A photograph of a flooded street in a rural area. The water is calm, reflecting the sky and the buildings. The houses have red-tiled roofs and are built with brick or concrete. Utility poles with power lines are visible along the street. The sky is overcast with grey clouds.

Manigeh Roosta

Mujeres, salud y violencia
en contextos de emergencias naturales



Mujeres, salud y violencia en contextos de emergencias naturales

Manigeh Roosta

Mujeres, salud y violencia en contextos de emergencias naturales

Estudio de las necesidades de atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en edad fértil en los entornos de crisis y emergencia: La sequía en el Chaco boliviano y la inundación en el departamento de Beni



Investigadora Principal:

Manigeh Roosta, Ph.D.

Diseño de la Muestra y Trabajo de Campo

Lic. Franklin García

Supervisoras Trabajo de Campo:

Maritza Elianeth Cemo Vásquez (Beni)

Zandra Huanca Suárez (Chaco)

Encuestadoras:**Beni**

Cindy Margareth Álvarez Noco

Sintia Tatiana Apaza Zegarra

Paulina Guerrero Rosales

Yosely Loras Almaquio

Magdalena Muiba Carranza

Denisse Rivarola Camama

Marianela Rodríguez Vaca

Celinda Tarqui Miranda

Chaco

Yesenia Mallea Azurduy

Gloria Arias

Magaly Cruz Villa

Carolina Llanos Burgos

Mayra Torres Mamani

Julia Borja Cuellar

Ninoska Medina Duran

Litsi Peñaranda Terrazas

Layla Azurduy

Manigeh Roosta G.: Investigadora, docente, y Coordinadora de la Maestría en Población y Desarrollo en CIDES-UMSA. Doctorado en Educación y Desarrollo por Northern Illinois University, Maestría en estudios de Población de la University of Wisconsin-Madison, y Licenciatura en Sociología de la UMSA.

© CIDES-UMSA, 2012

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad de la autora y no reflejan, necesariamente, los puntos de vista de las agencias que colaboraron con el financiamiento de la investigación y publicación.

Primera edición: agosto 2012

ISBN: 978-99954-1-488-7

D.L. 4-1-2527-12

Producción:

Plural editores

Av. Ecuador 2337 esq. c. Rosendo Gutiérrez

Teléfono: 2411018 / Casilla / 5097 / La Paz, Bolivia

e-mail: plural@plural.bo / www.plural.bo

Impreso en Bolivia

Índice

Prólogo	13
Presentación	17
Introducción	21
Capítulo I	
Consideraciones conceptuales	25
Amenazas, riesgos, vulnerabilidades y capacidades en los desastres.....	25
Los desastres y la perspectiva de género	29
Violencia contra la mujer y la salud	30
Capítulo II	
Aspectos metodológicos.....	35
Tipo de estudio.....	35
Población y muestra	35
La tasa de respuesta	38
Instrumentos de recolección de datos.....	39
Trabajo de campo: recolección de la información	40
Consideraciones éticas.....	41
Procesamiento de datos y elaboración del Plan de Análisis .	42
Capítulo III	
Beni: La inundación	43
Contexto socio-demográfico.....	43

Emergencias en Beni	49
Análisis de los resultados de la investigación	51
Perfil general de las mujeres y el efecto de las emergencias naturales.....	51
Perfil general de las mujeres afectadas por los desastres	51
Efectos de los desastres sobre las mujeres afectadas	55
Necesidades de salud sexual reproductiva en situaciones de emergencias naturales	60
Perfil de las mujeres con embarazo, parto y postparto.....	60
Necesidades de las mujeres con el embarazo-parto- postparto en las inundaciones de 2010	63
Necesidades de atención a los posibles síntomas de ITS	65
Necesidades respecto al uso de los métodos de planificación familiar	67
Necesidad de enfrentar la alarmante violencia basada en género durante y después de los desastres	70
Violencia verbal o emocional	71
Violencia física	72
Violencia Sexual	74
Efecto del alcohol en los diferentes tipos de violencia	74
Necesidad de ofrecer información y capacitación respecto a la SSR y la VBG a las mujeres afectadas por los desastres ...	78
Conclusiones.....	81

