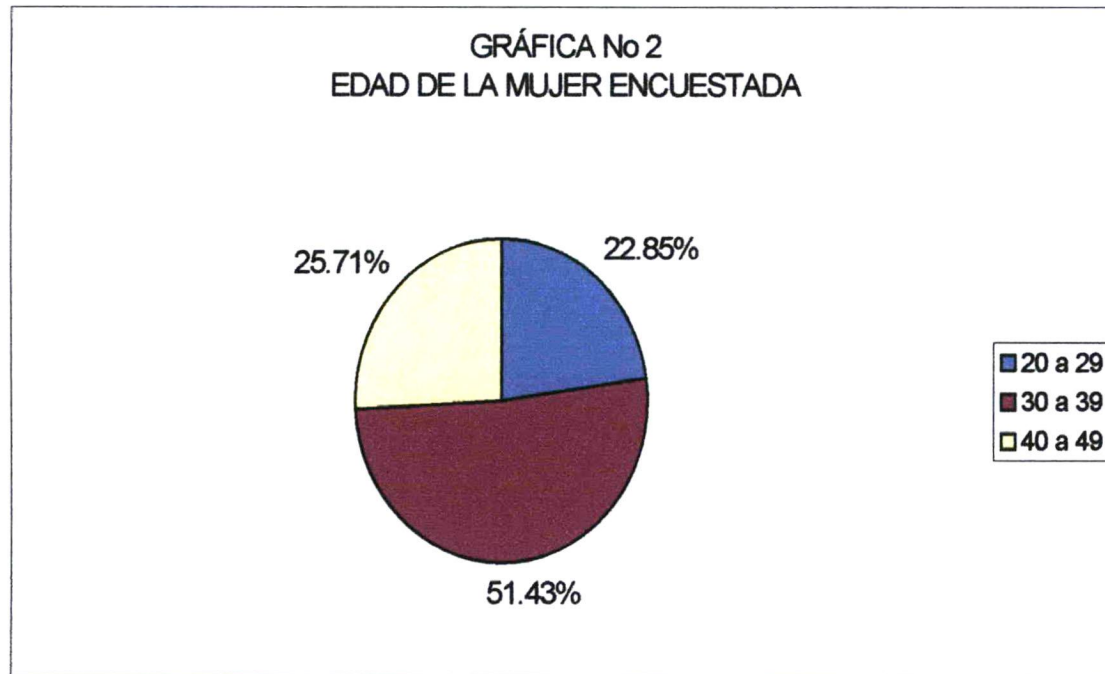
TABLA Nº 2 ESTRUCTURA DE EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Grupo de edad	Número y porcentaje	
Total	228	
0 a 10	49	21.49%
11 a 20	84	36.84%
21 a 30	31	3.59%
31 a 40	34	14.92%
41 a 50	20	8.27%
51 a 60	7	3.07%
61 y más	3	1.32%

Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

La estructura de edad de los estudiados/as refleja una población mayoritariamente joven y una población económicamente activa que manifestó su deseo de que existan fuentes de empleo en el área. El 21.49% de la población son niños que están afectado por las condiciones de insalubridad, aislamiento y desnutrición, fundamentalmente estando obligados a caminar varias horas para ir a la escuela o para recibir asistencia médica. Los jóvenes de ambos sexos no cuentan con alternativas de desarrollo en el área.

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA N° 2



Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

La mujer encuestada, objeto de nuestro estudio, tenía un promedio de edad de 35.85 años, distribuida en los siguientes grupos de edades: De 20 a 29 años hubo una representación de 22.85% (8 mujeres), en el de 30 a 39 años la representación fue de 51.43% (18 mujeres) y por último en el grupo de 40 a 49 años el porcentaje fue de 25.71% (9 mujeres).

ANÁLISIS DE LA TABLA N° 3

TABLA N° 3 NIVEL ACADÉMICO DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

Nivel académico	Número y porcentaje	
Ninguno	20	8.78%
Primaria incompleta	52	22.81%
Primaria completa	94	41.22%
Secundaria incompleta	17	7.46%
Secundaria completa	18	7.89%
No tiene edad escolar	19	8.33%
Sin dato	8	3.51%

Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

En general el nivel académico de este grupo poblacional es bajo con un 8.78% (20) de analfabetas que tienen fundamentalmente más de 40 años, pues cuando tenían edad escolar no existían escuelas primarias en el área, aún hoy la mayoría de los niños tienen que caminar alrededor de una hora que ida y otra de vuelta para asistir a la escuela, haciéndose muy difícil en época de lluvia por la crecida de las quebradas y la inaccesibilidad del camino. Otro 22.81% (52) no ha terminado la primaria, aunque en estos se incluyen los niños que están en edad escolar. En el índice de satisfacción de las necesidades básicas el distrito de Las Palmas ocupó en 1990 una posición medio bajo con un 55.46 (MYPE:1993:34). En cuanto al índice de desarrollo humano en 1990 el porcentaje de alfabetismo era de 70.5 y en el 2000 de 78.4, el nivel de escolaridad medio se

superó de 4.1 en 1990 a 4.9 en el 2000, y el logro educativo fue de 24.6 al superarse de 0.414 en 1990 a 0.515 en el 2000 sin embargo a pesar del avance éste sigue siendo bajo. (PNUD. Índice de Desarrollo Humano.)

Los habitantes de esta área relacionan también la escuela con la salud, pues allí llegan las giras médicas que son esperadas una o dos veces al año, así como, las ayudas que reciben de distintas instituciones, como por ejemplo bolsas de comida, letrinas, etc.

ANÁLISIS DE LA TABLA Nº 4

TABLA Nº 4 PERSONA DEL NÚCLEO FAMILIAR QUE LABORA EN LA AGRICULTURA JUNTO AL JEFE DE FAMILIA

Persona que labora	Número y porcentaje
Los hijos mayores de 18 años	19 (54.29%)
Los hijos de 5 años a 17 años	10 (28.57%)
La esposa	19 (54.29%)
Otros parientes	10 (28.57%)

Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001.

Nota: Esta pregunta era de respuestas múltiples por lo que el porcentaje sobrepasa el 100.00%

En las labores agrícolas trabajan junto al padre que es el jefe de familia, en todos los casos estudiados, los hijos menores de 18 años, en el 54.29% (19 familias). También representan una fuerza de trabajo importante otros parientes (28.57%) y los niños menores de edad (28.57%), que además de ser una fuerza de trabajo importante para las labores agrícolas, ayudan a cargar el agua del río y las quebradas y recoger la leña para cocinar. Más de la mitad (54.29%) de las encuestadas trabaja en las labores agrícolas, sin embargo su trabajo es invisibilizado y a veces ni ellas mismas se lo reconocen. (Encuesta, observación de campo y entrevistas a profundidad).

Debemos señalar que los hijos mayores de 18 años, algunos emigran y pueden obtener un oficio como mecánico, plomero, construcción y vaquero, buscando en ello un alivio económico para la familia.

Todo lo anterior trae como consecuencias que las costumbres alimenticias se fundamenten en los productos del campo, no habiendo distinción entre los utilizados para el desayuno, almuerzo y cena, ya que indistintamente se come yuca, plátano y demás verduras en los distintos horarios de comida, la excepción la hace el arroz y los frijoles que se cocinan fundamentalmente para el almuerzo y cena, predominando mucho la sopa de frijoles con arroz y verduras

Las proteínas se ingieren muy poco y estas son fundamentalmente las que el río y el monte suministran. No existe diferencia entre los alimentos que brindan a los niños y los adultos. La ingesta de leche es casi nula, sólo los niños de 0 a un año y medio o dos años la garantizan a través de la lactancia materna, aunque algunas mujeres manifestaron que no pudieron amamantar a sus niños porque no tenían leche.

ANÁLISIS DE LA TABLA N° 5

TABLA N° 5 SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA FAMILIA, SEGÚN CANTIDAD DE HIJOS, POR INGRESO FAMILIAR MENSUAL EN BALBOAS

Ingreso familiar	Total	3 a 4 miembros	5 a 6 miembros	7 a 8 miembros	9 a 10 miembros
Total	35	1 2.85%	20 57.155%	12 34.29%	2 5.72%
Ninguno	24 68.57%	1 2.85%	14 40.00%	8 22.85%	1 2.85%
O a 50	5 14.29%	0	3 8.57%	2 5.72%	0
51 a 100	2 5.72%	0	1 2.85%	0	1 2.85%
101 a 150	1 2.85%	0	0	1 2.85%	0
151 a 200	2 5.72%	0	2 5.72%	0	0
201 a 250	0	0	0	0	0
251 y más	1 2.85%	0	0	1 2.85%	0

Fuente : Encuesta realizada en octubre de 2001.

Como se puede observar en la tabla anterior todas las familias viven en pobreza crítica, el 68.57% no pudo declarar ingresos, pues los mismos son muy eventuales dependiendo de lo poco que pueden vender, aunque la mayoría de las familias comentaron que no venden ningún producto pues lo que cultivan a veces no alcanza ni siquiera para la subsistencia. Estos datos son abalados por el MIPRE que en 1993, clasificó al distrito de Las Palmas como uno de los más pobres del país ya que ocupó en 1980 la posición número 14 con un índice de 28.7 y en 1990 la posición número 10 con un índice de 22.9.

En el informe del PNUD en el distrito de Las Palmas el ingreso promedio anual por persona es de 463 Balboas corrientes, lo que daría un ingreso mensual de B/ 38.58, lo que indudablemente no alcanza para satisfacer todas las necesidades básicas de un individuo. (PNUD: Índice de Desarrollo Humano de Panamá).

ANÁLISIS DE LA SALUD

De acuerdo a la información obtenida a través de las encuestas y la observación los problemas de salud son atendidos en primera instancia por la medicina tradicional, si persisten las dolencias se dirigen a los centros de salud de Quebrada Piedra (queda a cinco horas de camino), La Palma, Los Ruices, San Félix o a los hospitales de Soná y David.

Es necesario destacar que cualquiera de las opciones que tomen requiere de un gran esfuerzo en cuanto al tiempo que necesitan para llegar al centro, pues en algunos casos puede ser de todo un día caminando o el gasto de B/.4.00 en pasajes que representan una suma elevada para una población que no percibe ingresos fijos y que cuando los tiene puede ser de B/.3.00 a B/.5.00 diarios. (Entrevistas y observación a la comunidad)

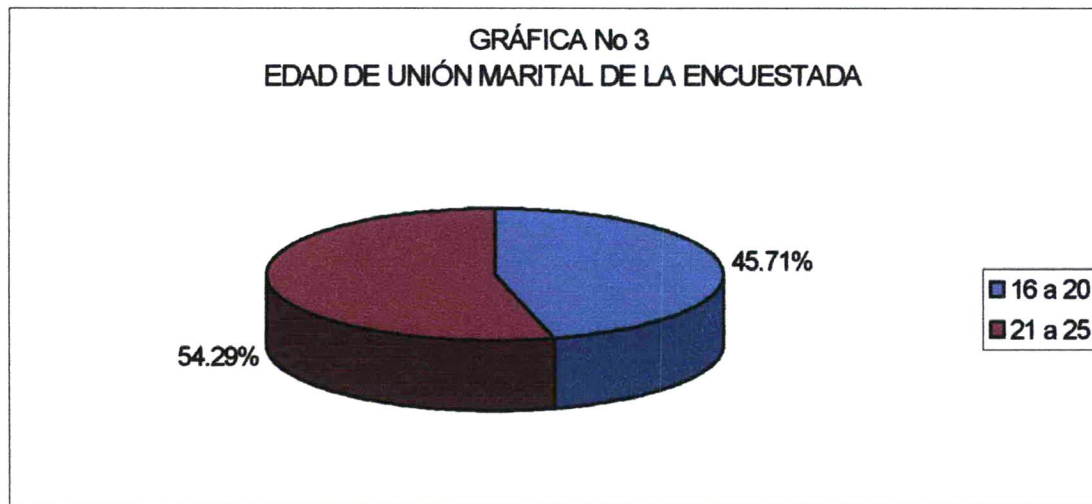
Existe una relación muy estrecha entre salud y pobreza. En general en nuestro país se caracteriza porque en las áreas rurales "...no existe un acceso adecuado a los servicios de salud. La distancia y la falta de transporte son una causa principal de la situación anterior, estas razones adquieren una mayor significación entre las personas en extrema pobreza." (MIPPE: Perfil y Características de los Pobres. Panamá, 11 de junio de 1998. Pág. 5)

Se pudo observar el porcentaje elevado de niños y adultos con problemas de desnutrición, la parasitosis de los niños queda al descubierto en sus estómagos abultados, los problemas de la piel y los piojos se pudieron observar también en muchos niños y adultos.

En las entrevistas con las afectadas y los/as funcionarias del Centro de Salud de Las Palmas se pudo constatar que las causas fundamentales por la que los enfermos/as y las mujeres embarazadas no acuden a las instituciones de salud son principalmente por el costo directo de las consultas y las medicinas, unidos a la falta de transporte, por lo que requieren caminar muchas horas. Por otro lado las condiciones de los caminos, la distancia y la relación entre oferta y demanda hacen que el transporte vehicular, en los tramos en que existe, resulte muy caro. Lo anterior es también la razón por la que los niños y madres lactantes desnutridas no aprovechen el programa de Nutricrema que desarrollan los Centros de Salud.

SALUD REPRODUCTIVA DE LA ENCUESTADA

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA N° 3



Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

Un elemento importante de la salud reproductiva es la edad en que comienzan las relaciones sexuales, sin embargo en el presente estudio sólo se indagó por la edad en que se casaron o unieron, no obstante los datos muestran una situación preocupante para este grupo que destaca que un 45.71% (16) comenzó sus relaciones sexuales formales o estables de los 16 a los 20 años, lo que significa que sus cuerpos no estaban preparados físicamente para los cambios que la maternidad provoca y ni que decir de los efectos psicológicos, pues indudablemente no existía la madurez psicológica requerida para las tareas y exigencias de la maternidad y de la crianza de los hijos. Este factor unido al económico trae grandes desventajas al grupo estudiado en general, pero agrava más la situación de las mujeres que son en última instancia sobre quienes recae

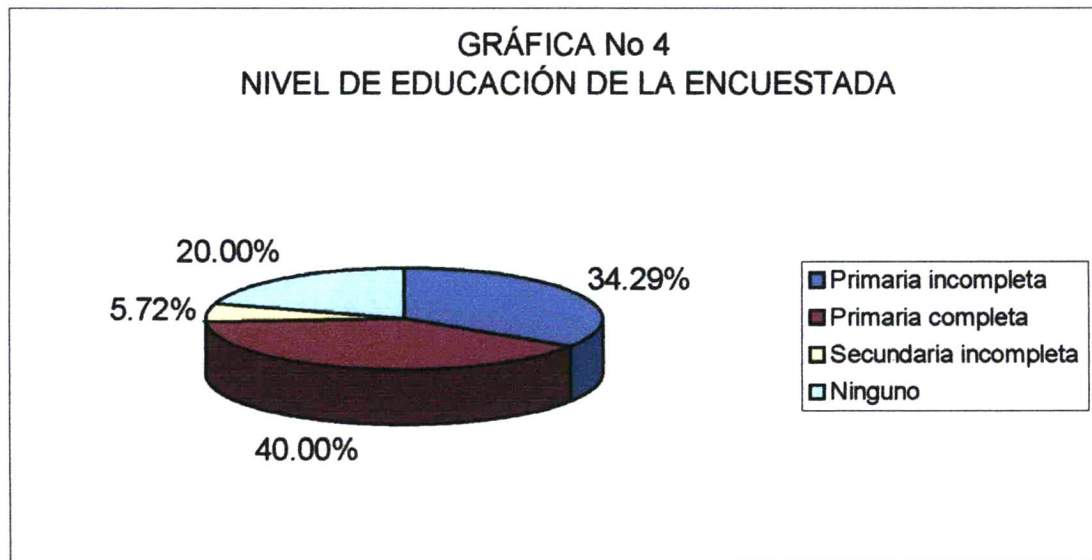
más la situación de las mujeres que son en última instancia sobre quienes recae más la responsabilidad de los hijos. El resto, el 54.29% (19) se había unido o casado de los 21 a los 25 años.

