

## PANAMA

### RESUMEN EJECUTIVO

El crecimiento económico de Panamá ha sido uno de los más altos de Latinoamérica: el incremento promedio del PIB fue más de 8% entre el 2006 y 2012<sup>1</sup>. Este incremento económico se ve reflejado en la mejora de indicadores sociales como la pobreza extrema que disminuyó de 21% a 11% del 2002 al 2011, y la esperanza de vida aumentó de 74.8 a 75.7 entre el 2003 y el 2008<sup>2</sup>.

No obstante, Panamá todavía es un país de profundas inequidades, las cuales se reflejan en los indicadores de la salud materna e infantil de comunidades indígenas. “Mientras el 99% de las mujeres urbanas de Panamá da a luz con asistencia médica especializada, el 55% de las mujeres indígenas trae a sus hijos al mundo sola o atendidas únicamente por una partera<sup>3</sup>”. La TMM en la Comarca Guna Yala es siete veces mayor al promedio nacional<sup>4</sup>. Igualmente, la prevalencia de VIH en la comarca Guna Yala es dos veces más alta que la prevalencia nacional<sup>5</sup>.

#### Resultados

Para el presente estudio, se realizaron 109 entrevistas con mujeres, hombres, parteras, personal de salud y otros actores de 5 comunidades pertenecientes a la comarca Guna Yala y Embera Wounaan. El análisis de resultados reveló que en ambas comarcas, la estructura de la red social se centra en la familia (particularmente mujeres adultas). En Guna Yala, el guía espiritual ‘*nele*’, y médico tradicional ‘*inaduled*’ también conforman parte de la red social y son influencias poderosas en las decisiones respecto al lugar del parto; sin embargo su influencia es sub-estimada por los servicios de salud. El líder comunitario ‘*saila*’ no participa directamente en las decisiones, pero tiene una influencia indirecta.

En ambas comarcas, las mujeres emergen como tomadoras de decisiones en su propia salud, pero sus decisiones no se realizan en un contexto autónomo, sino que están profundamente interconectadas a su red social. Los patrones de residencia matrilocales en Guna Yala dan poder a la diada madre-hija, por lo tanto la madre (de la mujer embarazada) es el actor principal de la red y ella es la tomadora de decisiones (en especial para un primer parto). Los patrones patrilocales de la Comarca Embera-Wounaan dan potestad a la diada cónyuge-mujer, siendo la pareja quien decide. En esta Comarca el cónyuge es el actor principal, al extremo que en la comunidad de Marragandi existen varios casos de hombres “parteros” (ejercen el rol de la partera pero solo atienden los partos de sus cónyuges).

El tamaño promedio de la red (6-7 actores en Guna Yala y 5-6 actores en Embera-Wounaan) tiende a disminuir de un primer a un subsiguiente parto. Esto se debe a la percepción de que las mujeres adultas, por tener experiencia en el parto, son menos susceptibles a complicaciones, y por tanto requieren menos apoyo de su red social. Sin embargo, estas mujeres tienen mayores vulnerabilidades tanto por necesitar apoyo con el cuidado de los niños mayores, como también por su edad y mayor riesgo de complicaciones. En las comunidades de Embera-Wounaan, existe una amplia heterogeneidad en el tamaño de las redes, como en Marragandi por ejemplo, donde solo el cónyuge estuvo presente, y varios casos de mujeres que estaban solas durante el parto.

Durante una emergencia obstétrica, las redes sociales aumentan en tamaño, incluyendo 1 a 3 actores extras quienes tienden a ser miembros de la red personal del cónyuge -- por lo general otros varones --

<sup>1</sup> Banco Mundial. 2013. Panamá: panorama General. <http://www.bancomundial.org/es/country/panama/overview>

<sup>2</sup> Panamá. 2008. Encuesta de Niveles de Vida (ENV)

<sup>3</sup> UNFPA. *Cuarto dossier temático de UNFPA, dedicado a interculturalidad y salud materna*.

<sup>4</sup> INEC. 2006-2010. <http://www.contraloria.gob.pa/INEC/archivos/P3791221-05.pdf>

<sup>5</sup> The World Bank. 2006. *Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: Panamá: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. Latin America and the Caribbean and the Global HIV/AIDS Program.

ASUNTOS DE FAMILIA: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS REDES SOCIALES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MESOAMERICA; Susan Kolodin y Gisela Rodriguez 2014  
Capítulo Panamá

vecinos, amigos, compañeros de trabajo, o familia del cónyuge. El rol principal de estos actores es apoyar en la movilización de la mujer a un ES, ya sea por tener recursos directos (lancha, carro) o por tener vínculos con personas que ofrecen estos recursos. Asimismo, durante emergencias obstétricas existe una amplia variabilidad en tomadores de decisión, desde la mujer, el cónyuge, la madre, hasta la partera, la tía, promotores de salud, etc., lo cual apunta a la complejidad de las emergencias como también a tomadores de decisión y rutas de acción improvisadas.

## 1.0. ANTECEDENTES

El documento “Pueblos Indígenas de Panamá: una bibliografía” ofrece una extensa y exhaustiva revisión de la literatura relacionada con los pueblos indígenas de Panamá desde 1950 hasta el 2010. Según esta revisión, son pocos los estudios relacionados a la salud materna, prácticas culturales, y toma de decisiones en las comunidades indígenas, y lo poco que existe es de hace más de 15 años. En el marco de la Iniciativa SM2015 y del BID, se realizaron dos estudios cualitativos sobre las barreras de la oferta y demanda por servicios de salud en los pueblos indígenas de Panamá. Estos estudios concluyen que:

- (i) hay una aceptación y una demanda creciente para los servicios de salud;
- (ii) las brechas en el acceso y el uso de los servicios de salud se deben en parte a que no se han resuelto las brechas sociales, culturales y de idioma;
- (iii) la exclusión geográfica y la falta de transporte e infraestructura y los costos directos e indirectos refuerzan las brechas culturales en la salud;
- (iv) la incorporación de servicios de salud intercultural que incluyan el uso de lenguas locales, y respecto por las creencias y prácticas tradicionales en los servicios de salud contribuiría a ampliar la utilización de los servicios de salud por parte de las comunidades indígenas.

Asimismo, estos estudios resaltan que “la falta de capacidad resolutoria en el segundo nivel de atención relacionado con la falta de especialistas gineco-obstetras, así como problemas relacionados con el sistema de referencias en casos de complicaciones del embarazo y parto es un problema mayor para los usuarios<sup>9</sup>”.

Un estudio realizado el 2009 en la comarca Ngabe-Bugle menciona que las mujeres entrevistadas reconocieron muchos de los riesgos de dar a luz en casa. No obstante, también mencionaron los obstáculos a la utilización de los servicios de salud: costos económicos, la falta de respeto por las normas culturales alrededor del parto (parto vertical, baños de agua caliente), percepciones de maltrato por parte de los proveedores, y la falta de alimentos culturalmente apropiados después del parto. Se registraron dificultades en el transporte hacia y desde las instalaciones, así como el temor de que las mujeres se vean obligadas a salir del hospital a veces cuando no hay transporte disponible<sup>6</sup>. Otro estudio señala que la comarca Guna Yala está fuertemente enraizada en costumbres relacionadas a la salud. Este estudio menciona la importancia del vínculo entre el mundo espiritual, el bosque y el ser humano. Por esto, el médico tradicional tiene un rol esencial en curar los malestares físicos y espirituales<sup>7</sup>.

Otros estudios a nivel regional mencionan que la estructuración de “las relaciones de género y generacionales configuran la red social de la embarazada y son el resultado de los vínculos creados por

<sup>6</sup> Quintero, B. 2009. *Diagnostico de Necesidades Insatisfechas y Línea Basal Cualitativa hacia una Propuesta de Modelo de Atención Intercultural en la Comarca Ngabe- Bugle, Corregimientos Pobres Aledaños*

<sup>7</sup> Castillo, B. 2005. *Fortalecimiento de los conocimientos medicinales del Pueblo kuna en Panamá. Proyecto “recuperación de los cantos orales medicinales Kuna.”* Centro de documentación de las minorías.