Capítulo IV

Chaco: La sequía	83
Contexto socio-demográfico	83
Emergencias en el Chaco	91
Análisis de los resultados de la investigación	92
Perfil general de las mujeres y el efecto de las emergencias naturales.....	93
Perfil general de las mujeres afectadas por los desastres	93
Efectos de los desastres sobre las mujeres afectadas.....	96
Necesidades de salud sexual reproductiva en situaciones de emergencias naturales	100
Perfil de las mujeres con embarazo-parto-postparto.....	100

Necesidades de las mujeres durante el embarazo-parto postparto en las sequías de 2010	103
Necesidades de atención a los posibles síntomas de ITS	105
Necesidades respecto al uso de los métodos de planificación familiar	107
Necesidad de enfrentar la alarmante violencia basada en género durante y después de los desastres	110
Violencia Verbal o Emocional.....	111
Violencia física.....	113
Violencia Sexual	115
Efecto del alcohol en los diferentes tipos de violencia	116
Necesidad de ofrecer información y capacitación respecto a la SSR y la VBG a las mujeres afectadas por los desastres ...	118
Conclusiones	120

Capítulo V

Las inundaciones y las sequías: Comparaciones,

conclusiones y recomendaciones	123
Comparaciones	123
Perfil de las mujeres afectadas por los desastres	124
Efectos de los desastres sobre las mujeres afectadas	125
Los desafíos de salud de las mujeres en los desastres.....	125
Los desafíos de VBG en los contextos de desastres	126
Cadena de violencias: presencia simultánea de violencias....	129
Prioridades en ayuda humanitaria.....	131
Conclusiones generales	133
Recomendaciones	134

Bibliografía	137
--------------------	-----

Anexo 1 Variables observadas en el modelo (y: violencia por parte de la pareja)	143
Anexo 2 Resumen de periódicos en relación a la ayuda a los damnificados.....	145
Anexo 3 Encuestas y formularios.....	152

Índice de cuadros

Cuadro 1	Tamaño de la muestra - Beni	38
Cuadro 2	Tamaño de la muestra - Chaco	38
Cuadro 3	Indicadores socio-demográficos, económicos y de salud por municipios	45
Cuadro 4	Beni: Eventos adversos de origen natural según municipio 2003-2009	50
Cuadro 5	Amenazas, vulnerabilidades y riesgos por municipio.....	50
Cuadro 6	Perfil general de las mujeres encuestadas del Beni	52
Cuadro 7	Desplazamientos a causa de inundaciones en Beni	55
Cuadro 8	Efectos de la inundación sobre la salud de las Mujeres.....	57
Cuadro 9	Edad de las mujeres con embarazo-parto- postparto	60
Cuadro 10	Condición de migración de mujeres con embarazo-parto-postparto	61
Cuadro 11	Número total de embarazos de las mujeres con embarazo- parto-postparto	62
Cuadro 12	Ocupación de las mujeres con embarazo- parto-postparto	62
Cuadro 13	Posibles síntomas de ITS entre las entrevistadas en Beni	66
Cuadro 14	Uso de métodos de planificación familiar en Beni	68
Cuadro 15	Beni: Dificultades para conseguir métodos modernos	69
Cuadro 16	Beni: Principal razón de no uso de método moderno	69
Cuadro 17	Beni: Presencia de la violencia contra la mujer ..	70
Cuadro 18	Beni: Reacción contra la violencia física.....	73
Cuadro 19	Beni: Necesidad de recibir información sobre VBG.....	79