A pesar de los datos anteriores es necesario destacar que la totalidad planteó que la mujer debía tener los hijos después de los 20 años pero antes de los 30, lo que refleja una disconformidad con su estado actual o con lo que es o había sido su realidad concreta como madres.

En cuanto al estado civil de la estudiada, el 100% estaba unida, patrón este que se repite con las demás mujeres en edad reproductiva que pertenecen al mismo núcleo familiar, incluso se quiso conocer con la misma interesada si aunque estaban unidas habían realizado los trámites pertinentes que el código de la familia contempla para hacer válido el matrimonio de hecho y las mismas no sabían sobre que se les estaba hablando.

Todas plantearon que se habían unido una sola vez, lo que pudiera reflejar una estabilidad sexual y emocional relativa, pues conocemos que este elemento aislado no permite conocer la verdadera realidad en este aspecto, sin embargo es un elemento positivo a valorar en este grupo.

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA N° 4



Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

Fue importante conocer el nivel de educación formal que tenía la encuestada, para ver como influía en su salud sexual y reproductiva y si tenía relación con la situación socioeconómica de la familia. Al respecto los datos demostraron que para la mayoría, el 40.00% (14) de las mujeres estudiadas el nivel de educación formal es de primaria terminada, un 34.29% (12) no han culminado sus estudios de primaria, y un 20.00% (7) nunca fue a la escuela, ni han sido alfabetizadas, por lo que esto pudiera ser una de las razones por las que tienen pocos conocimientos adecuados sobre su salud sexual. Sólo un 5.72% (2) de las encuestadas asistió a la secundaria pero no logró terminar.

En esta provincia como en casi todas las demás en el área rural las mujeres tienen menos oportunidades para asistir a la escuela, influyendo por un lado las condiciones socioeconómicas de las familias, la accesibilidad de las

comunidades y por el otro los patrones socioculturales que consideraban que las mujeres no necesitan tantos conocimientos formales como los hombres.

En la provincia de Veraguas para el censo de 2000 el promedio de años aprobados fue de 6.1, mientras que a nivel nacional fue de 7.5 grados. En la relación por géneros mientras que los hombres de 40 a 49 años sin grado aprobado representaron un 7.41% las mujeres de este mismo grupo de edad alcanzaron el 9.03%. (Contraloría. Resultados Finales. Volumen II, Panamá, junio de 2001:139). En el área estudiada casi todas las mujeres mayores de 40 años no tuvieron acceso a estudios de primaria cuando eran niñas por la inexistencia de escuelas en la comunidad.

Por otro lado el Ministerio de Educación no desarrolla ningún programa de Salud Sexual y Reproductiva en el área y aunque el Centro de Salud de Las Palmas si lo contempla entre los programas que desarrollan, estos no llegan a la población estudiada por las limitaciones que presentan para realizar las giras médicas, y también porque las mujeres del área asisten muy poco al centro de Salud y cuando lo hacen es porque llevan a los niños por alguna enfermedad, por lo que están en función fundamentalmente de las necesidades de éstos, razón por la que aprovechan muy poco las charlas que sobre el tema se imparten en dicho centro. (Entrevistas en el Centro de Salud de Las Palmas, con las madres y la maestra de la escuela primaria de Raizal, en octubre de 2001)

ANÁLISIS DE LA TABLA N° 6

TABLA N° 6 FECUNDIDAD DE LA ENCUESTADA SEGÚN NÚMERO DE HIJOS POR NIVEL ACADÉMICO

Grado	Total	Número de hijos		
		1 a 3	4 a 6	7 a 9
Total	35	8 22.85%	25 71.42%	2 5.72%
Ninguno	7 20.00%	2 5.72%	5 14.29%	0
Primaria incompleta	12 34.29%	1 2.85%	9 25.71%	2 5.72%
Primaria completa	14 40.00%	4 11.42%	10 28.57%	0
Secundaria incompleta	2 5.72%	1 2.85%	1 2.85%	0

Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

En la tabla se puede observar que a mayor nivel educativo las mujeres encuestadas tenían menor cantidad de hijos. En las entrevistas y contactos realizados con las estudiadas se pudo constatar que aquellas que habían asistido a la primaria completa o tenían algún grado de secundaria demostraron tener mayor sensibilidad sobre los temas de salud sexual, (aunque no conocieran el término) y sobre planificación familiar, también fueron las que

asistían con más frecuencia al Centro de Salud para atender a los hijos y a la vez recibían las instrucciones o conocimientos sobre el tema.

Por lo general el Centro de Salud, y en especial el personal de enfermería, aprovecha la oportunidad para transmitir la educación sexual y la planificación familiar cuando las madres y los padres llevan los hijos al médico, por lo que este grupo tienen más instrucción y en alguna medida influye sobre su actitud ante la maternidad y la tenencia de los/as hijas.

Estas condiciones traen complicaciones que pueden llegar hasta la muerte. Dos mujeres de las entrevistadas contaron sus experiencias traumáticas de varios partos donde pensaban que estaban muertas, Eufemia narró:⁽¹⁾

... a mí me parteó mi mamá, la finada, pues porque ella ya no está y después una señora, cualquier señora por ahí, de uno yo tuve que ir al hospital porque yo quedé mal y entonces tuve que ir al hospital (...) yo tuve que dar solita, después fue ella (la niña), entonces estuvimos cuatro días, no tuve leche para darle...

Continúa contando:

...a todos los tuve aquí mismo en la casa. Ella (se refiere a la mamá) decía que venían bien (los niños/as) porque comenzaron a comer y a beber (...) nunca me dijeron que estaba mal, ella no más le ponían la mamadera y ahí comenzaban a comer y a beber.

Casilda contó:

... me acuerdo que me daban ataques, creía que era por la comida, los alimentos, creía yo pero no yo estaba más avanzada (se refiere a que estaba más enferma), no tenía resistencia y entonces en esta última me dio un ataque que yo

¹ Todos los nombres son seudónimos, dado que ninguna de las mujeres entrevistadas quiso ser identificada. Todos los testimonios aparecen en cursiva y son citas literales.

no recuerdo ná, cuando yo recordé me dijeron que la niña estaba ahí, cuando desperté estaba en Soná. Entonces me preguntaron que si yo sabía dónde estaba y entonces yo le dije que no, porque yo desde la casa de ná me acuerdo, si me llevaron o no me llevaron. Entonces me dijeron que yo estaba en el hospital de Soná, fue cuando yo vine a recordá, (...) me hicieron un laboratorio, tó eso me hicieron, entonces me mandaron a lavar la tetica y que se la pusiera a la niña aunque no tenía ná, pero me mandaron a ponersela. Me tuve ocho día.

Continúa contando:

Del primer parto me tuve dos día con dolor fuerte, yo decía que la gente de ante lo ponía a sufrir a uno y no lo llevaban a ni un lao, uno estaba ahí sufriendo hasta que ya pariera o no pariera, así era la gente de ante los viejos, pero ahora no pasa eso yo creo porque se pone cuidado porque eso es serio.

Teodora planteó:

**...Yo no podía tener rápido a los niños sufría mucho. Los cuatro primeros los tuve en la casa me parteó mi abuela. Bueno yo tuve la primera la tuve bastante mal en realidad...
...bueno me daba dolor y no podía tener la criatura entonces tuvieron que ir a buscar un señor que sabía partear para poder tener a la niña. Buscaron un partero para que me ayudara.**

Era la costumbre del área. Es que esa área es así de todas maneras. Actualmente algunas salen.

...el primer niño fue muy difícil después el segundo (...) ese fue un poco más rápido. Y el tercero fue el más duro también y de ahí el cuarto...

Bueno lo que pasa que yo (...) se dice pues en el campo que le da unos cólicos entonces el dolor del cólico cuando da no deja que la criatura baje sino que como que lo cierra. Bueno ese era los problemas que yo tenía.

Dionisia contó.

En la niña primera yo tuve bastante mal porque cuando yo la tuve a ella yo no me di cuenta de que ella sufrió porque realmente bueno gracias a Dios que yo estoy viva pues porque casi que me muero pero tuve bastante mal.. yo creía que me moría

...que yo andaba bastante mal que yo ya no me valía que todos tenían que lidiarme y que mi familia me lloraba porque ellos pensaban que yo (...) y el partero había dicho que tenía una hora que si yo no salía a esa hora ya tenían que sacarme para fuera porque yo no podía dar a luz pero me recuerdo que en ese tiempo mi abuela todavía era viva ella y mi mamá y toda mi familia ellos me lloraban, ellos me lloraban porque todos

pensaban que yo me iba a morir. (...) Yo me sentía mal porque yo no podía hacer nada y no tenía fuerzas (...) me daban bebeditsu, toma (...) eso son tomas de casca que me daban y ...

... hizo un remedio pue entonces cuando él vino él partero entonces él hizo todo lo contrario para que yo pudiera tener la beby (...) me dio vuelta de la izquierda a la derecha (...)por ejemplo si uno está acostado uno tiene que dar vuelta de la izquierda hacia la derecha para poder volver eso...

... entonces yo en realidad yo pensaba que yo me iba a morir porque yo me sentía mal, mal y ya era como algo que ya la vida se me iba a cortar pero... bueno ese señor, él me ayudó bastante...

Sobre el segundo parto dijo:

Bueno yo tuve rápido ahí me ayudó mi mamá y mi papá y mi esposo y mi hermano ahí no tuvimos que ir a buscar a nadie ya cuando mi abuela llegó ya yo había salio.

Ellos me ayudaban era en el sentido de que ellos me hacían comida y sopa también. Eh (...) me ayudaban era porque ellos estaban pendientes de que si yo no salía rápido me iban a buscar receta y los parteros (...) Pero no te sobaban la barriga (...) no te apretaban la barriga (...) mi mamá me hacía sobos y

esas cosas sobos para que dice que pudiera tener más rápido...

La única que veía era mi mamá, mi papá solamente me ayudaba a sujetarme, me ponían una sabanas delante. (...) el tercer niño también fue muy difícil, ahí me ayudó mi mamá y mi papá. El cuarto niño fue rápido porque ahí me ayudó una familia que vivía en el pueblo. (...) p.a.: Bueno porque cuando yo estaba así ellos fueron a buscarme para que me viniera a ver entonces un tío mío que fue el que me ayudó que él entendía de eso entonces él me dio unos bebedisu y me dio un sobo y entonces él me dijo que si era de tiempo salía rápido y así fue salí rápido y cuando ya avisaron a mi mamá al otro día porque ella vivía no tan lejos pero estaba a unos 15 minutos algo así...

La quinta niña fui a parirla al hospital.

Teododora comentó:

**(...) a uno no le quedaba más que aguantárselo, era muy difícil
(...) no le daba miedo que vá, según la ignorancia que había
pues uno no le daba miedo paro después que pasaba, vuelta y
decía uno que eso no era ná, así era uno ante, muchas mujeres
eran así.**

Ahora yo les digo que vayan al médico mejor porque yo no quiero que les pase ná a mis hijas, que les pase como a mi me pasaba antes, el médico te da control, te controla.

Unas mujeres se morían, y otras tenían suerte (...) los hombres no sabían donde quedaba el hospital, le tenían mieo, porque decían que en el hospital cortaban y mataban y entonces ellos no llevaban a la mujer pero ahora va cambiando la cosa porque tó mundo se está dando cuenta que los hospitales no cortan es mentira que matan (...)

Sobre la higiene y la posición que adoptan para parir, Teodora nos contó su experiencia:

... paría yo en la cama, los niños que yo tuve en la casa nunca los dejé en el suelo (piso de tierra) porque mi mamá decía que no.

Una vez me tocó partear a una mujer en el suelo porque ella quiso sin nada en el piso, yo fui la que le puso una sabana en el piso, a ella la acostumbraron así, pues la mamá la acostumbró así.

La posición es de rodilla, por aquí toas las mujeres dan a luz así. Porque las parteras decían no eso no, uste no se acuesta , no se sienta, no se ponga nada , nada más que ahí en penitencia de rodillas.

Habían unas que aguantaban hasta dos días cuando me pasó a mi, los primeros eran varones y fueron más fácil, los de las mujeres más fuerte. Los varones salen con menos dolor.

ANÁLISIS SOBRE EXPERIENCIAS DE HABER TENIDO ABORTOS

Sólo el 11.42% (4) de las estudiadas adujo haber sufrido abortos espontáneos, pero no sabían las causas, otro 17.15% (6) tenía duda pues no estaban seguras de que algunos episodios que habían tenido como dolores fuertes seguidos de sangrados hubieran sido abortos.

Dionisia, cuenta sobre su aborto lo siguiente:

(...)porque en ese tiempo antes de la niña yo me salí encinta entonces yo tuve un aborto yo tenía siete meses ya y parece que yo no estaba en cinta entonces yo tuve ese problema entonces yo vine y (...) un día me pegó un dolor pue en el cuerpo y mi esposo no estaba ahí o y yo estaba solita nada más con el hijo el segundo y otro más pequeño y entonces yo le había dicho a él que yo me sentía así media mal pero bueno (...) a veces uno no piensa de que va a ser cosas más graves y él como tenía que irse él se fue (...) entonces cuando él se fue pue a los dos días amanecí yo un día alistando el desayuno para los niños pero yo a las tres de la mañana yo me sentí mal entonces pero yo me levanté y preparé el desayuno a los niños cuando ya amanecí entonces yo le dije a los niños tú no van a tener que ir a la escuela entonces un hermano bajaba a ver un trabajo allá cerca del pueblo entonces yo le dije mira hijo vas a tener que ir a decirle a tu tío que venga acá a la casa porque yo no me siento bien

entonces él se fue a buscar al tío y él vino y yo le dije le dije el problema pue entonces él fue donde mi tío que era el que sabía de eso entonces él vino a atenderme entonces él me vio y ellos mandaron una razón con la vecina que tenía confianza con ellos que me viniera atender porque me sentía mal y entonces de ahí cuando mi tío vino y me dio una toma y me revisó pue me hizo un sobo ahí y me dijo que él se extrañaba porque sentía la barriga muy chica y como que la criatura no estaba viva pero él dice bueno si es de aborto tú vas a abortar y si es de tiempo pue no puede porque todavía tienes siete meses pue pero yo me sentía que la barriga no era igual, bueno la cosa que él me dio la toma y él se fue para la casa y yo me quedé con mi hija y la otra vecina y mi hermano se fue para la casa a avisar a mi mamá para que me viniera a ver que estaba en pue en ese problema . Bueno cuando al ratito que ellos se habían ido to yo tuve el aborto, fue rápido entonces yo llamé a la vecina que ella me estaba haciendo un bebedisu entonces yo la llamé y ella fue a verme entonces (...) dijo esto no est vivo él está muerto...bueno la cosa es que corrieron y corrieron y corrieron y mi hijo allá donde mi tío a decirle que viniera a verme entonces él vino y dice bueno es un aborto pero vamos a ver si ha s todo y si ha salido todo entonces no hay problema bueno gracias a Dios que salió todo.