ASUNTOS DE FAMILIA: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS REDES SOCIALES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MESOAMERICA; Susan Kolodin y Gisela Rodriguez 2014  
Capítulo Panamá

el matrimonio e inclusive durante el noviazgo, definiendo la vida futura de la mujer<sup>8</sup>. Todo lo anterior apunta a la necesidad de entender el contexto en el cual se toman las decisiones, incluyendo la calidad técnica de la atención, las barreras geográficas, económicas, y socio-culturales a su utilización, así como las relaciones sociales y de género que inciden en el proceso decisorio.

### 3.5 Características demográficas y socio económicas de los estudios de caso

*“La comarca es una división política especial del territorio panameño, regida de acuerdo a la ley que la crea y a las normas, costumbres o cosmovisión del pueblo o pueblos indígenas que los habitan, basada en las instituciones tradicionales indígenas creadas de acuerdo a sus valores espirituales, sociales, económicas, culturales, jurídicas y políticas, cuya autoridad máxima es el Congreso General Indígena o el Consejo Indígena o la entidad política creada por ellos, cuyo representante es el Cacique o una autoridad tradicional elegido por ellos de acuerdo a su tradición.” (Castillo, 2005. Autonomía Indígena)*

Este estudio se realizó en 5 comunidades de las comarcas Guna Yala y Embera-Wounaan (tabla1)

**Cuadro 1. Estudios de caso en las comarcas Guna Yala y Embera Wounaan**

COMARCA						
VARIABLE	GUNA YALA			EMBERA		
Comunidad	Carti Muladup	Soledad Mandinga	Aguadup	Lajas Blancas	El Salto	Marragandi
Red de atención	Fija	Itinerante	itinerante	Fija	itinerante	itinerante
Distancia a ES	<1 hora	>1 hora	>1 hora	<1 hora	>1 hora	>1 hora
ES	Centro de salud Carti			CMI Meteti y Sub Centro de salud de Lajas blancas		
Vías de acceso a ES	Acuático Mar (lancha a motor)			Terrestre y acuático río (piragua)		

#### 3.5.1. Comarca Embera-Wounaan

La comarca Embera-Wounaan fue creada en 1983 bajo la ley No.22 del 8 de noviembre; se encuentra ubicada en la provincia de Darien al extremo oriental de Panamá y está conformada por dos áreas geográficas y administrativas: Distrito de Cemaco y distrito de Sambu. El distrito de Sambu está dividido en 2 corregimientos; cobija a 13 comunidades y está ubicado al sureste de la provincia en el valle del río Sambu. En la cabecera distrital (Comunidad Puerto Indio) se encuentran los principales servicios básicos de salud, educación, transporte y comunicación aérea, y autoridades municipales. El distrito de Cemaco está ubicado al noreste de la provincia con 28 comunidades divididas en tres corregimientos: Cirilo, Guaynora, Manuel Ortega y Lajas Blancas y su cabecera distrital es Unión Choco<sup>9</sup>.

La comarca posee una extensión de 4382.5km<sup>2</sup> y según el censo del 2010, tiene una población indígena de 9,544 habitantes dividida entre Emberas y Wounaan representando un 7.9% y 2.4% del total de la población indígena de Panamá. Los Embera y Wounaan hablan diferentes lenguas--Embera y Wounaan

<sup>8</sup> Freyermuth, G. 2000. *Morir en Chenalho. Género, etnia y generación. Factores constitutivos del riesgo durante la maternidad.* Universidad Autónoma de México.

<sup>9</sup> Dogirama, E. 2009. *Informe taller Comarca Embera-Wounaan.* Coordinadora Nacional de Pueblos indígenas de Panama (COONAPIP).

ASUNTOS DE FAMILIA: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS REDES SOCIALES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MESOAMERICA; Susan Kolodin y Gisela Rodríguez 2014  
Capítulo Panamá

Meu -- pero poseen las mismas instituciones y autoridades políticas. La organización política de la comarca se basa en un congreso regional, donde el Cacique general es la primera autoridad.

Históricamente, la principal fuente de ingreso económico en esta comarca ha sido la actividad agrícola, en particular la producción y comercialización del plátano verde. También se observa la caza y pesca y la recolección de frutales del bosque como actividades importantes de sustento. Las personas de la comarca trabajan en familia, en particular con las labores culturales de siembra y cosecha, siembra de arroz, maíz, mame, yuca y frijoles.

### 3.5.2. Comarca Guna Yala

La Comarca de Guna Yala fue creada bajo la ley Segunda del 16 de septiembre de 1938 y se encuentra localizada en la costa este del caribe panameño. Limita al norte con el Mar Caribe, al sur con la provincia de Darién, al este con Colombia y al oeste con la provincia Colon, en una extensión de 375<sup>10</sup> km<sup>2</sup>.

La Comarca está compuesta por un archipiélago de 365 islas localizadas en la costa atlántica; 49 de estas islas están habitadas y son de difícil acceso ya que se requiere viajes en bote o avión para poder llegar a ellas<sup>11</sup>. Según el censo del 2010, la comarca Guna Yala posee el segundo grupo indígena más grande de Panamá, con 21.6% de toda la población indígena y un total de 31,577 habitantes<sup>12</sup>. La comarca posee su propia organización política que consiste de un congreso general de la cultura Guna, que es la máxima autoridad conformada por los Sailas (representantes) de todas las comunidades de la comarca. El congreso Guna tiene una junta ejecutiva que está formada por tres caciques, un secretario general y un tesorero<sup>13</sup>.

La historia oral Guna, como la documentación originada desde la colonia, muestra la defensa del territorio y la cultura como una constante en esta comarca, siendo la máxima manifestación la rebelión de 1925. “La rebelión fue una consecuencia, como también condicionó un cambio de estrategia que dieron origen a las leyes de 1930, 1938, 1953, que garantizan a los gunas de Guna Yala un territorio con su respectivo autogobierno<sup>14</sup>”.

En esta comarca la lengua materna es el Guna, lengua que forma parte de la familia lingüística Chibcha<sup>15</sup>, y también se habla el español como segunda lengua. La agricultura es la actividad económica primaria en la comarca, aunque en los últimos años se ha visto un auge en las actividades del turismo y la comercialización de artesanías (molos), como también la pesca (para subsistencia y venta). Los Guna viven en aldeas que son caracterizadas por su cohesión social, y fuerte organización política y administrativa.

### *Oferta de Servicios de salud del MINSA en las comarcas Embera-Wounaan y Guna Yala*

Según el documento “listado de instalaciones de salud, 2010-2011” la región de salud del Darién, en la cual se encuentra la comarca Embera-Wounaan, cuenta con 3 hospitales, 6 centros de salud con cama, 6 sub centros de salud, y 29 puestos de salud. La comarca Embera-Wounaan cuenta con 2 sub centros de

<sup>10</sup> Rivas, F. 2009. Marco institucional de los Pueblos Indígenas de Panamá.

<sup>11</sup> Bodnar, Y., Lopez, E. 2009. *Temas interculturales y de género para la expansión del sistema de protección social*. Banco Interamericano de Desarrollo.

<sup>12</sup> Instituto Nacional de Estadística y Censo, Panamá. 2010. *Censo de Población y Vivienda 2010*

<sup>13</sup> Rosales, C. 2007. *Autogobierno indígena en la Comarca Kuna Yala en Panamá*. Cuaderno 2: Poderes paralelos en México y Panamá.

<sup>14</sup> Herrera, F. Consultoría en la región de Kuna Yala para la formulación de un plan de desarrollo regional con participación de las comunidades. Banco interamericano de Desarrollo.