Cuadro 20	Indicadores socio-demográficos, económicos y de salud por municipios	86
Cuadro 21	Eventos adversos de origen natural según municipio 2003-2009	91
Cuadro 22	Amenazas, vulnerabilidades y riesgos por municipio	92
Cuadro 23	Perfil general de las mujeres encuestadas del Chaco	93
Cuadro 24	Efectos de la sequía sobre la salud de las mujeres	97
Cuadro 25	Edad de las mujeres con embarazo-parto-postparto	101
Cuadro 26	Condición de migración de mujeres con embarazo-parto-postparto	102
Cuadro 27	Número total de embarazos de las mujeres con embarazo-parto-postparto	102
Cuadro 28	La ocupación de las mujeres con embarazo-parto-postparto	103
Cuadro 29	Posibles síntomas de ITS entre las entrevistadas en Chaco	106
Cuadro 30	Uso de métodos de planificación familiar en Chaco	108
Cuadro 31	Chaco: Dificultades para conseguir métodos modernos.....	109
Cuadro 32	Chaco: Principal razón de no-uso de métodos modernos.....	110
Cuadro 33	Chaco: Presencia de la violencia contra la mujer.....	111
Cuadro 34	Chaco: Reacción contra la violencia física.....	114
Cuadro 35	Chaco: Recepción de información sobre VBG ...	119
Cuadro 36	Análisis multivariable de la VBG	128
Cuadro 37	Presencia simultánea de tipos de violencia.....	129

Índice de figuras

Figura 1	Población urbana y rural por municipios	46
Figura 2	TGF, mortalidad infantil y % Parto Institucional	47
Figura 3	Control prenatal por municipios	48
Figura 4	Combustible más usado para cocinar por municipio.....	49
Figura 5	Duración de Desplazamiento por las inundaciones en Beni	56
Figura 6	Dificultades durante el desplazamiento.....	56
Figura 7	Efecto de los desastres sobre la jefatura de hogar en Beni	58
Figura 8	Efecto de los desastres sobre la ocupación de las mujeres en Beni.....	59
Figura 9	Nivel de instrucción de las mujeres con embarazo-parto-postparto	61
Figura 10	Acceso a los servicios de salud para atención de ITS	67
Figura 11	Lugares de acceso para métodos de anticoncepción modernos.....	68
Figura 12	Beni: Comparación de tipos de violencia contra mujeres.....	71
Figura 13	Beni: Efecto de alcohol sobre violencia verbal...	75
Figura 14	Beni: Efecto de alcohol sobre violencia física ...	76
Figura 15	Beni: Efecto de alcohol sobre la violencia sexual	77
Figura 16	Beni: Necesidad de recibir información sobre SSR Y VBG.....	78
Figura 17	Población urbana y rural por municipios	87
Figura 18	TGF, mortalidad infantil y % Parto Institucional	88
Figura 19	Control prenatal por municipios	89
Figura 20	Combustible más usado para cocinar por municipio.....	90

Figura 21	Efectos de la sequía sobre el estado civil de las mujeres	98
Figura 22	Efectos de la sequía sobre la Jefatura de Hogares	99
Figura 23	Efecto de la sequía sobre la ocupación de las mujeres	100
Figura 24	Nivel de instrucción de las mujeres con embarazo-parto-postparto	101
Figura 25	Acceso a los servicios de salud para atención de ITS	107
Figura 26	Lugares de acceso para métodos de anticoncepción modernos	109
Figura 27	Chaco: Violencia verbal-emocional contra la mujer	112
Figura 28	Chaco: Violencia física contra la mujer	113
Figura 29	Chaco: Violencia sexual contra la mujer	115
Figura 30	Chaco: Efecto de alcohol sobre la violencia verbal-emocional.....	117
Figura 31	Chaco: Efecto de alcohol sobre la violencia física.....	117
Figura 32	Chaco: Efecto del alcohol sobre violencia sexual	118
Figura 33	Chaco: Acceso a información	119
Figura 34	Asociación entre tipos de violencia.....	130

Índice de mapas

Mapa 1	Ubicación del departamento de Beni y los municipios del departamento del Beni que participaron en el estudio	44
Mapa 2	Región del Chaco: Municipios seleccionados	84
Mapa 3	Región del Chaco.....	85

Prólogo

El contexto geográfico de Bolivia es característico por la recurrencia de eventos adversos de mediana y baja intensidad con algunos picos altos, como es el caso de las inundaciones de Beni y la sequía del Chaco. En todos ellos, como evidencia el presente estudio, se demuestra que las mujeres damnificadas enfrentan varios desafíos sobre su salud y protección.