(...) ya llegaron también mis papás y mis suegros también (...) y allí lo socorrearon y bueno como estaba chiquito pue eso era algo así pequeño pue no era grande entonces lo vinieron y lo socorrearon y le pusieron nombre porque la religión de nosotros católica decimos que hay que socorrear a los niños.

(Bautizarlo)

(...) yo gracias a Dios no tuve tanto problema pero bueno después como era un aborto decía mi mamá que el aborto a veces es más grave que un parto normal entonces ella me llevó para la casa de ella y ellos me pusieron en medicina me mandaron a santiguar pue los cólico los dolores que uno siempre en el campo dice que uno sufre de cólico. (...) un año siguiente nació el cuarto.

ANÁLISIS SOBRE EL USO DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL PARTO

Sobre el uso de medicina tradicional en el parto, algunas entrevistadas plantearon que se les daban “tomas” de canela y nuez moscada, para cólicos. Otra planteó que para el pasmo tomó yerba buena, canela, anís, clavito de olor y nuez moscada, pero la mayoría no sabía que era lo que bebían porque decían que eso lo preparaba el partero o partera que ayudaba.

En el momento del parto según Teodora:

(...) el curandero lo ponían a uno, la ayudaban, la ponían de rodilla, la agarraban por los brazos y le daban un sobijo a uno en la barriga así con las manos con aceite y eso. Aceite de castor, manteca negra que sacan de una palma que le dicen corocita.

(...) después yo fui al hospital y me dijeron que eso era malo porque uno tenía que sacar lo que tenía adentro, entonces ellos cocinaban una cáscara de corteza y le daban a uno caliente, cuando uno estaba con el dolor grande.

(...) algunos niños como que se intoxicaban, o después que nacían se reventaban por las narices en sangre o por el ombliguito y se mirían porque los curanderos daban eso caliente todo caliente pá la frialdad a unas los niños se le morían, otras teníamos suerte que los niños no les pasaba ná.

La placenta era enterrada en hojas de vijao, debajo de la cama para que la mujer no sufra de pasmo.

El cordón umbilical se corta con una tijera o con una cuchilla de afeitar. El cordón cuando está seco se guarda para medicina de la vista: el cordón se pone en agua tibia sin hervir y se le pone el agua en los ojos cuando la vista se pone llorosa, si es hombre se le pone cordón de mujer y viceversa. Algo importante es que no tiene que ser de la misma familia. (Información obtenida de las entrevistas a parteras empíricas y a mujeres del área)

ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA ENTRE LAS ESTUDIADAS

Relativo a la mortalidad infantil la misma alcanzó el 20.00% (7) entre la población estudiada, una de las afectadas de este segmento perdió dos hijos seguidos, según dijo “por que no pegaron”, pero de acuerdo a la explicación se podría suponer que la causa fundamental fue la demora en el parto, los otros murieron antes del primer año, en ningún caso se fue al médico y plantearon que sufrieron del “mal de los cólicos de los recién nacidos” o del “mal de ojos”.

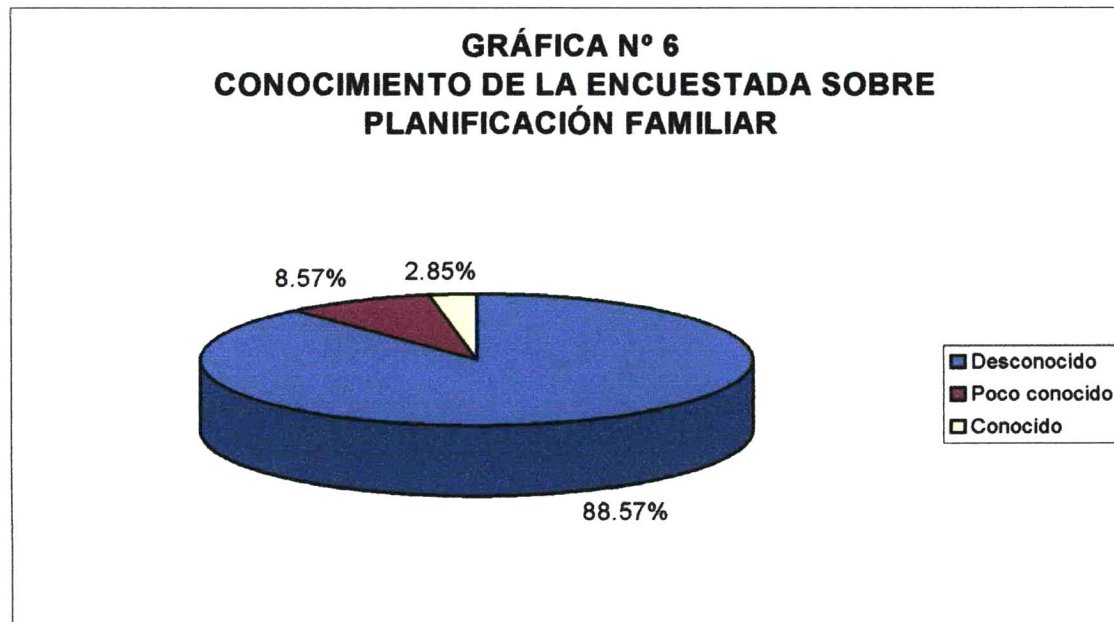
En indagaciones realizadas en el centro de salud de Las Palmas, nos informaron que una de las causas de mortalidad infantil hace más de una década era el tétano por la forma o los instrumentos con que cortaban el cordón umbilical, aunque tampoco se puede descartar que en estos momentos pudiera ser esta una de las causas. En el área estudiada no existe ninguna partera empírica que haya sido capacitada entre los programas de Parteras Empíricas que ha desarrollado el Ministerio de la Salud

En cuanto a la mortalidad materna en el área Eufemia recordaba:

“Yo conocí una por aquí cerca que murió, por acá arriba, una que era hija de un señor que le decían Tomás. Como dicen por aquí de soltura, eso es que el niño nace y uno se suelta en sangre, hemorragia. El niño quedó. Tenía que dir al médico porque el curandero no podía atender a la mujer así”

En las entrevistas realizadas en el Centro de Salud de Las Palmas se pudo conocer que en 1998 hubo dos mujeres que murieron de parto, una en el puesto de salud de Cerro Pelado y la otra en Las Palmas, antes de llegar al Centro de Salud, ambas por hemorragias.

ANÁLISIS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.



Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

El estudio demostró que para casi la totalidad de las mujeres estudiadas, o sea el 88.57% (31), el tema de planificación familiar es desconocido totalmente, sólo el 8.57% (3) habían escuchado hablar sobre el tema porque llegaron al Centro de Salud después de algún parto donde habían quedado con un estado de salud muy delicado y sólo una (2.85%) tenía conocimientos. No obstante el 82.85% (29) consideraba el tema como muy importante, pero como patrimonio propio de las mujeres, pues se encuentra, al decir de algunas encuestadas "entre las responsabilidades que deben tener las mujeres", tanto para sí mismas como para la educación sexual de los hijos. El resto, el 17.15% (6) consideraba que debería ser responsabilidad de los dos, sin embargo ningún hombre había recibido información sobre planificación familiar.

En cuanto al número de hijos e hijas deseados/as el 71.42.00% (25) dijo preferir de tres a cuatro, porque (en orden de preferencia):

- Deseaban estar acompañadas cuando fueran mayores.
- Por que dos no eran nada.
- Para que las ayudaran en la vejez.
- O no sabían.

El resto, 28.57% (10) optó por preferir uno o dos hijos o hijas solamente, porque (en orden de preferencia):

- La vida estaba muy dura y no se podían mantener.
- Daban mucho trabajo.
- Querían otra forma de vida para sus hijos.

Las respuestas anteriores reflejan que el 28.57% (10) de las encuestadas, si bien, responden de acuerdo a estereotipos sociales en cuanto a la cantidad de hijos, sí están conscientes de su realidad económica y de la necesidad que tienen de cambiar su calidad de vida.

El primer grupo (25 mujeres) interpreta la función de madre como una inversión para el futuro, al suponer que los hijos/as contribuirán a satisfacer sus necesidades de la vejez, criterio este muy arraigado en nuestro medio y que pasa a ser, según nuestro criterio, uno de los tantos mitos sociales que existen alrededor de la maternidad. Es obvio entonces que todas estuvieran de acuerdo en plantear que la tenencia de los hijos/as era muy importante para ellas.

Entre las entrevistadas hubo diversas opiniones, algunas, como María deja la decisión a Dios al plantear:

Sobre la tenencia de los hijos eh... bueno solo Dios ha decidido sobre eso porque no me ha dado más hijo.

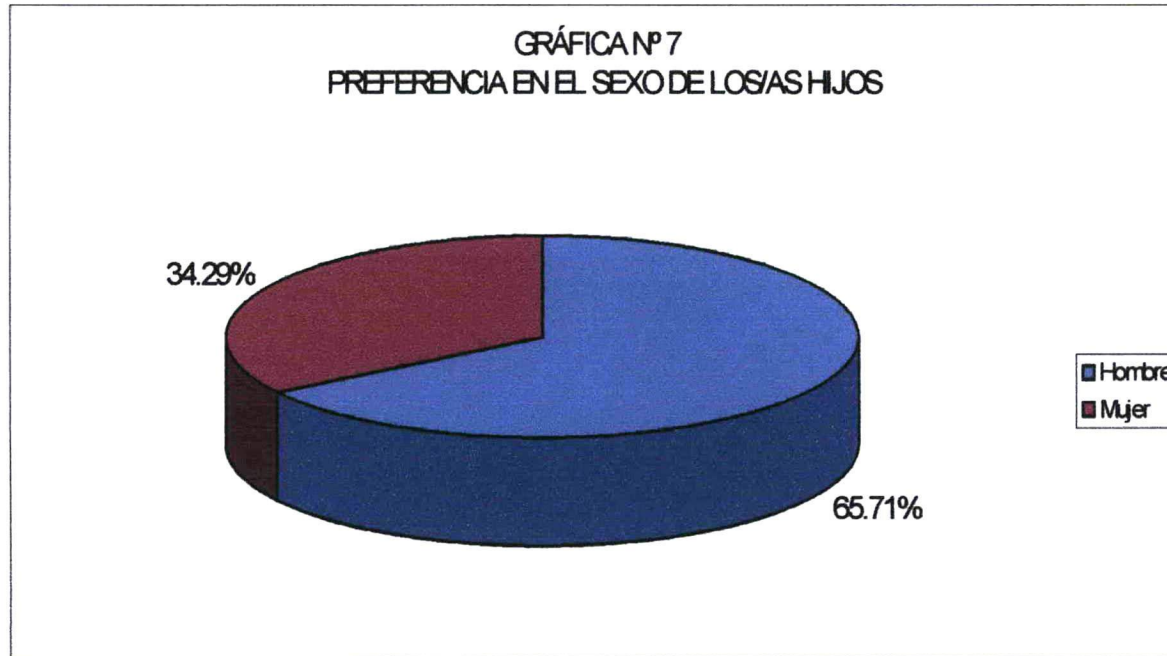
Teodora, a pesar de tener siete hijos piensa diferente:

Ahora yo creo que eso de tener tanto hijo es malo, creo que si la mujer quiere tener hijo uno o dos pero ya muchos no, eso que haiga buen empleo, que haiga una persona que traiga plata, porque lo que vale es que haiga buena educación porque hay que conseguir pá la comida.

Paulina:

Ya teníamos tres pero entonces de ahí entonces bueno de ahí me salí en cinta del otro entonces ya cuando tuve la última niña que tengo ya sí decidimos de no tener más porque había muchos problemas en mi parto entonces ya hace cinco años que una hermana de la iglesia me enseñó con el ritmo.

ANÁLISIS SOBRE LA PREFERENCIA EN EL SEXO DE LOS HIJOS E HIJAS



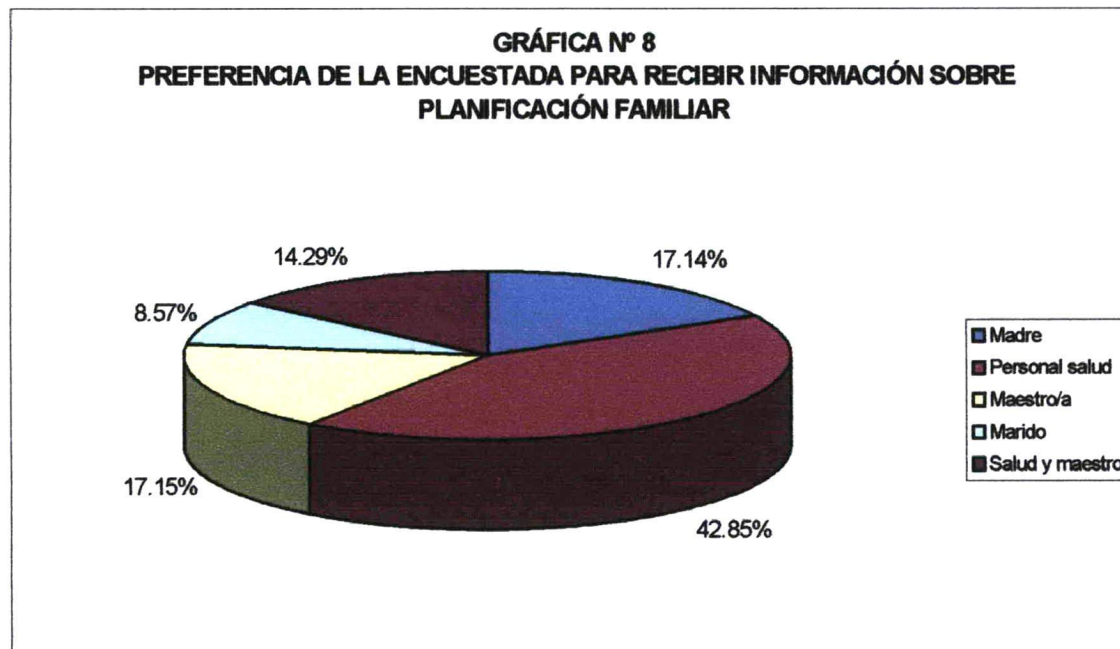
Encuesta realizada en octubre de 2001

En cuanto al sexo la mayoría, 65.71% (23) prefiere parir hijos varones, porque (en orden de importancia):

- Son más fáciles de cuidar, se refieren fundamentalmente a que necesitan menos protección.
- Ayudan más a las madres y se apegan más a ellas.
- Ayudan más económicamente a la familia.
- Siempre se puede contar con ellos, se refieren a que las mujeres cuando se casan se alejan de "los padres" porque tienen que cuidar a su propia familia.