<sup>15</sup> Rodríguez, E. 2011. Kuna Yala: el archipiélago de San Blas, Panamá. <http://caxigalinas.blogspot.com/2011/10/kuna-yala-el-archipelago-de-san-blas.html>

ASUNTOS DE FAMILIA: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS REDES SOCIALES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MESOAMERICA; Susan Kolodin y Gisela Rodriguez 2014

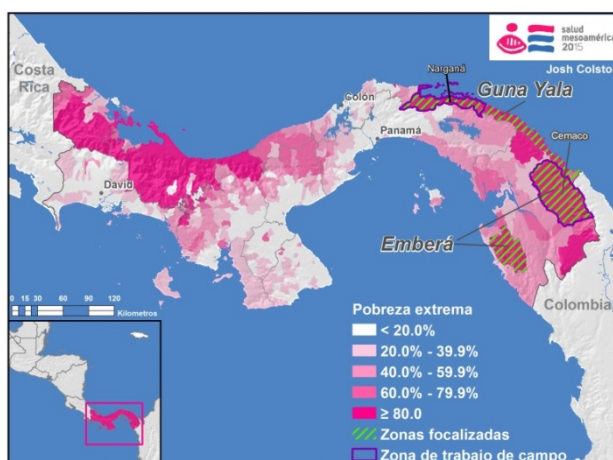
Capítulo Panamá

salud, y 16 puestos de salud. La región cuenta con servicios de atención especializada de segundo nivel en el Hospital San José de La Palma y el Centro Materno Infantil de Santa Fe, pero no cuentan con servicios de atención especializada obstétrica por lo que en los casos de emergencias obstétricas es necesario realizar referencias, por vía acuática, terrestre y aérea, hacia instalaciones de segundo y tercer nivel de atención fuera de la provincia, como el Hospital Santo Tomás, Hospital de Chepo y de la Caja de la Seguridad Social Panameña.

La región de salud de la comarca Guna Yala cuenta con 2 hospitales, 6 centros de salud, 6 sub centros de salud, y 6 puestos de salud<sup>16</sup>. Debido a que la región no cuenta con servicios especializados obstétricos, se realizan traslados y referencias por vía terrestre, marítima y aérea hacia instalaciones de segundo y tercer nivel de atención fuera de la comarca, como el Hospital Santo Tomás, Hospital de Chepo, y el de la Caja de la Seguridad Social Panameña.

Ambas comarcas también son parte de la *Estrategia de Extensión de cobertura de servicios básicos de salud y nutrición (EEC)*. La EEC consiste en un conjunto de mecanismos basados en la atención primaria en salud, y cuenta con dos modalidades provistas de equipos básicos de salud extra- institucionales y de equipos básico de salud institucionales llamados “Giras Institucionales” o itinerantes<sup>17</sup>

**Gráfico 2. Mapa de focalización del trabajo de campo**



## 2.0. RESULTADOS

### 4.1. Características de los participantes

Se realizaron 90 entrevistas con mujeres y hombres de 5 comunidades pertenecientes a la comarca Guna Yala y Embera Wounaan. Asimismo se realizaron entrevistas con 6 parteras, 2 proveedores de salud, 3 proveedores de salud al nivel comunitario, y 8 actores de la comunidad.

La edad promedio de los entrevistados es de 30.7 años; 51.2 % tiene educación primaria, y el 76.7 % se encuentra en algún tipo de unión marital (casado/ unión libre). El promedio de embarazos por mujer es 5.8, con diferencias magnas entre comarcas: en la comarca Guna Yala, el promedio de embarazos por mujer es 3.7, mientras en la Comarca Embera-Wounaan el promedio de embarazos es de 6.3. En la Comarca Embera-Wounaan, 64% de los partos fueron en casa, mientras que en la comarca Guna Yala el porcentaje fue de 39%.

<sup>16</sup> Republica de Panamá, Ministerio de Salud. Listado de instalaciones de Salud 2010-2011

<sup>17</sup> Panamá Programa de Mejoramiento de la Equidad y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud PN-L1068. Estrategia de Extensión de Cobertura

ASUNTOS DE FAMILIA: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS REDES SOCIALES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MESOAMERICA; Susan Kolodin y Gisela Rodriguez 2014  
Capítulo Panamá

**Cuadro 2. Descripción demográfica de los participantes en la comarca Guna Yala y Embera-Wounaan**

VARIABLE		GUNA YALA			EMBERA		TOTAL	
		CARTI MULADUP	AGUADUP	EL SALTO	LAJAS BLANCAS	MARRAGANDI	TOTAL	
		n	n	n	N	n	n	%
<b>Genero</b>	<i>Mujeres</i>	13	8	12	13	13	59	65.6
	<i>Hombres</i>	8	1	1	9	12	31	34.4
<b>Sub Total</b>		<b>21</b>	<b>9</b>	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>90</b>	<b>100</b>
<b>Edad del Entrevistado</b>	<i>(Promedio)</i>	30.4	27.9	31.3	26.9	34.5	30.7	
<b>Educación</b>	<i>Ninguna</i>	7	5	3	3	4	22	24.4
	<i>Primaria</i>	5	4	7	11	19	46	51.2
	<i>Secundaria o+</i>	9	0	3	8	2	22	24.4
<b>Estado Marital</b>	<i>Casado(a)/ unión Libre</i>	16	7	9	15	22	69	76.7
	<i>Soltero(a)/Viu do(a)</i>	5	1	2	2	2	12	13.3
<b>No. de Embarazos*</b>	<i>(Promedio)</i>	3.5	3.8	7.7	6.6	6.9	5.8	
	<i>Rango</i>	(2-7)	(2-6)	(2-13)	(2-11)	(2-13)	(2-13)	
<b>Edad en primer parto</b>	<i>(Promedio)</i>	20.15	20.44	18.5	18.94	20.76	19.7	
	<i>Rango</i>	15-26	(16-27)	(13-28)	(15-31)	(13-33)	(13-33)	
<b>Partos En Casa/No. Total De Partos</b>		19/56	10/27	34/73	27/66	115/136	205/ 358	57.3
<b>Partos En Establecimiento de salud /No. Total De Partos**</b>		33/56	15/27	26/73	39/66	16/136	129/ 358	36.0
<b>ACTORES DE LA RED</b>								
<b>PARTERAS</b>		2	2	-	1	1	6	-
<b>PROVEEDORES DE SALUD</b>		1	-	-	1	-	2	-
<b>PROVEEDORES DE SALUD COMUNITARIOS</b>		-	-	1	1	1	3	-
<b>ACTORES COMUNITARIOS</b>		4	2	1	-	1	8	-
<b>SUB TOTAL</b>		7	4	2	3	3	19	-
<b>TOTAL ( Σ OF SUB TOTALS)</b>		28	13	15	25	28	<b>109</b>	

\* Solo mujeres multíparas y hombres con 2 o más hijos

\*\* Se excluyeron los partos donde el/la entrevistado(a) no estaba seguro del lugar de parto

### 4.3. Embarazo y Controles Prenatales (CPN)

13.6% de las mujeres embarazadas no tuvo ningún CPN durante el primer embarazo y 26.5% no tuvo ningún CPN en un último embarazo. Por lo general las mujeres van solas a las citas médicas. En los casos que reportaron que alguien les acompaña (la madre, el cónyuge o algún familiar femenino), este acompañante no entra a la sala de atención. Existe la percepción de que solo la mujer embarazada puede entrar a la sala de atención, y algunos entrevistados declararon que el personal de salud prohíbe la entrada de los acompañantes.

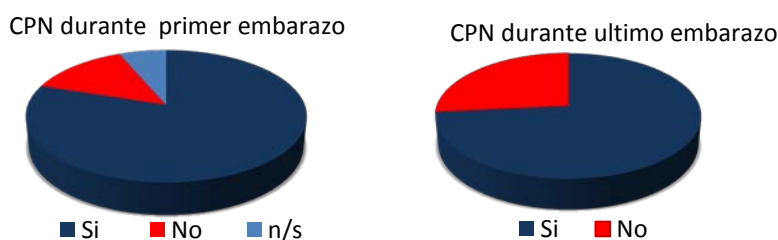
Una principal diferencia a la asistencia de los CPN entre mujeres primíparas y multíparas serían los costos asociados al traslado, como la percepción de que los CPN no son importantes para las mujeres multíparas porque ellas “ya tienen experiencia”.

*Moderador: ¿y su esposo iba con ella [a los CPN]?*

*Entrevistada: él me llevaba pero no entraba porque no lo dejaban*

entrar (F-27, Guna Yala<sup>18</sup>)

**Gráfico 4. Porcentaje de por lo menos un CPN durante el primer y último embarazo**



Entre las mujeres jóvenes (<21 años) y/o primíparas, la madre es por lo general quien recomienda la asistencia a los CPN. Fueron poco casos donde se observó la influencia de actores de los servicios de salud (promotores, asistentes de salud) y actores de la comunidad (amigas, vecinas, o la profesora de la escuela).