Para garantizar una intervención efectiva ante esta problemática, cada vez más la incorporación de consideraciones de género en la gestión de riesgo y la respuesta a emergencias ha ido cobrando relevancia, no sólo para los tomadores de decisiones sino para todos los actores humanitarios, tanto nacionales como internacionales; visibilizando la necesidad de incluir la atención a la salud sexual reproductiva y violencia basada en género en sus estrategias.

Como queda bien documentado en esta investigación, el escenario de Bolivia es un reflejo la problemática mundial y de cómo la pobreza, el cambio climático y las desigualdades exacerbaban el impacto de los desastres: Si actualmente existen más de 30 millones de personas refugiadas e internamente desplazadas por estas causas, de ellas el 80 por ciento son mujeres y niños.

En Bolivia y en la mayor parte del mundo las mujeres son las encargadas del cuidado de los miembros de la familia, del mantenimiento del hogar, de la alimentación e incluso de la producción, contribuyendo de manera clave al sostenimiento de las economías locales y las estructuras sociales en los momentos de mayor dificultad.

En las situaciones de emergencias todos estos roles llegan a multiplicarse; en muchos casos se convierten en las únicas fuentes de cuidado, asumiendo tareas adicionales que ponen en riesgo su propia integridad, agravando su vulnerabilidad con la malnutrición, la violencia, la explotación sexual, las infecciones de transmisión sexual, el embarazo no deseado y el parto sin asistencia, entre otras.

La carga de cuidar a los demás a veces dificulta que cuiden de ellas mismas, postergando sus propias necesidades: estos factores pueden cobrar un precio muy alto en lo relacionado con su bienestar.

Las mujeres tienen sus propias necesidades de salud, desde las relacionadas con la higiene hasta las complicaciones del embarazo y parto, que pueden amenazar sus vidas. La malnutrición y las carencias de vitaminas y hierro pueden ser mortales para las embarazadas, al mismo tiempo que el estrés que acarrear los desastres y emergencias suelen contribuir a un aumento de la violencia sexual y abusos, como queda patente en la investigación que nos ocupa.

Los efectos de los desastres y emergencias naturales sobre la salud sexual reproductiva pueden ser devastadores. Las poblaciones afectadas se ven privadas repentinamente de servicios de salud y de información al respecto. El acceso a los servicios queda interrumpido, pero las necesidades no sólo persisten sino que se intensifican.

El promedio de mujeres –en edad de procrear– que está embarazada en situaciones de desastres es una de cada cinco; la propia situación de crisis empuja a muchas mujeres hacia un parto prematuro, careciendo de los artículos más básicos para un parto no contaminado, agravado en muchos casos por malnutrición, enfermedades y pérdida de apoyo médico.

Las mujeres que mueren en partos dejan atrás familias devastadas. Los hijos que sobreviven tienen más probabilidad de morir precozmente y menos probabilidades de concluir su educación.

En algunas de las situaciones de emergencia y desastres estudiadas, especialmente en las inundaciones en el Beni pero también en el Chaco, gran parte de la población afectada queda

desplazada y separada de sus familias por períodos que pueden llegar a los 6 meses; las medidas de seguridad se debilitan incluso desaparecen –combinados con el deterioro de las infraestructuras de salud y educación,– redundando en un aumento del número de casos de violencia, abuso y explotación sexual y por consiguiente de relaciones sexuales sin protección. La situación desesperante puede incluso llevar a las mujeres y las adolescentes al trueque de relaciones sexuales a cambio de alimentos, albergue o protección.