- Son las mujeres las que cuidan a los padres y a las madres cuando están viejos/as.
- Se mantienen más en el hogar, se refieren a que los hombres se casan primero y se van a mantener a su familia o cuando empiezan a “andar con noviecitas se olvidan de la casa”.

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA Nº 8

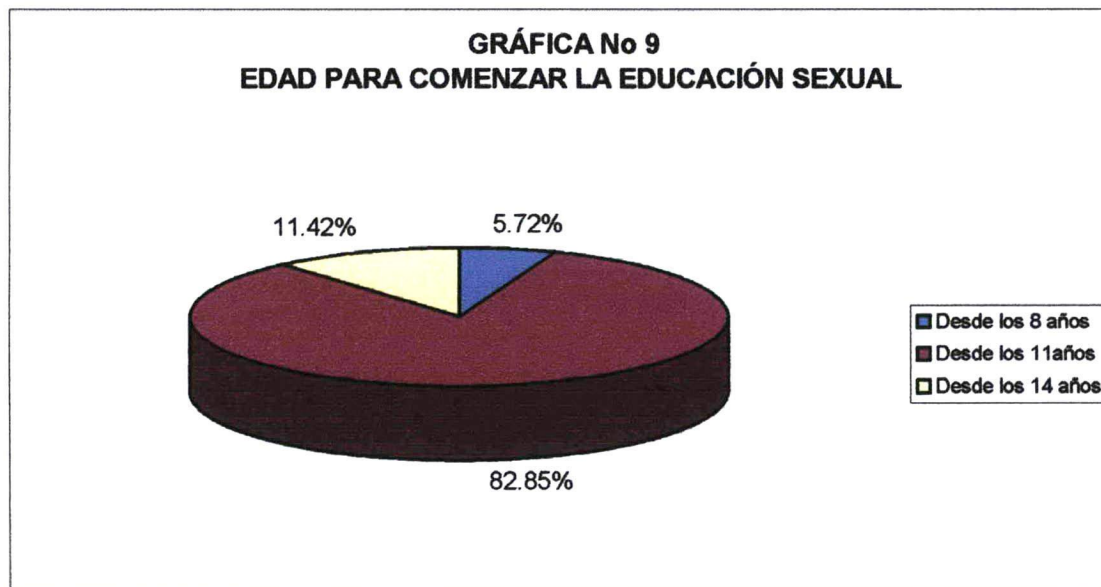


Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

En lo concerniente quién preferiría la encuestada que le brindara información sobre planificación familiar y sexualidad, el porcentaje superior 42.85% (15) estuvo entre las que prefieren que sea el personal de salud, porque dijeron que están mas capacitados y conocen mejor el tema. Un 17.15% (6) considera que debe ser la madre por que es con la que se tiene más confianza, otro porcentaje igual consideró que la maestra o el maestro eran los más adecuado, un 14.29% (5) piensa que son los/as maestras/os y el personal de salud los/as que deben compartir esa responsabilidad y sólo un 8.57% (3) consideró que es el marido el que debe brindar la información.

Como se puede observar las respuestas tienden a corresponderse con las funciones de las instituciones formales educativas, que hoy día comparten con la familia la tarea socializadora y formadora. Esto denota también una acertada identificación de los roles sociales de las instituciones mencionadas.

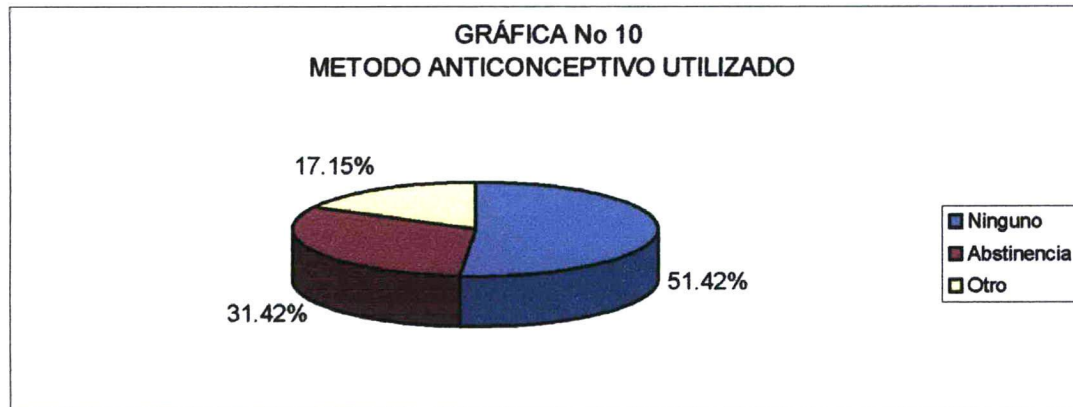
ANÁLISIS DE LA GRÁFICA N° 9



Fuente. Encuesta realizada en octubre de 2001

La gran mayoría, 82.85% (29) de las madres consideran que desde los 11 años se debería comenzar con la educación sexual de los hijos e hijas, ya que es a partir de esa edad cuando la niña se desarrolla. Es importante anotar que se le dio más énfasis a la educación sexual de la niña, en muy pocos casos se mencionó al niño o al hijo. Un 11.42% (4) planteó que desde los 14 años y sólo un 5.72% (2) a partir de los 8 años.

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA N° 10



Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

En lo referente a los métodos anticonceptivos, el 51.42% (18) nunca había utilizado algún método anticonceptivo y tenía poco conocimiento sobre los mismos, un 31.42% (11) utilizaba la abstinencia, y el resto 17.15% (6) el coito interrumpido o el ritmo.

Se pudo conocer que casi todas confían en que mientras están lactando a los hijos/as no salen embarazadas, sin embargo también algunas revelaron su experiencia de haber salido embarazada mientras lactaba, esto además trae el inconveniente que desconocen el tiempo de gestación, lo que trae como consecuencias que tengan menos control sobre el embarazo y sus cuerpos, así como, le es más difícil detectar algunas patologías o prepararse para el momento del parto.

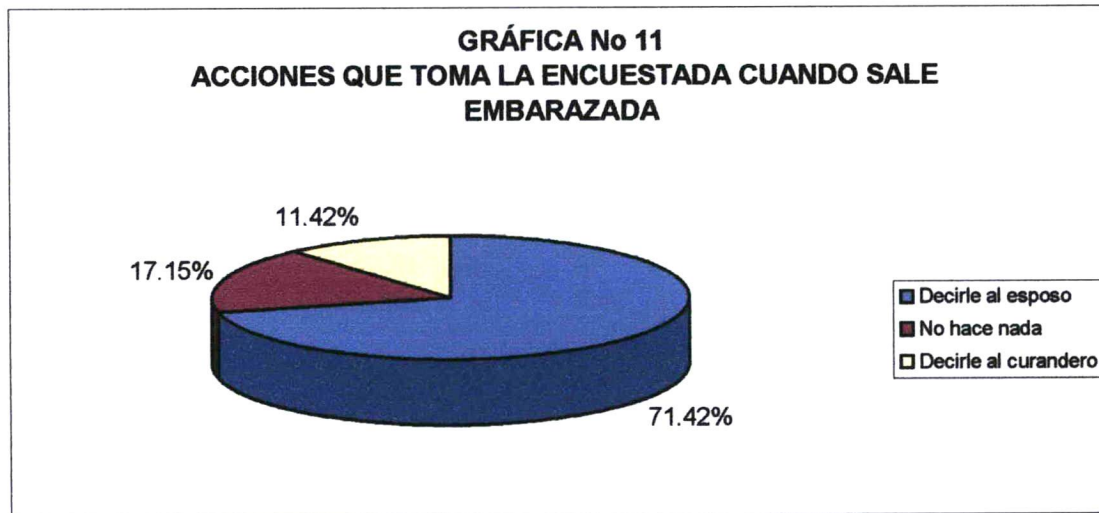
En algunos casos también tuvieron abortos y no sabían que estaban embarazadas, plantearon que se dieron cuenta cuando comenzaron los dolores y después presentaron el sangrado o la pérdida del producto.

En el aspecto tratado es evidente la falta de empoderamiento de las mujeres estudiadas sobre su salud sexual y sobre su cuerpo. Demuestran a través de varios aspectos tratados anteriormente que no tienen poder ni control sobre sus cuerpos, pero quizás lo más preocupante es la falta de conciencia que mostraron las encuestadas con respecto al derecho a decidir sobre sus cuerpos y la responsabilidad que tienen con relación a su salud y a su sexualidad.

En este análisis habría que retomar a Lagarde cuando plantea que el empoderamiento y el desarrollo humano deben estar en estrecha relación y que el poder debe ser un atributo de cada persona para si misma, desde su punto de vista el poder es lo que le sirve a una persona para tener mejor calidad de vida . (Lagarde 1996:110)

Las mujeres del estudio aún no han aprendido a luchar por su vida, su salud y su bienestar. Tampoco pueden decidir sobre su cuerpo, como usarlo, ni hasta donde usarlo, son decisiones que se las dejan al esposo o a "Dios". No tienen seguridad ni individual (en lo que concierne a su propia conciencia), ni colectiva (en lo relativo a lo que la sociedad les brinda) sobre su sexualidad, ni en la reproducción. (HERA, 1995:20)

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA N° 11



Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

En cuanto a las acciones que toman las estudiadas cuando salen embarazadas está en primera instancia, comunicárselo al esposo en el 71.42% (25), en segundo lugar no hacer nada, 17.15% (6) y por último sólo un 11.42% (4) acude al curandero.

Ninguna mujer se controló debidamente el embarazo, plantearon que no acuden al Centro de Salud porque la distancia es mucha y el costo del transporte es alto lo que también dificulta el acceso al servicio. Por este motivo tampoco ninguna tomó continuamente las vitaminas pre natal, solamente si por alguna otra razón se acudía al médico, como por ejemplo para llevar los niños o cuando llegaban giras médicas a la comunidad que las suministraban. No obstante una parte de las encuestadas son conscientes de la importancia que

tiene el control del embarazo para que los hijos nazcan sanos y para evitar complicaciones en la madre.

El Centro de Salud de Las Palmas, a través de las giras médicas y de los promotores de salud en las distintas áreas que le corresponden, tratan de cumplir con lo establecido en las Normas Materno Infantil, en cuanto al control del embarazo y del puerperio, a las inmunizaciones de la madre y del niño cuando nace, y al control del niño, entre otros aspectos. Sin embargo en el área del estudio en el momento en que se recogió la información no se habían realizado giras médicas durante todo el año, ni existía ningún o ninguna promotora de salud.

También se pudo notar que lo que prevalece es el cuidado del producto antes que su propio bienestar, lo que demuestra el arraigo de algunos estereotipos acuñados en nuestra sociedad como la misión suprema de la mujer “parir hijos sanos y fuertes” aún, en algunos casos a costa de su propia vida.

En los pocos casos en que acuden al médico son acompañadas por el esposo, pero fundamentalmente porque las condiciones de inaccesibilidad en que viven hacen peligroso los caminos.

Entre los problemas y dificultades más comunes que presentaron con los embarazos están los mareos, vómitos, náuseas, hinchazón en los pies y el “mal de orina”, sin embargo ninguna asiste al médico por estas dolencias porque las consideraban normales para su estado y también por la inaccesibilidad de los Centros de Salud.

La mayoría, el 80.00% (28) cuando tiene malestares, hace lo que su madre le aconseja, el 71.42% (25) acude al curandero de la comunidad, el 17.15% (6) escucha las recomendaciones del esposo y un 11.42% (4) recibe sugerencias de otras personas allegadas a la familia. (Esta era una pregunta de respuesta múltiple por lo que cada mujer podía responder varias alternativas)

ANÁLISIS DE LA TABLA N° 7

TABLA N° 7 CUIDADOS QUE TIENE LA MUJER
DESPUES DEL PARTO

Cuidados	Porcentaje
No realizan esfuerzo físico	80.00 (28)
No salen de noche	51.42 (18)
No lavan la cabeza	31.42 (11)
No bañan	20.00 (7)
Toman té de hiervas	85.71 (30)
No cogen insultos	11.42 (4)

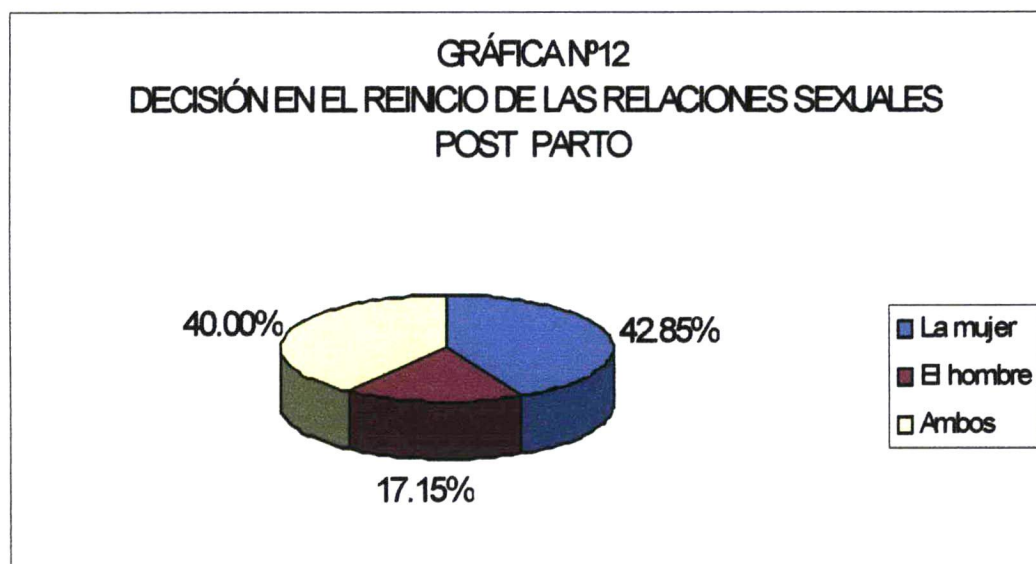
Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

Nota: cada encuestada podía responder varias opciones por lo que el porcentaje se pasa de 100.00

Sobre el puerperio ninguna conocía que era. Algunos de los cuidados que tenían después del parto dependían de la cultura tradicional y de los mitos populares sobre el puerperio, como son: en primer lugar estaba tomar té de hiervas con un 85.71% (30), en segundo lugar, no realizar esfuerzo físico 80.00% (28), en tercer lugar no salir de noche o serenarse durante los cuarenta días después del parto 51.42% (18), le continúan: no lavarse la cabeza durante los primeros días 31.42% (11), no bañarse durante los primeros días 20.00 % (7), y no coger "insultos o rabias" por que puede quedar loca 11.42% (4).