*“Mi mamá me decía que es importante hacer controles cuando uno se embaraza”*

(F-20, Embera-Wounaan)

En la comarca Embera-Wounaan las giras itinerantes aparecen como actores e influencias importantes en la provisión y recomendación de CPN. La presencia de un sub centro de salud en la comunidad de Lajas Blancas ha incrementado la asistencia a CPN, sin embargo, este sub centro no ofrece exámenes clínicos, y por ende las personas deben ir a otro ES fuera de la Comarca. El resultado es que la gran mayoría de personas no realiza esta movilización y no cuenta con los exámenes.

En la comarca Guna Yala, las mujeres embarazadas de las comunidades de Carti Muladup y Aguadup tienen CPN en el Centros de Salud Carti. Este centro abre 24 horas y realiza exámenes de sangre y orina, y por ende las personas no tienen que trasladarse a otro ES. Paralelamente, las mujeres embarazadas tienen controles con el guía espiritual y médico tradicional, quienes son actores claves durante el embarazo e influencias poderosas en las decisiones sobre lugar del parto. El guía espiritual, (*Nele* en la lengua Guna), puede ser hombre o mujer y según las entrevistas, tiene la capacidad de predecir a través de sueños y/o videncias, complicaciones durante el embarazo y parto, como la posición y el sexo del bebé. Es tanto el poder del *Nele*, que se cree que su madre tiene mayores posibilidades de morir en el momento del parto, y los padres y cónyuges del *Nele* fallecen a una edad temprana.

El médico tradicional, (*Inaduled* en la lengua Guna), es quien prepara la medicina tradicional con base en plantas según las recomendaciones del guía espiritual. Los *Inaduled* son hombres y empiezan esta labor en la adolescencia, expresando su interés por estas prácticas, o siendo identificados como potenciales discípulos. Los *Inaduled* atienden un sinfín de malestares con plantas medicinales obtenidas de lugares considerados sagrados, y a veces también ofrecen cantos terapéuticos. En relación a la salud materna, por lo general las plantas que ofrecen son tomadas durante el embarazo y antes del parto para reducir los dolores.

La madre y a veces el padre de la mujer embarazada es quien recomienda la atención en los CS como también la atención tradicional del guía espiritual y medico tradicional<sup>19</sup>.

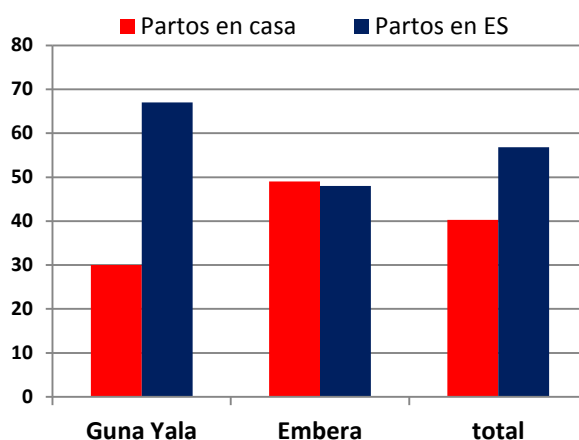
<sup>18</sup> La letra mayúscula representa el sexo del participante y el número su edad

<sup>19</sup> En las 2 comarcas se identificó pocos casos de controles con parteras (en Guna Yala la partera no ofrece servicios durante el embarazo). Solamente la partera de la comunidad de Lajas Blancas tiene un rol activo durante el embarazo, ofreciendo controles y recomendando CPN en el sub centro de salud, ya que ella trabaja y mantiene una estrecha relación con el personal de este centro.

#### 4.4. Red social durante el primer parto

En la comarca Embera-Wounaan, la edad más frecuente para un primer parto fue de 16 años (rango 13-33 años), mientras en la comarca Guna Yala fue 18 años<sup>20</sup> (rango 15-27). 56.8% de todos los primeros partos fueron en un ES, siendo la cobertura de parto institucional más alta en Guna Yala (67%) que en la comarca Embera-Wounaan (48%).

**Gráfico 5. Porcentaje del primer parto por comarca y lugar de atención**



##### *i) Tamaño y estructura de la red social para el primer parto*

En la comarca Guna Yala, se identificaron un total de 15 actores en la red general, la cual representa la agregación de todos los actores mencionados en todas las entrevistas en esta comarca. El tamaño promedio de las redes es de 7 actores, y estas redes sociales se estructuran alrededor de i) la familia, ii) la comunidad, y iii) los servicios de salud. Resaltan el rol y vínculos de la madre, la partera (quien en muchos casos también es un familiar), y también el personal de salud del CS Carti. El médico tradicional y el cónyuge también son actores centrales, pero de menor importancia.

En la comarca Embera-Wounaan, se identificó un total de 16 actores en la red general, con un tamaño promedio de 6 actores. Más del 50% de los partos se realizan en casa, y la estructura de la red es estrictamente familiar, donde el cónyuge y la madre de la mujer embarazada son los actores principales. Sin embargo, existe una amplia heterogeneidad relacionada al tamaño de la red según la comunidad. De los 17 actores mencionados, 9 fueron actores inactivos (mencionados en menos de 2 entrevistas). En la comunidad de Lajas Blancas, el personal de salud del sub centro de salud aparece como actor clave durante el parto, aun por encima de la madre y el cónyuge. En la comunidad de El Salto, la madre de la mujer embarazada es un actor activo, pero aparece en la red con la misma frecuencia que la suegra, una tía o una cuñada. La comunidad de Marragandi cuenta con solo 3 actores

<sup>20</sup> La edad en un primer parto fue calculada usando moda y no promedio.



ASUNTOS DE FAMILIA: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS REDES SOCIALES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MESOAMERICA; Susan Kolodin y Gisela Rodriguez 2014  
Capítulo Panamá

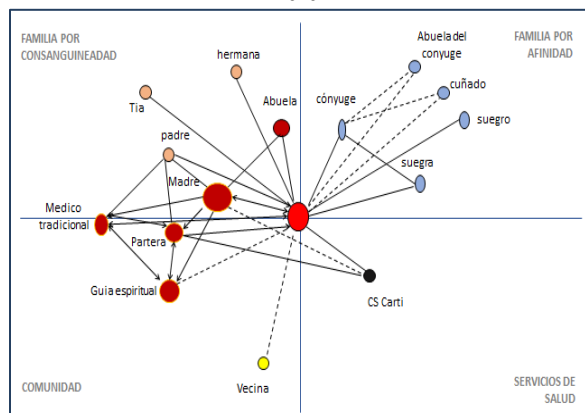
activos: el cónyuge, la madre y suegra de la mujer embarazada, y por lo general nunca están los 3 presentes en una misma red social. También se dieron casos en que la mujer embarazada tuvo su parto en casa solo con la ayuda de algún familiar, y la ausencia de la partera en las redes sociales durante el parto evidencia estas situaciones.

### ii) Tomadores de decisión para el primer parto

En Guna Yala, la decisión de dónde realizar el parto se centra en 1) la madre de la mujer embarazada (o la abuela cuando ella está presente), y 2) la mujer embarazada. Las recomendaciones del guía espiritual y del médico tradicional son influencias extremadamente importantes en la decisión del lugar del parto. Cuando estos actores señalan que el parto será normal, aun si el centro de salud menciona lo contrario, las familias se preparan para un parto normal.

En la comarca Embera-Wounaan, la decisión de dónde realizar el parto se centra en 1) la pareja (mujer embarazada y cónyuge) y 2) en la mujer embarazada. Las mujeres reportaron consultar con sus cónyuges, y en casi ningún caso se mencionó un conflicto de decisiones. Las recomendaciones de la madre de la mujer embarazada son consideradas importantes, pero no siempre influyen: en los casos que hubo opiniones diferentes sobre el lugar del parto, la decisión se centró en la pareja, y no en la madre.