Hace más de 20 años, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se reconoció la salud sexual reproductiva como un derecho humano. Como tal les corresponde a refugiados, desplazados y otras personas que viven en entornos de emergencia humanitaria. Para poder disfrutar de este derecho, las poblaciones afectadas deben tener acceso a información integral de salud reproductiva que les permita tomar decisiones libres y basadas en datos respecto de su salud y bienestar.

Tal como pone de manifiesto esta investigación, satisfacer las necesidades de la población y de las mujeres en este caso, es dar participación a las comunidades afectadas en cada etapa de acción, desde la evaluación de las necesidades y el diseño de programas hasta el lanzamiento, el mantenimiento y evaluación del impacto en estos programas, priorizando una perspectiva de género y salud en todo ello.

Desde UNFPA promovemos una acción colectiva que sirva para concretar el derecho a la salud reproductiva para todas las mujeres, hombres y adolescentes que se encuentran en escenarios humanitarios. Nuestro esfuerzo es contribuir a un mundo donde cada embarazo sea deseado, cada parto sea sin riesgos y cada persona joven alcance su pleno desarrollo y, aunque ello es así independientemente de si es un escenario de crisis o no, no cabe duda que en situaciones de emergencia esta misión es incluso más importante.

Jaime Nadal Roig

Representante Fondo de Población de las Naciones Unidas-Bolivia

Mayo 2012

Presentación

El estudio sobre “Mujeres, salud y violencia en contextos de emergencias naturales” de Manigeh Roosta, docente investigadora a cargo de la Unidad de Población del CIDES-UMSA, realizado por encargo del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Población (UNFPA), se orientó a ver las necesidades de salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres entre 18 y 49 años, focalizándose en tres municipios del Beni y los tres departamentos del Chaco boliviano (Santa Cruz, Tarija y Chuquisaca) para ver esas necesidades en situación de inundaciones y sequías respectivamente.

No cabe duda que se trata de un estudio pionero en su tipo en el país.

Los problemas de la salud y de violencia hacia las mujeres son reconocidos y son objeto de importante preocupación en la agenda por la equidad de género tanto de instituciones públicas, ONG, organismos internacionales y también de organizaciones sociales; no obstante, ellos no han sido aún amplia y debidamente reflexionados en su relación con situaciones de emergencia o desastres naturales, y mucho menos han entrado en las prioridades de la planificación e implementación de las actividades de asistencia asociada con la gestión del riesgo.

Llama la atención esta debilidad porque, precisamente en tales situaciones –muy recurrentes además en Bolivia sobre todo en materia de sequías e inundaciones y también de deslizamientos– la privación de condiciones mínimas de seguridad, de techo

o refugio, de alimentos, de agua y otros servicios, acrecienta los factores de riesgo y la vulnerabilidad de las personas ante las también acrecentadas amenazas de violencia exacerbadas por la precariedad material y fragilidad emocional. De ello dan cuenta muchas experiencias, dramáticamente en el caso del terremoto en Haití, mostrando los altos porcentajes y números de mujeres y niños que padecen los desastres, y sobre todo su gran indefensión y vulnerabilidad ante los hechos de violencia y abusos sufridos. Y, no cabe duda que la mayor vulnerabilidad hace carne en las mujeres y niños/niñas de origen rural y en situación de pobreza.