El tiempo esperado para tener relaciones sexuales después del parto fue en la mayoría de los casos, 80.00% (28) de 1 a 2 meses lo que correspondería

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA Nº 12



Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

En cuanto a la opinión de la encuestada sobre quién debe decidir cuándo reiniciar las relaciones sexuales después del parto, el 42.85% (15) expresó que la mujer; el 40.00% (14) consideró que ambos; y el 17.15% (6) que el hombre. Tal como se observa en estas respuestas, el mayor porcentaje sitúa la responsabilidad en sí misma, sin embargo en las entrevistas a profundidad se pudo detectar que en la realidad esto no ocurre de esta manera, al final las relaciones se tienen de acuerdo a las preferencias del marido, muy pocas veces él coopera en la recuperación de la mujer, en la muestra estudiada el hombre es el que decide y dispone sobre la sexualidad femenina.

al período de puerperio, el 11.42% (4) espera más de 2 meses, algunas, dentro del rango anterior especificaron que esperaban entre 5 y 6 meses y por último el 8.57% (3) comienza sus relaciones antes del mes de parida.

Una vez más se pone de manifiesto la falta de empoderamiento de estas mujeres en cuanto a su sexualidad y sobre todo en la salud de su cuerpo.

(HERA, 1995:25)

Al indagar sobre las razones de sus respuestas, un poco más de la mitad (53.33%, o sea, 8 mujeres de la 15 que eran el total) de las que acreditaron la decisión a las mujeres, informó que debido a que se sentían con molestias.

Sobre lo anterior, Teodora en la entrevista planteó:

... habían unas que se cuidaban un mes y otras quince días a lo más.

Según la experiencia de María:

... un mes y medio cuando uno está bien y tres meses cuando uno queda mal.

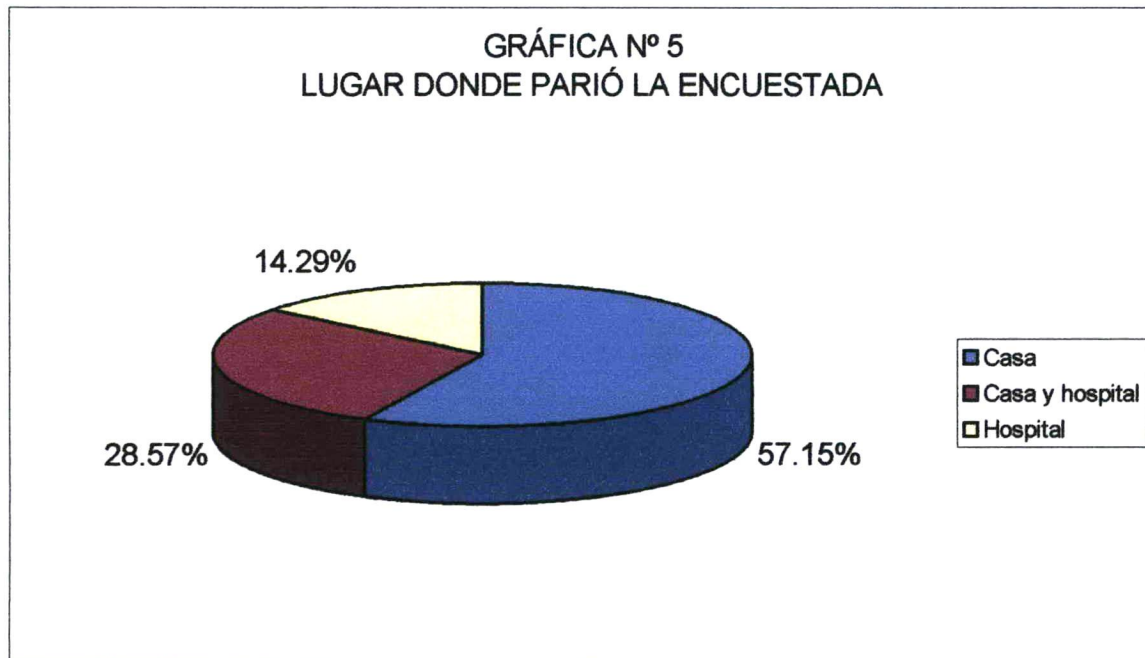
Dionisia dijo:

... la mujer se cuidaba, cuando estaba así no tocaba al hombre, el hombre no nos podía tocar, tener relaciones hasta quince o diecisiete días después, pero eso no valía, porque las mujeres quedaban en cinta, porque no le venía el período, por eso se daban cuenta.
Yo creo que eso se quedaba así a lo que Dios quería, solito.

En las entrevistas a profundidad y aún en las respuestas abiertas de la encuesta se reflejó que prevalece el patrón tradicional y androcéntrico en las relaciones sexuales y psico-afectivas de algunas mujeres. Las mujeres estudiadas responden al patrón de socialización imperante en nuestra sociedad de sometimiento, abnegación, resignación y silencio, aprendidos en el proceso de socialización por lo que ni siquiera toman conciencia (o lo obvian) de los

ANÁLISIS DE LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA MUJER ENCUESTADA

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA N° 5

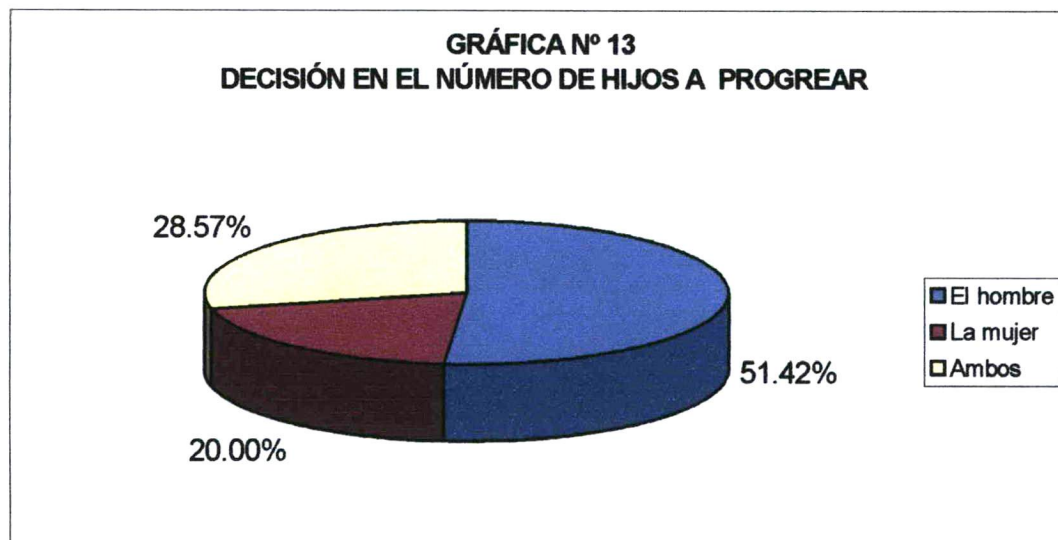


Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

En cuanto la salud reproductiva, es importante señalar que casi la totalidad de las mujeres estudiadas no atienden sus embarazos y el 57.15% (20) parió en la casa a todos sus hijos atendidas por parteras/os empíricas que no habían sido entrenadas o por algún familiar como el esposo, la suegra, u otro, el 28.57% (10) parió unos en la casa y los últimos en el hospital y sólo el 14.29% (5) los ha parido todos en el hospital, coincidiendo que en este grupo están las más jóvenes de las mujeres estudiadas.

daños a la salud que les puede ocasionar el reinicio del coito antes del tiempo recomendado clínicamente, ni que decir del derecho a decidir sobre su cuerpo y sus emociones.

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA N° 13

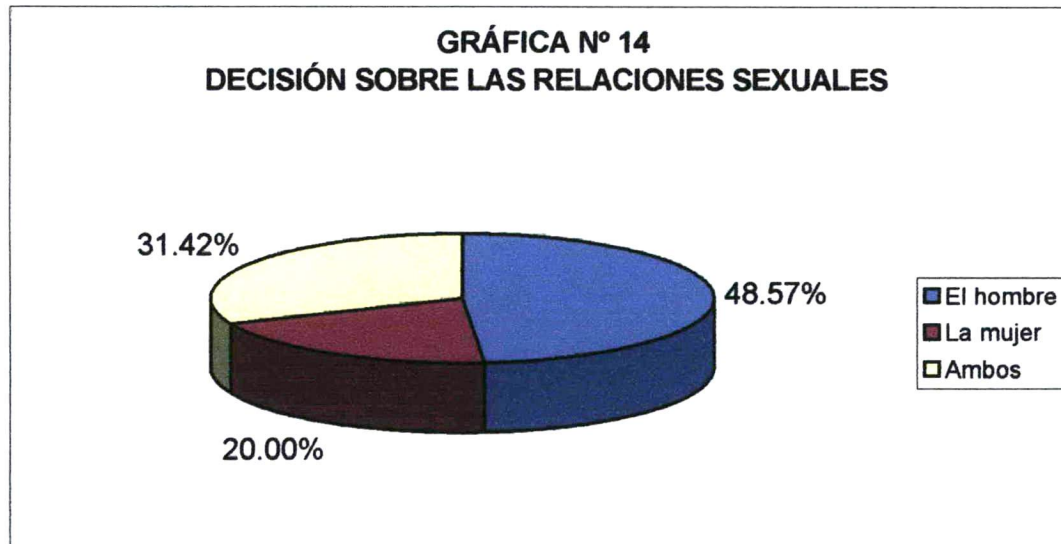


Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

Con referencia a quién debe decidir cuántos hijos tener, el 51.42% (18) consideró que debía hacerlo el hombre, el 20.00% (7) la mujer y otro 28.57% (10) ambos. A la pregunta complementaria del por qué, el primer grupo lo sustentó en que eran los hombres los que mantenían la familia (ellas no trabajaban) refiriéndose concretamente al rol de proveedor económico, y aunque posteriormente conceptúan como funciones masculina, la protección y seguridad de la familia, poseen una visión de las funciones familiares androcéntrica que adscribe la crianza y atención de la familia, exclusivamente a la madre pero la decisión de concebirlos al padre, porque es el suplidor material. Ahora bien, no

El feminismo, en términos generales, no se contrapone a la maternidad, lo que propone es una dinámica diferente en torno a ésta, que implica que las madres conscientemente planifiquen sus embarazos, que tengan los hijos realmente deseados y que cuenten con la participación activa del padre. A diferencia del grupo evaluado, asume los deseos de su pareja.

ANÁLISIS DE LA GRÁFICA N° 14



Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

Con referencia a la decisión de tener o no relaciones sexuales incluyendo el tomar la iniciativa un porcentaje significativo, el 48.57% (17) se lo concedió a los hombres, el 31.42% (11) a ambos y el 20.00% (7) a la mujer. Se podría interpretar que las mujeres de la muestra sienten que pertenecen más al hombre que a sí mismas, el hombre es considerado no sólo el administrador de los bienes de la familia sino también el del cuerpo de la mujer.

Las mujeres de la muestra no conocen sobre los derechos sexuales, a veces pareciera una renuncia a la libertad sexual, a los derechos sexuales y reproductivos, sin embargo, estamos seguras que esta situación se da por los niveles de ignorancia, el desconocimiento, el miedo y el rechazo a su propio

acentuados en el área rural, donde además se le niega la gratificación sexual a la mujer y la vivencia de las emociones.

ANÁLISIS DE LA TABLA Nº 8

TABLA Nº 8 JORNADA DIARIA DE LA MUJER Y DEL HOMBRE

MUJER	HOMBRE
<ul style="list-style-type: none"> • Es la primera en levantarse • Atiza el fuego • Amamante al niño • Prepara el desayuno/come (a veces tiene primero que ir al campo a sacar la yuca, cortar el plátano, etc.) • Buscar agua en la quebrada o el río, a veces distante, subiendo y bajando montañas. • Baña los niños (se baña y los prepara para la escuela). • Lava los utensilios de cocina. • Regresa a buscar agua para el almuerzo • Lava la ropa en el río o quebrada. • Amamanta al niño • Va al campo a traer la comida (Saca la yuca, el ñame, etc., pila el arroz y los frijoles). • Hace el almuerzo/cena • Lleva el almuerzo al esposo al "trabajadero" (campo). • "Ayuda en los cultivos" • Trae leña del monte. • Cuida los animales domésticos • Busca agua • Aviva el fuego • Calienta o prepara la cena • Amamanta al niño • Ayuda al niño • Ayuda en las tareas de la escuela • Ordena la "casa" • Prepara la ropa de la familia • Complace al marido • Es la última en acostarse y quedarse dormida 	<ul style="list-style-type: none"> • Se levanta cuando el desayuno está listo o se sienta a esperarlo • Come • Camina hacia el "trabajadero" • Trabaja • Almuerza cuando la esposa le lleva la comida • Continúa trabajando • Camina de regreso a casa alrededor de las 4:00 p.m. • Descansa en la hamaca • Cena • Visita a los vecinos o descansa • Regresa al hogar • Descansa • Se acuesta

Fuente: Observación y entrevista a profundidad, realizada en octubre de 2001

Relativo a la responsabilidad del hombre en el hogar asignaron en su totalidad las funciones tradicionales, marcadas por la división sexual y social del trabajo en su orden, podemos mencionar: construir la casa, generar el sustento, limpiar el patio, proteger a la mujer y los hijos. Ilustrando el papel de la mujer, mencionaron bajo el mismo esquema: cuidar los niños(as), cocinar, lavar, planchar, llevar los/as hijos al médico/a, entre otras. Una sola comentó que administrar los ingresos familiares, porque la mujer era mejor administradora que el hombre.

Además, de las respuestas anteriores la realidad nos demostró que existe una desigualdad muy marcada en las jornadas diarias de los hombres y de las mujeres, sin embargo, estas asumen como algo natural y por lo general no son consciente del papel que desarrollan para llevar también el sustento al hogar con su aporte en los trabajos agrícolas, como se muestra en la tabla N° 10.

TABLA N° 9 LABORES QUE REALIZAN LAS MUJERES

Labores que realizan las mujeres	Porcentaje
Cuidar a los niños	100.00
Realizar las tareas del hogar	100.00
Trabajar en la agricultura	91.42

Fuente: Encuesta realizada en octubre de 2001

Las mujeres cumplen un rol multifacético, pues, en el 91.42% (30) de los casos ayudan a sus esposos en las labores agrícolas, cuidan de sus hijos y realizan todas las labores del hogar, sin embargo, su trabajo como agricultores es invisibilizado por los cónyuges y por ellas mismas que lo asumen como parte natural entre sus obligaciones que desarrollan desde niñas, primero junto a su padre y posteriormente junto al esposo.