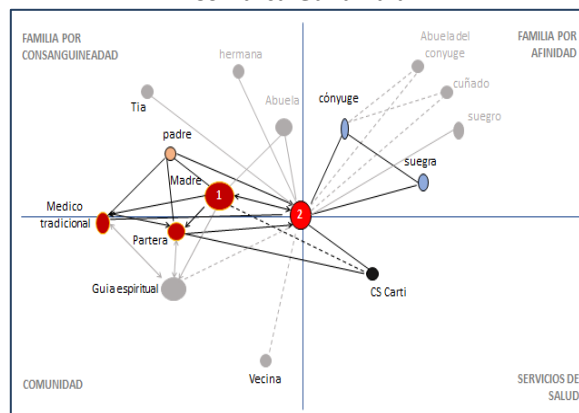
**Gráfico 6.a. Red general para partos. Comarca Guna Yala**



Este gráfico muestra vínculos fuertes de la familia y la comunidad, donde los actores más importantes (círculos rojos) pertenecen a estos cuadrantes. Este gráfico también muestra nichos o grupos de actores que comparten relaciones entre sí, por ejemplo el médico tradicional, guía espiritual, y la partera.

**Gráfico 6.c. Red general para partos. Comarca Embera-Wounaan**

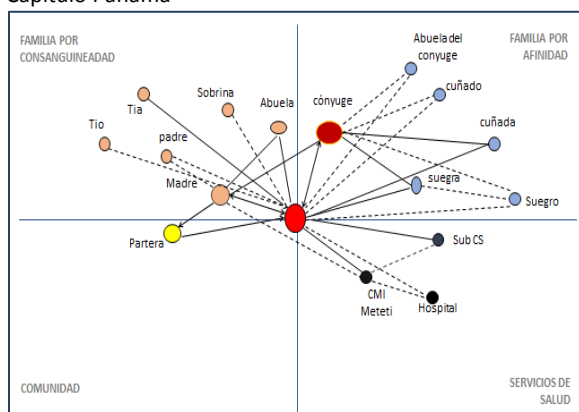
**Gráfico 6.b. Red social para primer parto en CS. Comarca Guna Yala**



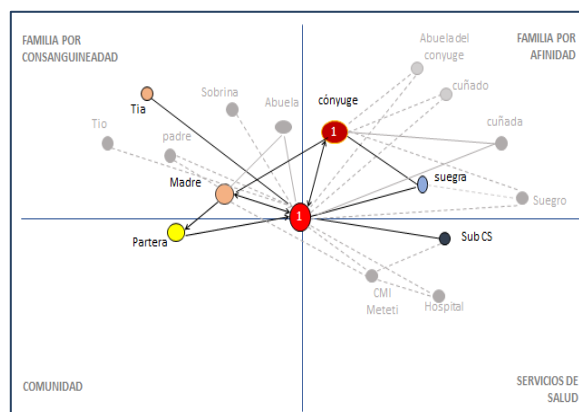
El gráfico 6.b muestra una red con 7 actores, donde la madre es el actor central, y tomadora de decisiones (#1) conjuntamente con la mujer (#2). Pese a ser un parto institucional, la partera y médico tradicional son actores importantes.

**Gráfico 6.d. Red social para primer parto en Sub Centro de salud. Comarca Embera-Wounaan**

ASUNTOS DE FAMILIA: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS REDES SOCIALES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MESOAMERICA; Susan Kolodin y Gisela Rodriguez 2014  
Capítulo Panamá



El gráfico 6.c muestra que la red general de la comarca Embera-Wounaan tiene menos actores de la comunidad y más actores de los servicios de salud, aunque los vínculos con estos son débiles (líneas discontinuas). El actor principal de la red es el cónyuge (círculo rojo) quien recibe apoyo y tiene vínculos continuos con la madre y suegra de la mujer embarazada.

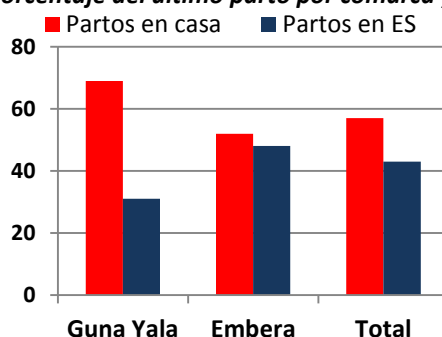


Esta red muestra la historia de un parto institucional donde la pareja (mujer y cónyuge) son los tomadores de decisión (#1 y #2) y reciben apoyo e influencia de las mujeres de la familia (madre, suegra, tía) y de la partera.

#### 4.5. Red social durante un último parto

En la comarca Embera-Wounaan, 56% de los entrevistados mencionó preferir un parto institucional para un último parto, mientras que en la comarca Guna Yala, solamente 12% mencionó esta preferencia. No obstante la preferencia, en la práctica un promedio 43% de los últimos partos fueron en un ES, con la cobertura más alta de parto institucional en la comarca Embera-Wounaan (48%) que en la comarca Guna Yala (31%).

**Gráfico 7. Porcentaje del último parto por comarca y lugar de atención**



##### i) Tamaño y estructura de la red social para un último parto

En la comarca Guna Yala, se identificaron un total de 12 actores, con un tamaño promedio de 6 actores. Para un último parto, la red social se estructura alrededor de i) la familia por consanguinidad, y ii) la comunidad. Al igual que el primer parto, resalta el rol y vínculos de la madre de la mujer embarazada y de la partera (quien en muchos casos es un familiar). El médico tradicional también es un actor central, pero con menor frecuencia. Los proveedores del CS Carti son actores activos solo en los partos institucionales (31%), y el cónyuge pasa a ser un actor secundario.

En la comarca Embera-Wounaan, se identificó un total de 12 actores en la red general, con un tamaño promedio de 5 actores. La estructura de la red para un último parto es familiar, y el cónyuge lleva un rol central en las tres comunidades. Al igual que en el primer parto, existe una amplia heterogeneidad relacionada al tipo de actores adicionales al cónyuge y su grado de actividad en la red según la

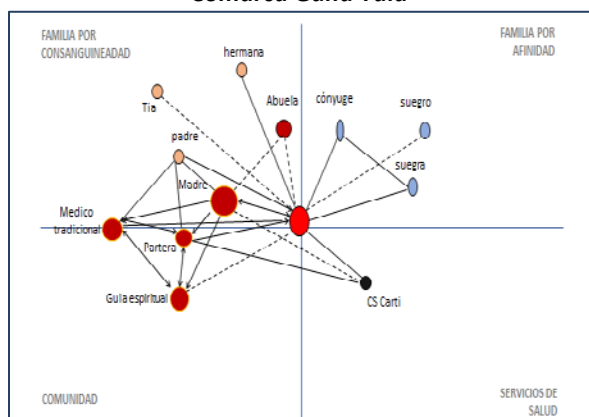
ASUNTOS DE FAMILIA: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS REDES SOCIALES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MESOAMERICA; Susan Kolodin y Gisela Rodriguez 2014  
Capítulo Panamá

comunidad. Por ejemplo, la suegra es un actor activo en las tres comunidades, pero con mucha menor frecuencia que el cónyuge, y aparece en las redes con la misma reiteración que los hijos mayores, una partera o una cuñada. Los proveedores de salud del CMI Meteti son actores centrales en partos institucionales de las comunidades de El Salto y Marragandi, y los proveedores de servicios del Sub CS son actores activos para la comunidad de Lajas Blancas.

*ii) Tomadores de decisión para un último parto*

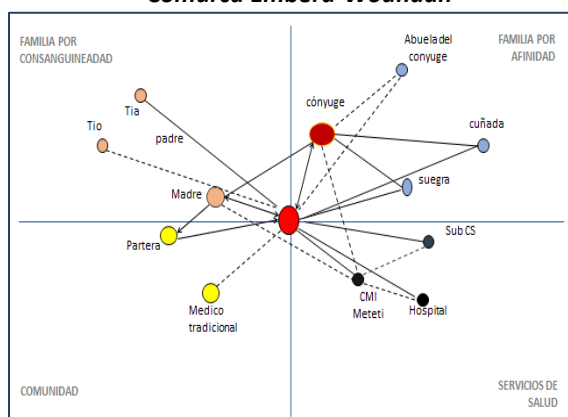
En Guna Yala, la mujer embarazada es exclusivamente quien decide sobre donde tener su parto. Al igual que el primer parto, las recomendaciones del guía espiritual (*Nele*) y del médico tradicional (*Inaduled*) son extremadamente importantes en la decisión del parto, como también las recomendaciones de su madre. En la comarca Embera-Wounaan, los tomadores de decisión sobre el lugar del parto son los mismos que un primer parto: 1) la pareja (mujer embarazada y cónyuge) y 2) la mujer embarazada sola.