Por lo anterior, este libro –centrado en el estudio de las inundaciones en el Beni y de las sequías en el Chaco– adquiere enorme importancia, pues no sólo pone atención a dos asuntos escasamente estudiados: la salud sexual y reproductiva, y la violencia en esas situaciones de desastre o emergencias naturales que –al margen de su gravedad– no detienen los ciclos de la vida, por lo que ambos asuntos no pueden estar ausentes en las respuestas que se den a los desastres. Su importancia también radica en los esfuerzos realizados por la autora por distinguir los riesgos y vulnerabilidades tanto en salud como en violencia según el tipo de desastre natural del que se trata. Pero, por sobre todo, radica en mostrar entre sus hallazgos que, más allá de las especificidades de las inundaciones y las sequías, los riesgos y vulnerabilidades de las mujeres en el marco de ambos fenómenos naturales son una constante, sobre todo frente al embarazo, parto y postparto, frente al tratamiento de infecciones de transmisión sexual, como de prevención y protección ante la violencia de todo tipo ejercida principalmente por la pareja.

Es, precisamente, debido a esta generalidad de problemas y circunstancias violatorias de los derechos humanos de las mujeres que las consideraciones de género no pueden estar ausente a la hora de organizar y desplegar las respuestas necesarias frente a los desastres que, por lo dicho anteriormente, más que en situaciones de despojo y pérdidas materiales se manifiestan en verdaderos desastres de carácter social. En palabras de la autora, los desastres no escogen a sus víctimas, –pero es evidente que éstos no se dan en

un vacío social... tienen ubicación geográfica, registran nombres, viven hombres, mujeres, niños, adultos mayores, incapacitados—que tampoco viven en un limbo social, sino inmersas en relaciones asimétricas de desigualdad y exclusión fundadas en el género, la clase y otros ejes de división (p: 12).

Al respecto, entre los hallazgos, y en relación al fenómeno de las inundaciones —cuya particularidad es la necesidad de evacuación o desplazamiento masivo de las familias hacia albergues y/o casas familiares, vecinos o amigos por un período relativamente largo de 6 meses— el estudio señala que, dadas las prescripciones de género, es sobre las mujeres desplazadas que caen las tareas del cuidado de sus hijos, familiares y/o enfermos en condiciones de precariedad material y hacinamiento, por lo que estos desastres no son “neutros al género” pues tienen consecuencias diferentes para hombres y mujeres. Llama mucho la atención la revelación de alarmantes niveles de violencia verbal-emocional física y sexual que se ejerce contra las mujeres en estos contextos de inundación, a partir de sus particularidades, en momentos en que las mujeres mismas demandan atención a su salud alrededor del embarazo, parto y/o postparto, o de síntomas de ITS, pero también como efecto de la violencia de que son víctimas.

Por tanto, estos desastres no sólo deben enfrentarse con asistencia a las carencias de vivienda, alimentos, vituallas y servicios sanitarios y de salud en general; es importante generar las condiciones para evitar que se conviertan en escenario de violación de derechos humanos. Ello exige no sólo mejoras en los servicios en diferentes ámbitos, sino fundamentalmente campañas de información y educación orientadas a prevenir la violencia, a restaurar el derecho a no ser víctima de violencia, cuyos efectos sobre la salud física y mental son bien conocidos.

En cuanto a los contextos de sequía, a diferencia de las inundaciones, no requieren necesariamente desplazamientos de residencia, pero sus consecuencias son igualmente devastadoras en las condiciones materiales de reproducción por la reducción de los ingresos (sobre todo provenientes de la producción agropecuaria), la falta de agua y otros elementos vitales que tienen efectos directos

sobre la salud, en comunidades generalmente alejadas, de difícil acceso y, generalmente, con instituciones de muy escasos recursos.

Estas circunstancias de sequía comparten con las de inundación la presencia y exacerbación de la violencia en sus diferentes formas. Pero, adicionalmente, el estudio reporta síntomas muy particulares en la SSR de las mujeres (como fiebre, pérdida de líquido, visión borrosa, presión elevada, infecciones y flujos, entre las más importantes) que requieren inmediata y especializada atención en un contexto no sólo de dificultad de acceso a servicios sino también de debilidades de los mismos. Ambas cuestiones, pues, hablan de la necesidad de ponerles atención particular para evitar que las sequías sean escenarios de vulneración de los derechos de las mujeres en referencia a la violencia y particularmente la salud.