Sobre lo anterior Teodora contó todo lo que hizo un día que comenzó con dolores de parto:

... estaba muy débil, como yo le digo los trabajos eran muy grande, porque con los cuatro niños yo tenía que lavá, cociná pá el señor que él trabaja en el monte y yo tenía que atendé los niños, lavarles, cocinarles y atenderlo a él cuando regresaba, cuando yo iba a tener la niña estaba muy débil, yo ni comía, ese día ni comí, yo salí de lavá y ni comí, había comida, pero yo no me daba hambre, pero era que estaba ya enferma.

ANÁLISIS DE LA TABLA N° 10

TABLA N° 10 SITUACIÓN DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL GRUPO ESTUDIADO

Situaciones de violencia	Número y Porcentaje
Gritos e insultos hacia la mujer	30 (85.71%)
Golpes, patadas, bofetones	15 (42.85%)
Empujones	25 (71.42%)
Castigo físico a los niños	15 (42.85%)
La han sacado de la casa con los niños o sin ellos	5 (14.29%)
Obligada a tener relaciones sexuales	6 (17.15%)
Amenazas	19 (54.29%)

Fuente: La pregunta era de respuesta múltiple, por lo que sobrepasa el 100.00%

En entrevistas realizadas a las mujeres se pudo conocer que existe una marcada incidencia del maltrato hacia éstas, que se manifiesta a través de golpes físicos y de maltrato psicológico, lo que contribuye a profundizar ya la baja autoestima de la mujer rural y a minimizar su labor dentro de la familia. A la mujer no sólo se le niega su sexualidad, sino también su derecho a decidir sobre todo lo relacionado con la familia, aunque ella es parte importante en las tareas agrícolas su labor no se valora, como se pudo observar anteriormente.

Las escenas de violencia se dan fundamentalmente cuando el hombre ha ingerido bebidas alcohólicas o por celos. Esto ha provocado que algunas mujeres aborten o que tengan que abandonar sus hogares por un tiempo, pero

al decir de Teodora, al referirse a su cuñada, que en los días en que se aplicó la encuesta no estaba en su casa porque el esposo la había votado con los hijos.

... tienen que regresar porque ellas solas no pueden cultivar la tierra para alimentar, a los hijos y cuidarlos..., sobre todo cuando son bebés.

También se pudo constatar que muchas mujeres llevan a los niños pequeños menores de un año al campo, a pesar de las inclemencias del tiempo y cuando tienen cerca de 5 años, tanto niños como niñas ya comienzan a ayudar en la agricultura.

De acuerdo a lo anterior se puede inferir que en algunos casos el estar unida es fundamentalmente una necesidad de sobrevivencia más que una relación de afecto mutuo entre ambos cónyuges.

Casi todas las mujeres entrevistadas habían sufrido varios tipos de violencia, en su orden los cuatro primeros fueron: gritos e insultos 85.71% (30); empujones el 71.42% (25); amenazadas el 54.29% (19); golpeadas, pateadas, abofeteadas el 42.85% (15).

Al indagar sobre sus sentimientos manifestaron que se sentían angustiadas, con temor, tristeza y a veces hasta con apatía ante la vida. Consideraban que casi siempre no había causa aparente para la agresividad, por lo que se sentían confundidas y desorientadas.

Resalta en los datos antes mencionados que la totalidad de la muestra padece o ha padecido algún tipo de violencia, incluida la sexual y por supuesto la psicológica, cuyas cicatrices a veces no son tan obvias, no por eso menos

lacerante. Lo anterior es certificado por los investigadores dedicados al análisis de los hechos sociales que coinciden en señalar su honda preocupación por el giro ascendente que está alcanzando la escalada de violencia en nuestro país.

VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS SOBRE EL NUMERO DE HIJOS

Hipótesis: Ho: $\mu \geq 5$

Ha: $\mu < 5$

Nivel de Significación: $\alpha = 0.05$

Estadístico de Prueba:

$$Z = \frac{X - \mu}{s / \sqrt{n}} = \frac{4 - 5}{1.5 / \sqrt{35}} = -3.9$$

Región Crítica:

Mediante la tabla de la normal con $\alpha = 0.05$, el valor crítico es ± 1.96

Decisión: El estadístico de prueba (3.9) cae en la región de rechazo. Por lo tanto se rechaza Ho

Conclusión: El número de hijos de las mujeres encuestadas, es menor a cinco hijos, al nivel de significancia 0.05

VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS SOBRE EL NIVEL DE ESCOLARIDAD

Hipótesis: Ho: $\mu \geq 5^\circ$ grado

Ha: $\mu < 5^\circ$ grado

Nivel de Significación: $\alpha = 0.05$

Estadístico de Prueba:

$$Z = \frac{X - \mu}{s / \sqrt{n}} = \frac{4^\circ - 5^\circ}{2.4 / \sqrt{35}} = -2.5$$

Región Crítica:

Mediante la tabla de la normal con $\alpha = 0.05$, el valor crítico es ± 1.96

Decisión: El estadístico de prueba (-2.5) cae en la región de rechazo. Por lo tanto se rechaza Ho.

Conclusión: El nivel de escolaridad promedio alcanzado por las mujeres encuestadas, es menor a quinto grado, al nivel de significancia 0.05

**VERIFICACIÓN DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS SOBRE INDEPENDENCIA
ENTRE EL NIVEL DE ESCOLARIDAD Y LA EDAD DE LAS ENCUESTADAS**

Hipótesis:

Ho: la escolaridad es independiente de la edad

Ha: la escolaridad y la edad son dependientes

Nivel de Significación: $\alpha = 0.05$

Estadístico de Prueba:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E} = 29.6$$

Región Crítica:

Mediante la tabla de la chi cuadrado con $\alpha = 0.05$ y 25 grados de libertad, el valor crítico es 37.6

Decisión: El estadístico de prueba (29.6) cae en la región de aceptación. Por lo tanto se acepta Ho

Conclusión: El nivel de escolaridad promedio de las mujeres encuestadas es independiente de la edad, al nivel de significancia 0.05

**VERIFICACIÓN DE LA PRUEBA DE HIPÓTESIS SOBRE INDEPENDENCIA
ENTRE EL NIVEL DE ESCOLARIDAD Y EL NÚMERO DE HIJOS**

Hipótesis:

Ho: el número de hijos es independiente del nivel de escolaridad

Ha: el número de hijos y la escolaridad son dependientes

Nivel de Significación: $\alpha = 0.05$

Estadístico de Prueba:

$$\chi^2 = \sum \frac{(O - E)^2}{E} = 58.9$$

Región Crítica:

Mediante la tabla de la chi cuadrado con $\alpha = 0.05$ y 25 grados de libertad, el valor crítico es 37.6

Decisión: El estadístico de prueba (58.9) cae en la región de rechazo. Por lo tanto se rechaza Ho

Conclusión: El número de hijos que tienen las mujeres encuestadas depende del nivel de escolaridad alcanzado, al nivel de significancia 0.05

CONCLUSIONES

- Existe una profunda desigualdad entre las relaciones de género de la población estudiada, muy poco conocimiento de salud sexual y reproductiva y también poco empoderamiento de su sexualidad (Gráfica N° 13 y 14; Tabla N° 8).
- Existe poco empoderamiento en el manejo de la sexualidad de las encuestadas. El estudio demostró que los factores fundamentales son las condiciones materiales de existencia y la socialización a la que son sometidos los hombres y las mujeres en el medio rural donde se desarrollan.
- Todas las familias estudiadas no tienen ingresos familiares fijos y viven en pobreza extrema. Estas condiciones materiales influyen en las condiciones de insalubridad en la que la mayoría ha parido a sus hijos (Gráfica N° 5) y en la falta de control médico a sus embarazos, así como el poco acceso que tienen a las instalaciones de salud pública y al uso de anticonceptivos.
- Todas las mujeres entrevistadas y casi la totalidad de las otras que pertenecían al núcleo familiar estudiado, estaban unidas y desconocían totalmente la ley que reglamenta este tipo de unión.
- El nivel educativo de toda la población estudiada es bajo, el 41.22% sólo tiene la primaria completa terminada, el 22.81% no terminó la primaria y entre las encuestadas un 20.00% nunca fue a la escuela (Tabla N°4, Gráfica N° 4).

- El estudio demostró que para el 88.57% de la población estudiada el tema de la planificación familiar es desconocido totalmente, el 8.57% lo conocía poco y sólo una mujer (2.85%) tenía conocimientos sobre el tema. Los hombres no habían tenido la oportunidad de ser informados. También son las mujeres las que se muestran más dispuestas al uso y al conocimiento de los métodos anticonceptivos. (Gráfica N° 6).
- Muy pocas mujeres utilizan algún método de planificación familiar, siendo estos tradicionales y poco confiables, como el método del ritmo y la abstinencia. La razón fundamental es la falta de conocimientos y los medios materiales para acceder a ellos. (Gráficas N° 6 y 10).
- Casi en su totalidad identificaron a las instituciones de salud y educativas como las responsables primarias en la orientación sexual. (Gráfica N° 8).
- Las estudiadas utilizan en primera instancia la medicina tradicional, tanto en el período del embarazo como en el parto y post parto.
- Las estudiadas se preocupan más por el producto de sus embarazos que por su salud, ello deja sentado la existencia de la mistificación y estereotipo de la maternidad. Lo anterior demuestra una marcada división sexual del trabajo a través de las funciones productivas concernientes al hombre y de las reproductivas a las mujeres. Así mismo hace referencia a la existencia de patrones culturales del medio sociocultural que las sostiene. (Tablas N° 8 y 9).

- Ninguna controló sus embarazos por la inaccesibilidad a las instituciones de salud y la falta de recursos económicos, influyendo en su salud sexual y reproductiva.
- No se pudo precisar en el estudio, el grado de decisión que las mujeres tienen sobre su cuerpo, pues aunque manifiestan en su mayoría (42.85%) que la mujer es la que debe determinar cuándo reiniciar las relaciones sexuales después del parto, en las entrevistas a profundidad se detectó que los deseos o lo que opinan las mujeres encuestadas no es lo que ocurre en la realidad, por lo que hubiera sido necesario profundizar más en el estudio para determinar el grado real de decisión que tienen ellas sobre su cuerpo. (Gráfica N° 12).
- En cuanto a la toma de decisiones de cuántos hijos tener, el mayor (51.42%) porcentaje planteó que tal responsabilidad recaía en el hombre, porque es el que mantiene a la familia. .
- En las responsabilidades en el hogar, los roles asignados se corresponden con la división social y sexual androcéntrica del trabajo, teniendo la mujer mayor carga diaria que el hombre. Casi todas las mujeres trabajan en la agricultura, al igual que los niños y las niñas. (Tablas N° 8 y 9).
- La vida de las mujeres estudiadas se estructura alrededor de lo doméstico y de las labores agrícolas, determinado en primera instancia por las

condiciones socioeconómicas en que viven y en segundo lugar por el concepto idealizado y estereotipado del matrimonio y la maternidad.

- Todas las mujeres entrevistadas habían sufrido algún tipo de violencia: física o psicológica. (Tabla N° 10).

PROPUESTAS

PROPUESTA PARA LOGRAR EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Para lograr el empoderamiento en las mujeres es necesario, en primera instancia “identificar el control de las sobre sus propias vidas en las áreas cruciales de la política, el trabajo, el juego, el amor, el sexo y la reproducción”. (Kabeer, Naila, pág 308). En segundo lugar es importante conocer cuáles son las necesidades prácticas de género y cuáles son sus intereses estratégicos de género.

Lo anterior nos lleva a desarrollar diferentes fases en el proceso de empoderamiento de las mujeres rurales, en cuanto a su sexualidad y reproducción.

PRIMERA FASE:

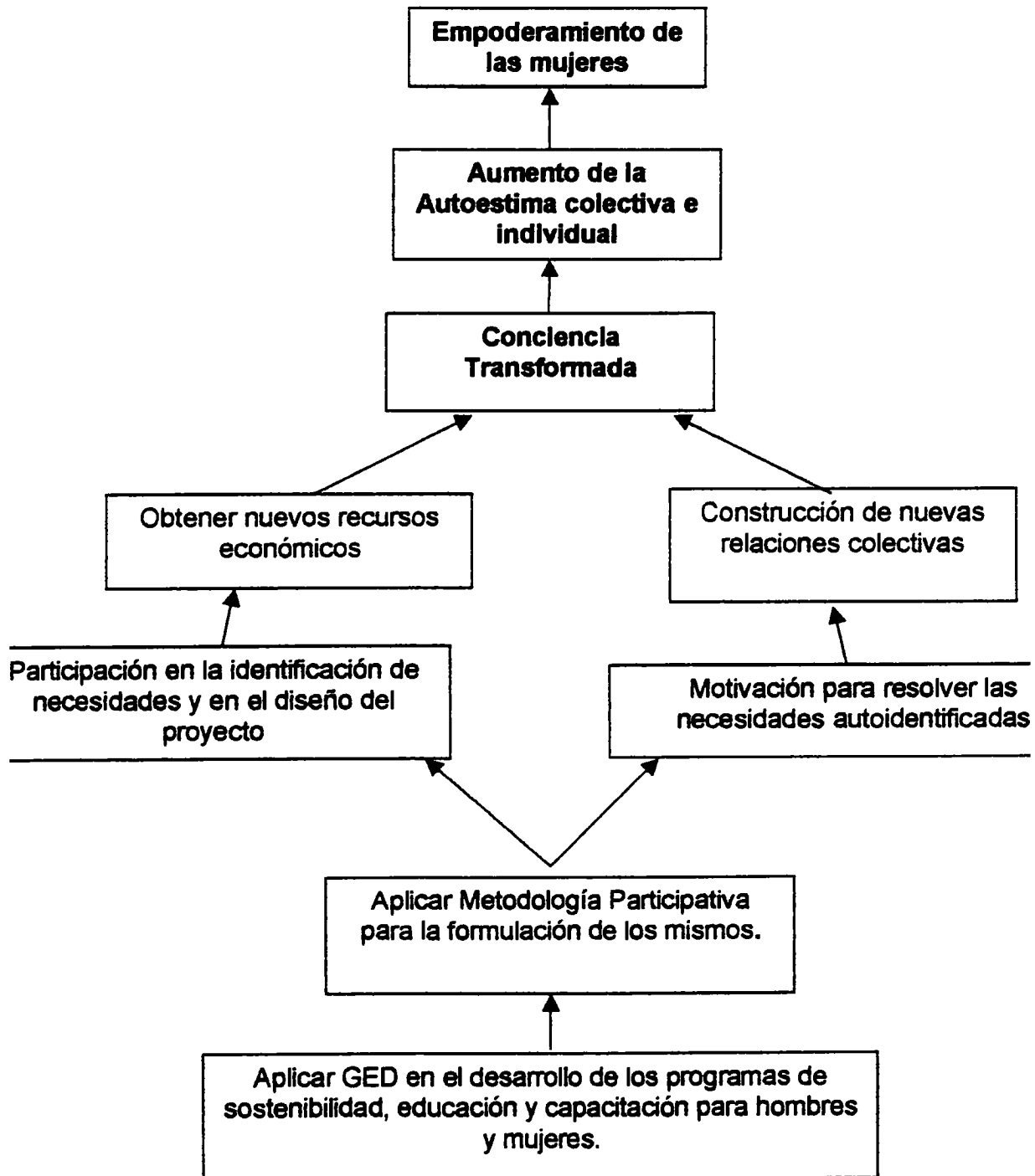
Realizar investigación diagnóstica sobre las condiciones socioculturales y económicas de la mujer rural.