**Gráfico 8.a. Red general para partos  
Comarca Guna Yala**



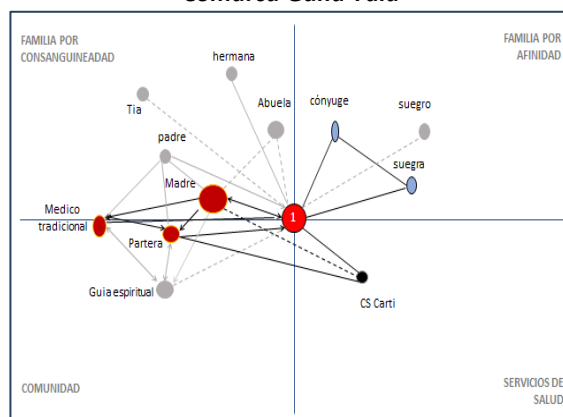
En esta red general se observan más actores de la comunidad y de la familia por consanguineidad, y solo un actor de los servicios de salud.

**Gráfico 8.c. Red general para partos.  
Comarca Embera-Wounaan**



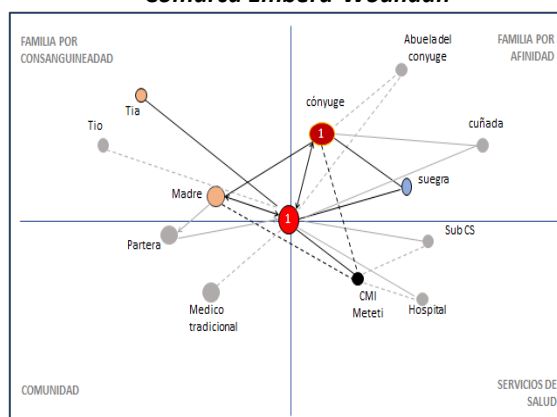
En esta red general se observa una mayor participación de los servicios de salud y menos participación de la comunidad. En esta red la partera no es un actor clave

**Gráfico 8.b. Red social para ultimo parto en CS.  
Comarca Guna Yala**



En esta red social la mujer (#1) es quien decide tener un parto institucional, y su madre es el actor central de la red por tener varios vínculos con los otros actores.

**Gráfico 8.d. Red social para ultimo parto en casa.  
Comarca Embera-Wounaan**



Esta red social muestra a la pareja (mujer y cónyuge) como los tomadores de decisión para un parto institucional. La partera es un actor inactivo y la madre y suegra ofrecen apoyo pero no ejercen ninguna influencia en las decisiones.

ASUNTOS DE FAMILIA: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS REDES SOCIALES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MESOAMERICA; Susan Kolodin y Gisela Rodriguez 2014  
Capítulo Panamá

#### **4.7. Motivos e influencias en el primer y último parto<sup>21</sup>**

Existen motivos e influencias en la red social que pueden determinar el lugar del parto y pueden o no estar relacionadas a las barreras geográficas, económicas, y culturales de la oferta y demanda de servicios de salud. Estos motivos son:

i) *Miedo a las cirugías*: las mujeres y sus familias mencionaron tener miedo a las operaciones quirúrgicas que han escuchado se realizan en los ES. La cesárea, y con menor frecuencia el corte episiotomía, son motivos predominantes por los cuales las personas deciden no tener un parto institucional. Las personas entrevistadas creen que estas operaciones pueden afectar futuros embarazos, tal vez no permitiéndolos tener más hijos. En Guna Yala “*ser cortada*” va en contra su religión porque creen es un obstáculo para no entrar “*al reino de los cielos*”. En las mujeres primíparas y menores de 21 años, este motivo tiene menos influencia ya que su falta de experiencia sobrepasa este motivo e incide en mayores partos institucionales.

*“...tenía miedo de parir en el CS porque los médicos eran latinos. Mi temor es que he escuchado de otras personas que si va a dar luz allá, a veces las operaran y no estoy dispuesta a que me operen o que me corten”. (F-30 años, Guna Yala)*

ii) *Vergüenza*: En Embera-Wounaan se menciona la vergüenza de ser atendidas por una persona ajena, ya sea hombre o mujer, y por esta razón muchas mujeres deciden tener sus partos solas, sin la ayuda ni siquiera de una partera o un familiar. En la comunidad de Marragandi, hubo varios casos de mujeres atendidas por sus cónyuges, estos llevando un rol de partero.

*“De los nueve hijos que yo he parido, nunca jamás me han ayudado, porque me daba mucha pena. Yo tengo calentada mi agua, el jabón, el shampoo del niño, la toalla, los pañales, la tijera y la soga para amarrar el cordón.....A mí no me gusta que nadie me toque, nadie, ni cuando estoy embarazada, yo sola me toco, yo misma lo arreglo” (M-40, Embera-Wounaan)*

iii) *Experiencias positivas y negativas*: Las mujeres que tienen su primer parto en casa sin problemas, tienden a tener sus próximos partos en la casa. Las mujeres que tienen un primer parto institucional sin problemas, tienen sus próximos partos en la casa también (particularmente en la comarca Guna Yala). Contrariamente, las mujeres que tienen alguna complicación o mala experiencia durante el primer parto en la casa, pueden o no tener un próximo parto en casa. Las mujeres que tienen una mala experiencia en un ES, deciden tener un próximo parto en casa.

iv) *Logística de movilización*: No solamente existen barreras geográficas y económicas. La complejidad para llegar a los ES requiere una coordinación compleja: encontrar una piragua o lancha, encontrar un motorista, la gasolina, quien las acompañe, y quien cuide a los hijos en casa, por ejemplo. Hubo dos casos en que las personas relataron que llegaron al CS, pero que el personal de salud les dijo que vuelvan porque todavía no era el momento.

v) *Transferencia a la Ciudad de Panamá*: las transferencias a un ES en la ciudad de Panamá implica otra logística de movilización ya que, según las entrevistas, algunos ES dentro de las comarcas no cubren el costo de estas transferencias, ni para la mujer, ni mucho menos para la persona que la acompañe. Asimismo, las mujeres mencionaron tener miedo a estar solas y no tener familia que les acompañe.

Los motivos para tener un parto institucional fueron principalmente la edad temprana de la mujer embarazada y el hecho de que sea primeriza. En Embera-Wounaan, las mujeres con más años de

<sup>21</sup> El parto vertical no fue mencionado como un motivo para no asistir a los ES y solo algunas entrevistadas mencionaron tener parto vertical en sus casas. El parto vertical parece ser una preferencia más que una tendencia. Esta pregunta no se hizo a todos los entrevistados y por lo tanto requiere mayor información.

ASUNTOS DE FAMILIA: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS REDES SOCIALES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MESOAMERICA; Susan Kolodin y Gisela Rodriguez 2014  
Capítulo Panamá

escolaridad prefieren el parto en un ES, mientras en Guna Yala, el nivel de escolaridad no influye en esta decisión.

#### **4.8. Red social durante emergencias obstétricas y neonatales**

*“si hubiera habido una emergencia en mi parto, le hablaba a mi esposo, si es que no pudiera tener un hijo normalmente y tuviera complicaciones le diría que no me llevara afuera, que no importaba, prefiero morir aquí que allá.” (M-30, Guna Yala)*

De todos los entrevistados, el 21% mencionó haber tenido una emergencia obstétrica y/o neonatal, con una mayor proporción de emergencias durante un último parto.

*i) Tamaño y estructura de la red durante una emergencia obstétrica* Por lo general, las redes sociales se magnifican en tamaño y agregan 1 a 3 actores. Estos actores adicionales no son personas/organizaciones casuales, sino miembros de la red social del cónyuge de la mujer embarazada: vecinos, amigos, compañeros de trabajo, y familia del hombre (generalmente siempre varones). Ante una complicación, todos los entrevistados decidieron acudir a un ES, y por esta razón el personal de salud se transforma en actor clave y tomador de decisiones. Cuando el personal de salud recomendó una transferencia a un ES de segundo o tercer nivel, las personas acataron esta resolución (a excepción de un caso que decidió volver a su comunidad). Por lo tanto, la estructura de la red transforma de un ámbito familiar para incluir actores de la comunidad y de los servicios de salud.

*ii) Tomadores de decisión durante una emergencia obstétrica* Se planteó a todos los entrevistados que no nombraron haber tenido una emergencia, la situación hipotética de una complicación durante el parto y se les pregunto cuál sería el proceder y quien tomaría la decisión de quedarse en casa o ir a un ES. En estos casos, los tomadores de decisión mencionados fueron los mismos que durante el primer y último parto: el cónyuge, la madre, la pareja y la mujer embarazada. Hubo diferentes respuestas de acuerdo al sexo del entrevistado: según los hombres, ellos serían los tomadores de decisión, y nunca identificaron a la madre o a la mujer embarazada como tomadores de decisión. Según las mujeres, la principal tomadora de decisión sería su madre y si la madre no estuviera presente, serían ellas mismas.

En la realidad, existe bastante heterogeneidad sobre quiénes son los tomadores de decisión durante una emergencia obstétrica. En los casos reales, los tomadores de decisión fueron: 1) la madre (solo para un primer parto), 2) el cónyuge, 3) la pareja (mujer embarazada y su cónyuge), 4) personal de salud de la comunidad (promotor y/o asistente de salud), 5) la partera y 6) la mujer embarazada. Ninguno de estos actores fue más central o activo que otro, porque todos fueron mencionados en algunas situaciones de emergencia, pero no en una mayoría.

#### **4.9. Factores e influencias durante una emergencia obstétrica**

*i) Signos de alarma:* La gran mayoría de las personas mencionó o reconoció al sangramiento de la mujer embarazada como un signo de alarma, pero no otros signos como hinchazón de pies, o dolores de cabeza.

*ii) Tiempo de labor de parto:* hubo casos de partos normales y emergencias donde las mujeres estuvieron más de medio día con dolores de parto antes de ir a un ES o antes de que nazca el bebé. Las personas mencionaron que un signo de alarma es que el bebé *“tarda en salir”*, sin embargo este concepto de tardanza fluctúa entre 6 a 24 o 36 horas. Inversamente, para algunas mujeres los dolores de parto duraron menos de 2 horas y por lo tanto no pudieron llegar a un ES.

*iii) Percepción de transferencias innecesarias:* las personas que fueron transferidas a un ES de segundo o tercer nivel en la ciudad de Panamá mencionaron que nadie les explicó los motivos o causas de la transferencia, ni tampoco porque por qué se realizó una cesárea. Por lo tanto, varias personas concluyeron que la transferencia fue innecesaria, en especial cuando el parto fue normal (vía vaginal).

ASUNTOS DE FAMILIA: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS REDES SOCIALES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MESOAMERICA; Susan Kolodin y Gisela Rodriguez 2014  
Capítulo Panamá

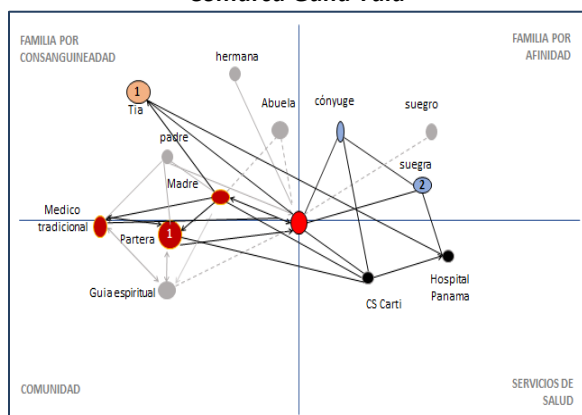
Hubo un caso donde la mujer embarazada tuvo su bebe en la piragua (lancha) cuando iba camino al hospital regional.

*iv) Percepciones de maltrato:* Las personas no reportaron maltratos por parte del personal de salud de los ES del primer nivel (CS Carti, o Sub CS Lajas Blancas). Sin embargo, las personas que fueron transferidas a un ES de segundo o tercer nivel percibieron maltrato por parte de los proveedores de salud. Estas personas mencionaron que, a diferencia de los ES en su comunidad, los ES en ciudad de Panamá no permiten que la partera o nadie más entre con ellas, y que el personal a “*veces es poco amable.*”

*“Las parteras en ningún caso pueden acompañar en el momento del parto, mucho menos atender un parto”* (Personal de salud, Ciudad de Panamá)

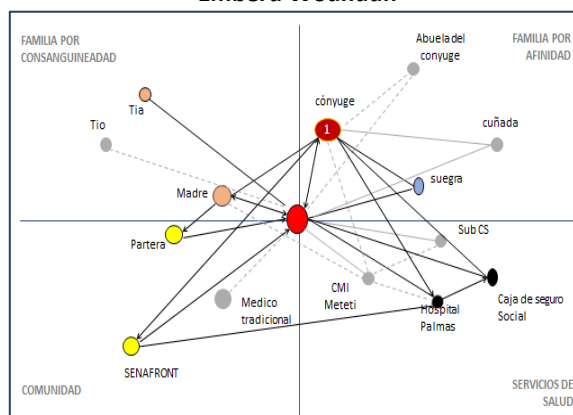
Las personas que decidieron recurrir primero a actores de la comunidad (partera, médico tradicional) fue porque la emergencia era inminente: consideraron que si bien acudir a un ES sería su primera opción, la complejidad de la logística de transporte no les permitiría llegar a tiempo, y conocían o escucharon de casos donde las mujeres tuvieron sus bebés en el camino, ya sea en la lancha o en el bus. Otras personas dijeron también que conocían o escucharon sobre las transferencias innecesarias y el maltrato de los proveedores de salud, y por eso decidieron quedarse en casa. De estos casos, dos tuvieron que movilizarse a un ES, y los demás fueron resueltos en casa.

**Gráfico 9.a. Red social durante una emergencia. Comarca Guna Yala**



En esta red, la suegra (#2) identifica y recomienda acudir a un ES, pero la decisión final es de la tía de la mujer y de la partera (ambas como #1)

**Gráfico 9.b. Red social una emergencia. Comarca Embera Wounaan**



En esta red se observan más actores que en las redes para parto normales. El cónyuge es quien decide llevar a la mujer a un ES y gracias a sus contactos con SENAFRONT pueden movilizarse al hospital de Palmas.

### 3.0. DISCUSION

*i) El tamaño de la red social* disminuye entre un primer y último parto. El hecho de contar con redes más pequeñas en un último parto apunta a la percepción de que las mujeres adultas, por tener más experiencia en el parto, son menos susceptibles a emergencias obstétricas y por tanto no necesitan apoyo. Contradictoriamente, las mujeres adultas enfrentan mayores obstáculos para asistir a los ES al tener hijos menores que cuidar, y su rol no es solo de mujer embarazada, sino que también de esposa, madre, e hija, además de otros roles en la comunidad. Asimismo, varias entrevistadas de 40-45 años

ASUNTOS DE FAMILIA: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS REDES SOCIALES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MESOAMERICA; Susan Kolodin y Gisela Rodriguez 2014  
Capítulo Panamá

siguen teniendo hijos (algunas tienen hasta 13), lo cual las expone a mayores riesgos de complicaciones. En las comunidades de Embera-Wounaan, muchas mujeres tienen sus hijos solas en casa.

*ii) La estructuración de las redes sociales* La estructuración se centra en la familia y esta no es aleatoria. Los patrones de estructuración de la red siguen una lógica basada en las tradiciones culturales y sociales, y en las necesidades del *ego* (mujer embarazada) y el tipo de vínculos que tiene con su red. La residencia patrilocal de la comarca Embera-Wounaan centra al cónyuge como actor principal. En la comarca Guna Yala, la residencia matrilocal empodera a la madre de la mujer embarazada como el actor central de la red. Asimismo, en Guna Yala las redes sociales incluyen a actores comunitarios (el guía espiritual, partera y médico tradicional) quienes en muchos casos también son miembro de la familia. En la teoría de ARS, se habla de *multiplicidad* cuando los actores tienen diferentes vínculos al ego (en este caso mujer embarazada), como parentesco, laborales, etc.; en este caso la multiplicidad de estos actores fortalece su rol e influencia dentro de la red. Sin embargo, estos actores tienen vínculos débiles o inexistentes con los servicios de salud y su importancia es subestimada por estos servicios.