SEGUNDA FASE

- Elaborar proyectos de desarrollo y sostenibilidad a partir de las necesidades prácticas detectadas en el aspecto económico y en la salud sexual y reproductiva con la participación de hombres y mujeres en igualdad de condiciones. Estos proyectos podrían ser granjas de producción agrícola, avícola, porcino, entre otras, dependiendo de las condiciones geográficas, culturales y étnicas, así como el potencial humano disponible.
- Otros proyectos estarían encaminados a satisfacer las necesidades en el área de la salud: construcción de puestos de salud con salones especiales para realizar partos en la comunidad, dotación

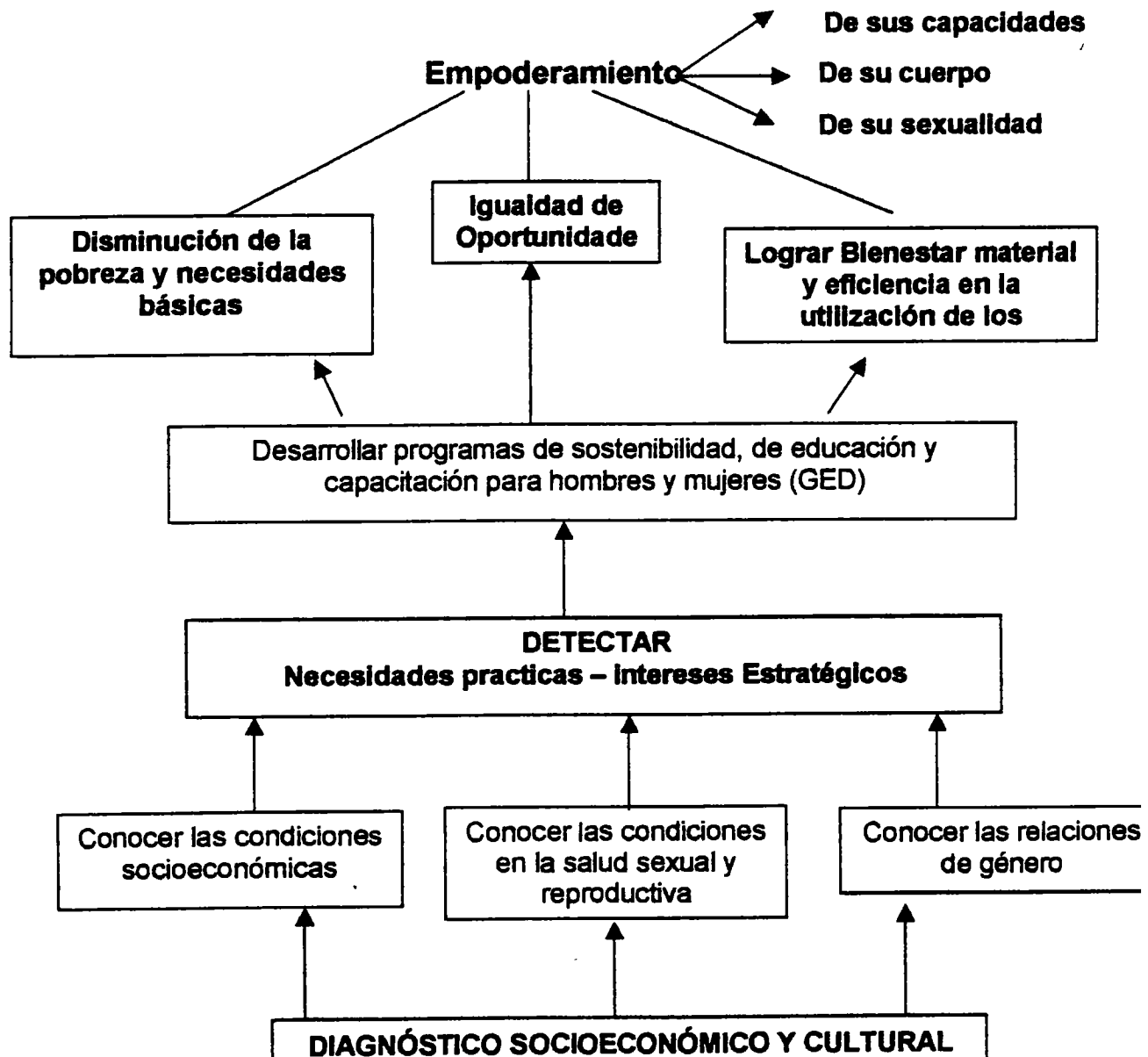
de medicamentos propios para el área, etc. Para atender los puestos de salud se debe entrenar a personal del área

- Elaborar programas de educación para hombres y mujeres con objetivos estratégicos de empoderamiento y equidad de género:
 - Temas: Liderazgo, género, sostenibilidad, desarrollo personal, autoestima, violencia intrafamiliar, salud reproductiva, interés de género, equidad y otros.
- Desarrollar programas de capacitación para mujeres y hombres en áreas no tradicionales que contribuyan a superar sus condiciones materiales de vida.
- Desarrollar programas de capacitación relacionados con la salud sexual y reproductivas donde se involucre a toda la comunidad (niños, adolescentes, hombres y mujeres).
- Entrenamiento a parteras y parteros empíricos.

APORTES DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN DESARROLLO (GED)

APORTES DE LA PROPUESTA:

Esta propuesta permitirá:



BIBLIOGRAFÍA

- Bantra, Ele: Debates en torno a una metodología feminista. VAM-X, (Compiladora) México. D. F. 1998.
- Bolaños, Vielka: Acceso de la mujer a la tierra en Panamá. 1995
- Buches, Debbie y Domínguez, Lisa: El enfoque de género y desarrollo. IMU. El Salvador. 1995.
- Camazón, Daniel y González, Manuel: Trabajo Infantil y Educación. UNICEF. Panamá, 1997.
- Cohen DeGovia, Guillermo C.: La Psicología en la Salud Pública, Editorial extemporales, S.A. 1975.
- Como, Melva: Reseña a cerca de la Preparación de enfermeras a Nivel Universitario en Panamá. 1963-1969. Primera Parte Ed. Imprenta Universitaria. 1995.
- Contraloría General de la República: Panamá en Cifras. 1994 – 1998
- Contraloría General de la República: Situación de la población Panameña con perspectiva de género. 1999.
- Contraloría General de la República: Panamá en Cifras. 1996 – 2000. Noviembre de 2001
- Contraloría General de la República: Censos Nacionales. Cifras Preliminares. Junio de 2000
- Contraloría General de la República: Censos Nacionales. Resultados Finales. Total del país. Volumen II. Junio de 2001
- Contraloría General de la República: Censos Nacionales. Resultados Finales Ampliados. Volumen I. Diciembre de 1991
- DINAMU: Informe Nacional Clara González. Panamá. 1999.
- De los Ríos, Rebeca: Genero, Salud y Desarrollo: Un Enfoque en Construcción. OPS. Washington, D. C. E.E.U.U. 1998
- Dumais, Monique, Los Derechos de la Mujer, Editorial San Pablo, 1993
- Hernández, Isabel: Metodología para la Investigación Socio-Cultural. Documentos Técnicos No.5. ONU.

- HERA: Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres. Hojas de acción. New York. 1997
- Instituto de Estudios Políticos: Diccionario de Ciencias Sociales. Madrid. 1975.
- Instituto Vasco de la Mujer: Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de Desarrollo. EMAKUNDE. Barcelona. 1998.
- Kaber, Naila: Realidades Trastocadas. Madrid, 1998
- Lagarde, Marcela: Género y feminismo. Desarrollo Humano y Democracia. Madrid. España. 1996.
- Lenin, Vladimir I. La Emancipación de la mujer. Editorial Progreso, Moscú, 1984.
- León, Magdalena: Mujer, Género y Desarrollo. Seminario Estudios Básicos de los Derechos Humanos. Tomo IV. San José, Costa Rica. 1996
- Masters, Johnson y Kolodny: La sexualidad Humana. Siglo XXI. 1989.
- MINSA: Evaluación del Plan de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna. 1997.
- MINSA: Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Panamá. 1999
- OPS. Salud Sexual y Reproductiva. Comunicación para la Salud No.8, 1995.
- Rebolledo, Loreto: Género y Desarrollo. México. Siglo XXI. 1998
- UNICEF: Panamá: La niñez y la mujer en la encrucijada del año 2000. Panamá , 1998

ANEXO

INDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1 Encuesta

Anexo N° 2 Guía de entrevista a profundidad

Anexo N° 3 Guía de entrevista a partera empírica

**Anexo N° 4 Guía de entrevista a funcionarios/as del Centro de Salud de
Las Palmas**

Anexo N° 5 Guía de observación a la comunidad

Anexo N° 6 Mapa físico

Anexo N° 7 Fotos

ANEXO N° 1

ENCUESTA ANONIMA A MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LA COMUNIDAD DE RAIZAL, DISTRITO DE LAS PALMAS , PROVINCIA DE VERAGUAS, EN OCTUBRE DE 2001

Estimada señora: como parte de la Maestría de Investigación en Salud de la Universidad de Panamá, estamos realizando una investigación sobre Salud Reproductiva en el distrito de Las Palmas, específicamente en la comunidad de Raizal, para lo cual solicitamos su apoyo para aplicar una encuesta.

Esta encuesta consta de un grupo de preguntas sobre las condiciones materiales de vida de la familia, sus relaciones familiares, su vida de pareja o sea como se relacionan los hombres y las mujeres. y sobre la forma en que las mujeres tienen a sus hijos.

La encuesta es de carácter anónimo, o sea que su nombre no aparecerá en el estudio, ni se identificarán sus respuestas. Sin embargo su aporte es muy valioso porque esta investigación tiene como objetivo presentar una propuesta de desarrollo en Salud Sexual y Reproductiva para las mujeres rurales.

La forma de llenarla es muy sencilla, pues nosotras le hacemos las preguntas y escribiremos lo que usted nos responda tal y como lo dijo.

I. DATOS GENERALES

Encuesta N°		Distrito	
Fecha		Corregimiento	
Encuestador		Comunidad	

2. Cuadro familiar. (Anote a todos/as los que viven en la vivienda de acuerdo al parentesco con la entrevistada)

Parentesco con la encuestada	Sexo	Edad	Estado civil	Ultimo grado Aprobado	Ocupación e ingreso mensual
Encuestada					

Total N° de personas ———

Ingreso familiar ———

8. ¿Perdió algún niño después de nacido?

— No — Sí ¿Por qué? _____

III. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

19. ¿Usted ha recibido alguna vez charlas sobre cómo cuidarse para no tener niños tan seguido? (planificación familiar)

— No — Sí ¿Quién la orientó y dónde? _____

10. ¿Su esposo ha recibido alguna vez charlas sobre como cuidarse para no tener niños tan seguido?

— No — Sí ¿Quién lo orientó y dónde? _____

11. ¿Quién desearía usted que le hablara de esos temas (planificación familiar)?
(escoja las opciones que considere necesarias)

— La madre — La maestra(o)

— El marido — Otro ¿Quién? _____ 12.3 — La enfermera

¿Por qué? _____

12. ¿A qué edad considera usted que se le debe empezar a hablar a los hijos(as) sobre temas de sexo? (anote una opción)

— Antes de los 8 años — De 11 a 13 años

— De 8 a 10 años — De 14 años en adelante

¿Por qué? _____

13. ¿Usted usa o ha usado algún método para no salir embarazada

— No — Si ¿cuál? _____

14. ¿Qué hace cuando sabe que está embarazada? (anote todas las opciones que considere necesario)

— Le informa al esposo — No hace nada

— Va al médico

15. ¿Se ha controlado alguno de sus embarazos?

— No — Sí

¿Por qué? _____

¿Dónde? _____

16. ¿Le acompañó su esposo a los controles? (anote una opción)

— Siempre — Algunas veces — Nunca

17. Indique que problemas y dificultades ha tenido cuando ha estado embarazada. (marque todas las opciones que desee)

— Vómitos — Mal de orina

— Mareos — Náusea

— Hinchazón en los pies — Otro. ¿cuál? _____

18. ¿Qué hace usted ante estos problemas y dificultades? (marque todas las opciones necesarias)

— Voy al médico — voy al curandero

— Hago lo que mi madre dice — Otro. ¿Cuál? _____

— Hago lo que mi esposo dice

IV PARTO

19. ¿Dónde acostumbra a parir usted? (anote todas las opciones que necesite)

— En la casa

— Hospital

— Otro lugar. ¿Dónde? _____

20. ¿Ha tomado vitaminas durante el embarazo? (anote una opción)

— No

— Sí

21. ¿A qué edad cree usted que debe tener hijos la mujer? (anote una opción)

— Antes de los 15 años

— De 20 años y más

— De 16 a 19 años

— Cuando vengan

22. ¿Sabe qué es el puerperio?

— No

— Sí

23. ¿Cómo usted se cuida después del parto? (anote todas las opciones que considere necesarias)

— Acudo al control del médico

— No salgo de noche

— Tomo vitaminas

— No hago fuerzas

— No me lavo la cabeza. ¿Cuántos días? _____

— Tomo té de hierbas. ¿De qué hierbas? _____

24. ¿cuánto tiempo usted cree que se debe esperar para tener relaciones sexuales después del parto?

— Menos de 1 mes

— Más de dos meses

— De 1 a 2 meses

24.1 ¿Qué importancia tienen los hijos para usted? (Escribir la respuesta al reverso)

V EMPODERAMIENTO

27. Según su opinión ¿quién debe decidir cuando comenzar a tener relaciones nuevamente después del parto, el hombre o la mujer?

— El hombre — La mujer — Ambos

¿Por qué? _____

28. Según su opinión ¿quién debe decidir cuántos hijos tener?

— El hombre — La mujer — Ambos

¿Por qué? _____

29. ¿Cuál es la responsabilidad de la mujer en el hogar? (comente su respuesta)

30. ¿Cuál es la responsabilidad del hombre en el hogar? (comente su respuesta)

31. ¿Qué actividades realizó usted ayer y cuáles realizó su esposo? (Escribir detalladamente al reverso de la página las actividades de cada uno)

32. Si usted o su familia han padecido alguna de estas situaciones le agradecemos que marque todas las necesarias.

Gritos e insultos hacia mi persona. ¿Cuáles insultos, qué le grita?

Golpes, patadas, bofetadas

Empujones

Castigo físico a los niños

Otro ¿Cuál? _____

¡MUCHAS GRACIAS!

ANEXO N° 2

GUIA DE ENTREVISTA APROFUNDIDAD

1. Datos generales

- 1.1. Nombre
- 1.2. Lugar de nacimiento
- 1.3. Residencia actual
- 1.4. Ultimo grado aprobado
- 1.5. Número de hijos, edad, sexo.
- 1.6. Religión que practica
- 1.7. Pertenencia a partidos políticos (en el pasado y el presente, si esta pertenencia es por tradición familiar del padre, madre u otros)
- 1.8. Pertenencia a asociaciones de mujeres ¿Cuál? (Esta pertenencia tiene alguna relación con su madre).

II. Relaciones Familiares

- 2.1 ¿Con quién vivía cuando era niña?
- 2.2 ¿Cómo fue su vida en la infancia?
- 2.3 ¿Cómo eran las relaciones entre los miembros de su familia? (De usted con su madre, con su padre, con sus hermanos y entre todos).
- 2.4 ¿Cómo era la situación económica de la familia?
- 2.5 Cómo son las condiciones materiales de su vivienda (techo, paredes, piso, etc).
- 2.6 ¿Cómo son las relaciones de su familia actual? De usted con su cónyuge, con sus hijos y entre todos. Con su madre, con su padre, con sus hermanos. (Conversan, son afectuosos, celebran fechas importantes, se gritan, se insultan, se golpean, etc.).
- 2.7 ¿Cuáles son las necesidades actuales de su familia? (Afectivas, económicas, salud, educación, espirituales, etc.)
- 2.8 ¿Cómo se distribuyen las responsabilidades del hogar: el cuidado de los hijos, cocinar, lavar, comprar la comida, ir al campo, etc)

III. Economía familiar

- 3.1 ¿Qué trabajos o actividades de sobrevivencia ha hecho usted para mantener o ayudar a mantener a su familia antes y ahora?
- 3.2 ¿Guardan estos trabajos relación con lo que hacía su madre?
- 3.3 Si la persona trabaja. ¿Qué dificultades ha encontrado en su desarrollo laboral?
- 3.4 ¿Cuál es su ingreso actual? (semanal, quincenal, mensual o diario).

IV. Salud Reproductiva

- 4.1. ¿A qué edad se casó o unió?
- 4.2 ¿Qué piensa usted de las relaciones sexuales?
- 4.3 Su madre le habló alguna vez sobre las relaciones sexuales, sobre el embarazo y sobre el parto?
- 4.4 ¿Quién decide sobre y cuando tener las relaciones sexuales, usted, su marido o juntos?
- 4.5 ¿Qué método de planificación familiar utiliza? ¿Dónde aprendió?

- 4.6 ¿Cuándo piensa que está embarazada y no quiere estarlo que hace?
- 4.7 ¿Asiste al médico durante el embarazo o al Centro de salud.
¿Porqué?
- 4.8 ¿Donde parió? ¿Quién la ayudó?
- 4.9 ¿Qué hizo su marido cuando usted estaba pariendo?
- 4.10 ¿Se cuidó usted después de parir, Cuántos días, etc?
- 4.12 ¿Quién eligió el nombre del bebé?
- 4.13 ¿Quién decidió sobre la cantidad de hijos que tuvieron?
- 4.14 ¿Para qué usted cree que son buenos los hijos, que cosas tienen de malo?
- 4.15 ¿Cuántas hijas e hijos tiene y cuántas hubiera querido tener. Por qué?
- 4.16 ¿Ha estado enferma alguna vez de sus órganos sexuales, cuándo, qué ha tenido?
- 4.17 ¿A que edad tuvo su último hijo?

V. Relaciones de género

- 5.1 ¿Cómo ve usted la relación hombre - mujer?
- 5.2 ¿Cómo se siente siendo mujer?
- 5.3 ¿Qué cree usted que hubiera pasado en su vida si en vez de ser mujer, hubiera sido hombre?
- 5.4 ¿En alguna etapa de su vida fue usted sujeto da agresión verbal, física y sexual?
- 5.5 ¿Ha sentido usted alguna vez que le han violado sus derechos?
¿Cuándo?.
- 5.6 ¿Quién manda en su casa? ¿Está de acuerdo?
- 5.7 ¿Quién decide sobre las compras que se hacen, sobre la tenencia de los hijos, sobre la educación de los niños, sobre lo que se cocina, etc.?
- 5.8 ¿Qué preferencias tiene en cuanto al sexo de sus hijos y porqué?
- 5.9 ¿Cuál de los dos sexos cree usted que tiene más oportunidades en la vida?
- 5.10 ¿Qué consejos le daría usted a una hija y a un hijo?
- 5.11 ¿Qué cosas le enseñaría usted a una hija y a un hijo?
- 5.12 ¿Cómo quisiera que fuera el esposo de una hija y la esposa de un hijo?

VI Empoderamiento

- 6.1 ¿En cuántos cursos de capacitación ha participado? En qué temas.
- 6.2 ¿Qué cursos le gustaría tomar? ¿Por qué?
- 6.3 ¿En que proyectos le gustaría participar?

VII. Actitudes hacia la vida

- 7.1 ¿Qué quiere para el futuro?
- 7.2 ¿Qué hace actualmente por su futuro?
- 7.3 ¿Qué influencia ha recibido de otras personas dentro de su comunidad o fuera de ella. (madre, padre, familiares, amigos/os, etc.)?
- 7.4 ¿Cómo considera usted que es su papel como madre, esposa y

mujer y cómo se siente?

- 7.5 ¿Qué barreras ha encontrado en su vida?
- 7.6 ¿Cómo hubiera querido que fuera su vida?
- 7.7 ¿Qué le gustaría hacer en el futuro, que planes tiene?

ANEXO N° 3

GUÍA DE ENTREVISTA A PARTERAS/OS EMPÍRICAS

1. Nombre: _____
2. Comunidad: _____
3. Distrito: _____
4. Corregimiento: _____
5. ¿Cuál es su función como partera/o durante el embarazo?
6. Durante el parto, cómo sabe la posición del feto.
7. ¿Cómo sabe si el parto está bien o tiene complicaciones?
8. ¿Dónde atiende el parto?
9. ¿Cómo paren las mujeres, que posición le recomienda?
10. ¿Qué utensilios usa para atender el parto?
11. ¿Cómo y con qué limpian esos utensilios?
12. ¿Quién provee esos utensilios?
13. ¿Con qué cortan el cordón?
14. ¿Cómo extraen la placenta?
15. ¿Qué hacen con la placenta?
16. ¿Cómo protegen a la mujer para que no se raje?
17. Si la mujer se raja cómo la cosen
18. ¿Quién la ayuda durante el parto;
19. ¿Qué hace con el bebé cuando nace, que cuidados le brinda?
20. ¿Cómo mantiene caliente al niño cuando nace?
21. ¿Cómo le sacan las flemas?

22. ¿Qué cuidados le recomienda a la madre y al niño?
23. ¿ si el bebé viene mal colocado , qué hace.
24. Sí la mujer no puede parir qué hace.
25. Utiliza algún remedio para el parto, algún té de hierbas u otra sustancia.
26. Le recomienda algo para tomar a la parturienta en el momento del parto y después del parto.
27. Sí le recomienda o utiliza alguna sustancia o té, cuáles son.
28. Sí la mujer sangra mucho , qué hace.
29. El marido ayuda o está presente en el parto.
30. Usted le indica a la mujer que cosa debe tener en la casa para el momento del parto.
31. Se prepara usted con antelación al parto.
32. Recibe usted algún tipo de paga por su labor.
33. ¿Cuántos niños recuerda usted que ha recibido?
34. ¿Ha tenido alguna mujer que se complicara durante el parto? Sí fue así qué hizo.
35. Desde cuándo realiza partos y cómo aprendió.
36. ¿Cuáles han sido sus casos más difíciles?
37. Ha conocido algún caso donde la mamá o el niño murieran durante o después del parto.
38. Desea agregar algo a la entrevista.

¡MUCHAS GRACIAS!

ANEXO N° 4

GUÍA DE ENTREVISTA A FUNCIONARIOS/AS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS PALMAS

Fecha: _____

Nombre del Informante: _____

Nombre del Entrevistador _____

1.- ¿A qué comunidades le brinda atención este Centro de Salud?

2.- ¿Qué servicios de apoyo a la salud existen en la comunidad?

◆ Comité de salud

◆ Parteras empíricas

◆ Comité de agua

◆ Promotores de salud

◆ Promotor agropecuario

◆ Otro. ¿Cuál?

3.- ¿Qué tiempo demoran los usuarios para llegar al Centro de Salud?

4 - ¿Qué enfermedades se atienden en el Centro de Salud?

5.- ¿Qué especialidades médicas se brindan en el Centro de Salud?

7.- ¿Cuáles son los programas que se desarrollan con las escuelas primarias?

8.- ¿Qué actividades realiza el Centro de Salud en las comunidades?

9.- ¿Como institución tienen alguna dificultad para cumplir con las funciones o actividades básicas establecidas por el Ministerio de Salud? ¿Cuáles?

10.- ¿Cada que tiempo se realizan giras médicas y que áreas cubren?

11.- ¿Cuáles son los problemas de salud que presentan los niños, las mujeres,

los ancianos y los hombres en la comunidad de Raizal?.

- 12.- ¿Cómo evaluaría usted la salud reproductiva de las mujeres de la comunidad de Raizal?
- 13.- ¿Qué problemas son los mas frecuentes que sufren las mujeres del aparato reproductivo en la comunidad de Raizal?
- 14.- ¿Cuáles son los medicamentos que tiene disponibles en el centro?
- 15.- ¿Cuál es el costo de las consultas y los medicamentos?
- 16.- ¿Desea agregar algo mas que considere importante o necesario para esta entrevista?

¡MUCHAS GRACIAS!

ANEXO N° 5

GUÍA DE OBSERVACIÓN A LA COMUNIDAD

1. Distribución político administrativa
2. Ubicación geográfica
3. Datos sociodemográficos
4. Actividad Económica
5. Educación
 - Centros educativos
 - Accesibilidad
6. Salud
 - Centros de salud
 - Morbilidad y mortalidad
 - Capacidad instalada
 - Programas y proyectos
 - Población que atienden (procedencia)
7. Vivienda
 - Estado de las viviendas
 - Hacinamiento y promiscuidad
 - Materiales de construcción
 - Servicios públicos
 - agua
 - luz eléctrica
 - teléfono
8. Servicios públicos con que cuentan las comunidades
 - Centros educativos

- Centros de salud
- Acceso a los medios de comunicación masiva (televisión, radio, prensa escrita, etc.)
- Tiendas, supermercados, abarroterías, etc.
- Cuartel de policía, etc.
- Vías de acceso (infraestructura vial)
- Transporte, líneas, costo

9. Centros de recreación

11. Organizaciones comunitarias

- Comités de salud
- Grupos políticos
- Grupos ecológicos
 - Estructura orgánica
 - Cuándo se formó
 - Objetivos
 - Integrantes
 - Financiamiento
- Grupo de mujeres
 - Cuándo se formó
 - Objetivos
- Grupos religiosos

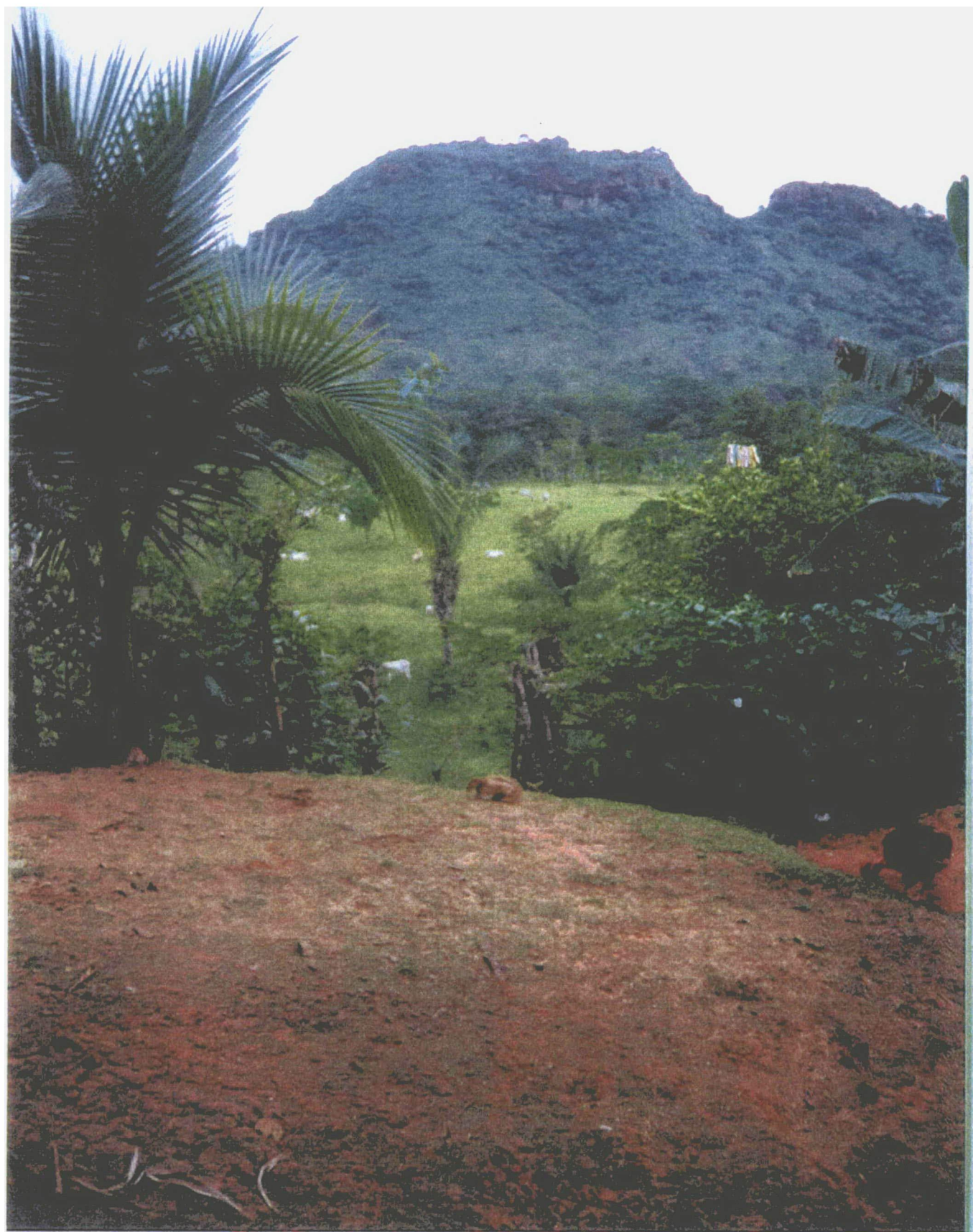
13. Proyectos de desarrollo en el área

- Objetivos
- Institución auspiciadora

14. Utilización de los ríos y quebradas

**ÁREA GEOGRÁFICA DONDE SE
DESARROLLÓ EL ESTUDIO**

**PAISAJE DONDE SE DESARROLLÓ
EL ESTUDIO**



**CASA TÍPICA CAMPESINA DE LAS PÁLMAS,
PROVINCIA DE VERAGUAS,
RAIZAL**



**MUJER INFORMANTE AMAMANTANDO
A SU NIÑO**