*iv) Motivos e influencias:* Pese a que la aceptación y uso de los servicios públicos de salud durante el embarazo que durante el parto se ha incrementado en los últimos años, se pierden importantes oportunidades de compartir información a la red social de la mujer embarazada al no promover o permitir la entrada de los acompañantes en las consultas. Se evidencia que los motivos para no tener el parto en un ES son más numerosos y con mayores repercusiones que los motivos para asistir a los ES. Por lo tanto, se podría hablar de este proceso como un análisis de costo beneficio que las mujeres y sus redes sociales realizan basados en la poca y pobre información que reciben. Además, muchas mujeres en las comunidades tienen partos en casa sin complicaciones, lo cual fortalece la percepción del parto como un proceso biológico normal; se minimiza la sensación de susceptibilidad y severidad de las posibles emergencias obstétricas<sup>22</sup>.

*Moderador: ¿dónde había planificado tener su parto?*

*Traductora: “como ella había visto los partos que se han dado aquí en la comunidad y han salido bien, bueno [ella dijo] ‘voy tener mi parto aquí también. Aquí en la casa, si voy a tener esa experiencia porque todo va salir bien’. Pero todo fue lo contrario, le salió mal el asunto” (M-23, Guna Yala)*

*v) Emergencias Obstétricas:* la falta de un patrón de tomadores de decisión durante las emergencias obstétricas demuestran la alta complejidad de estas situaciones, el carácter improvisado de las decisiones, y los varios agujeros estructurales dentro y fuera de la red social. Los mensajes sobre maternidad segura y signos de alarma son ofrecidos solo a la mujer embarazada y no a su red social, aun cuando existen oportunidades. En este sentido, se limita la información a un solo actor dentro de la red. Además, esta información no tiene un hilo conductor entre las distintas fases de maternidad. Varias personas todavía creen que se puede predecir una emergencia durante los CPN, y varias reportaron que durante los CPN, el personal de salud no les habla sobre la importancia de tener un plan de parto, ni las opciones sobre el lugar del parto. Es altamente preocupante que ni la mujer embarazada, ni los miembros clave de su red social reconocen los signos de alarma durante el embarazo y parto, y la gran mayoría no tiene un plan de acción para llegar a un ES. Esto señala que ninguna de las primeras 2 demoras ha sido superada. Por los altos costos directos e indirectos del transporte y logística de movilización, en especial en la comarca Embera-Wounaan, las mujeres van solas a los ES; en caso de

<sup>22</sup> Modelo de creencias de salud (Health Belief Model).

ASUNTOS DE FAMILIA: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS REDES SOCIALES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MESOAMERICA; Susan Kolodin y Gisela Rodriguez 2014  
Capítulo Panamá

transferencias a la ciudad de Panamá, se exponen a trasladarse sin el apoyo vital de su red, lo cual se convierte en motivo para no buscar los servicios de salud.

*“si hubiera habido una emergencia, mi mamá decidiría en ese momento, ella diría si mandarme o no hasta Panamá. Yo no decidiría nada. Pero no quisiera ir a Panamá, no conozco otro lugar que aquí, y tengo terror a estar sola...” (M-19, Guna Yala)*

Asimismo, la referencia de la mujer embarazada hacia un ES de mayor resolución en la ciudad de Panamá resulta en un quiebre en la red social debido a que los establecimientos fuera del ámbito de la comarca no aceptan que la partera u otra persona la acompañe durante el traslado, ni mucho menos ingrese a la sala de partos. Para fomentar mayor uso de los servicios de salud por parte de las personas indígenas, sería importante realizar una revisión a nivel nacional sobre la adecuación cultural del parto en todos los niveles de atención y no solo aquellos en las comunidades. La adecuación cultural en este contexto se trata no solamente de una sala de parto que permite el parto vertical, sino la posibilidad de involucrar a los actores clave de la red social en todos los procesos.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Avilez, J. *Recoleccion de datos*. <http://www.monografias.com/trabajos12/recoldat/recoldat.shtml>

Kolodin, S. 2011. Avances en la salud intercultural en salud en la cartera del BID. *Banco interamericano de Desarrollo*

Banco Mundial. 2013. Panamá: panorama General.  
<http://www.bancomundial.org/es/country/panama/overview>



ASUNTOS DE FAMILIA: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS REDES SOCIALES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MESOAMERICA; Susan Kolodin y Gisela Rodriguez 2014  
Capítulo Panamá

Bodnar, Y., Lopez, E. 2009. *Temas interculturales y de género para la expansión del sistema de protección social*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Castillo, B. 2005. *Fortalecimiento de los conocimientos medicinales del Pueblo kuna en Panamá. Proyecto "recuperación de los cantos orales medicinales Kuna."* Centro de documentación de las minorías.

Castillo, B. 2005. *La Autonomía Indígena en Kuna Yala Frente al Impacto de la Globalización: Un Análisis de los Retos del Autogobierno Indígena*. Universidad de Costa Rica

Dogirama, E. 2009. *Informe taller Comarca Embera-Wounaan*. Coordinadora Nacional de Pueblos indígenas de Panama (COONAPIP).

Freyermuth, G. 2000. *Morir en Chenalho. Género, etnia y generación. Factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. Universidad Autónoma de México.

Heath, S., Fuller, A., Paton, K. 2008. *Network-based ambivalence and educational decision-making: a case study of non-participation in higher education*. Research Papers in education. 23 (2):219-229

Herrera, F. *Consultoría en la región de Kuna Yala para la formulación de un plan de desarrollo regional con participación de las comunidades*. Banco interamericano de Desarrollo.

INEC. 2006-2010. <http://www.contraloria.gob.pa/INEC/archivos/P3791221-05.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censo, Panamá. 2010. *Censo de Población y Vivienda 2010*

Panamá. 2008. Encuesta de Niveles de Vida (ENV)

Quintero, B. 2009. *Diagnostico de Necesidades Insatisfechas y Línea Basal Cualitativa hacia una Propuesta de Modelo de Atención Intercultural en la Comarca Ngabe- Bugle, Corregimientos Pobres Aledaños*.

República de Panamá, Ministerio de Salud. Listado de instalaciones de Salud 2010-2011

Rivas, F. 2009. Marco institucional de los Pueblos Indígenas de Panamá.

Rosales, C. 2007. *Autogobierno indígena en la Comarca Kuna Yala en Panamá*. Cuaderno 2: Poderes paralelos en México y Panamá.

Rossmann, Rallis. 1998; Yin. 2009. *Designing research. Qualitative procedures*.

Rodriguez, E. 2011. Kuna Yala: el archipiélago de San Blas, Panamá.  
<http://caxigalinas.blogspot.com/2011/10/kuna-yala-el-archipelago-de-san-blas.html>

Schiffer, E. *Net\_Map toolbox. Influence mapping of social networks*. <http://netmap.wordpress.com/>

The World Bank. 2006. *Reducing HIV/AIDS Vulnerability in Central America: Panamá: HIV/AIDS Situation and Response to the Epidemic*. Latin America and the Caribbean and The Global HIV/AIDS Program.

Trotters, R. 1999. *Friends relatives and relevant others. Conducting ethnographic network studies*. Introduction to Network Research.

UNFPA. *Cuarto dossier temático de UNFPA, dedicado a interculturalidad y salud materna*.  
<http://panama.unfpa.org/novedades/noticias/cuarto-dossier-tematico-de-unfpa-dedicado-a-interculturalidad-y-salud-materna/77>

ASUNTOS DE FAMILIA: ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LAS REDES SOCIALES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MESOAMERICA; Susan Kolodin y Gisela Rodriguez 2014  
Capítulo Panamá

Waters, B. 2011. *Análisis cualitativo de las barreras a la demanda por servicios de salud en pueblos indígenas en Panamá*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Ward, V. 2012. *La importancia de las redes sociales en la salud materna y reproductiva*. Banco Interamericano de Desarrollo.

Zuo, X., Blackburn, J., Kortellis, N., et al. 2014. The Power of Indirect Ties. *Social and information Networks*