Por tanto, estos hallazgos enunciados en sus términos más generales en esta presentación, invitan a una atenta lectura de este libro –que se hace público gracias al apoyo del UNPFPA– para adentrarse en sus rasgos más específicos y complejos como requisito para cualificar con la mirada desde el género, las estrategias y acciones de respuesta y asistencia a las emergencias naturales y también sociales que se derivan de ellas, y que también son especificadas en aras a contribuir al imperativo de generar las condiciones necesarias en defensa de los derechos de las personas que las sufren.

Ivonne Farah Henrich
Directora CIDES-UMSA
Mayo 2012

Introducción

Las mujeres y los niños constituyen más del 75% de las personas refugiadas y desplazadas expuestas a riesgos por la guerra, hambruna, persecución, y desastres. Cuando estos desastres golpean, se multiplica el riesgo de violencia sexual, los partos sin atención, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y la carencia de planificación familiar.¹ Los problemas de salud sexual reproductiva (SSR) figuran entre las causas principales de los problemas de salud y de muerte de las mujeres en diferentes regiones del mundo, a pesar de que la mayoría de ellos pueden ser evitados y prevenidos. Tan sólo la muerte y la inhabilitación por violencia basada en género –entre mujeres de 15 a 44 años– es tan elevada como la muerte por el cáncer, a la vez que supera el número total de víctimas juntas por malaria, accidentes de vehículos y las guerras (Heise, 1994).

Las mujeres rurales son las más afectadas en situaciones de emergencia (OXFAM, 2009) por cuanto son ellas las que se quedan en sus pequeñas parcelas con los animales domésticos en sus comunidades; y, además, tienen menos posibilidades de encontrar formas alternativas de subsistencia cuando pierden sus cosechas. Las mujeres pobres son particularmente vulnerables a los impactos climáticos; pero, a la vez, son las que juegan un rol

1 Marie Stops International Australia (S/F). *Sexual and Reproductive Health in Crisis Situation*.

importante en la protección de sus familias y comunidades en situaciones de riesgo.

Mientras la alimentación, el agua y techo constituyen las principales prioridades en situaciones de desastres, la atención a la salud reproductiva –que otorga dignidad y bienestar básico humano– no recibe la misma consideración.² En situaciones de crisis, las necesidades de salud sexual reproductiva quedan trágicamente ignoradas, pese a que es esencial que ellas sean consideradas como derechos humanos de mujeres en las comunidades que atraviesan traumas de conflictos, desplazamientos o desastres. Del mismo modo, lo son también las necesidades esenciales de la seguridad, refugio/techo, alimentos, agua y servicios sanitarios.³

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994), las necesidades de SSR de los refugiados fueron por primera vez reconocidas: “En la planificación e implementación de las actividades de asistencia de los refugiados, especial atención debe darse a las necesidades de los niños y mujeres refugiados. Los refugiados deben contar con acceso a acomodación adecuada, educación, servicios de salud, incluyendo la planificación familiar”. Sin embargo, lamentablemente, estas necesidades quedan lejos de ser satisfechas por las personas que viven en situaciones de desastres.

El hecho de que las mujeres continúan concibiendo y dando a luz en las situaciones de crisis (desastres), las expone a un rango de problemas potenciales que los hombres no experimentan, como son, por ejemplo, las complicaciones del aborto, las fístulas hemorrágicas, y/o un rango de complicaciones físicas y mentales relacionados al parto y nacimientos. Los hombres también necesitan consideración cuidadosa en relación con servicios de salud sexual reproductiva no solamente como usuarios, tomadores de decisiones que afectan la salud sexual reproductiva de las mujeres,

2 United Nations High Commission for Refugees, citado en Marie Stopes International Australia (S/F): Sexual and Reproductive Health in Crisis Situations.

3 Marie Stopes International Australia (S/F). Sexual and Reproductive Health in Crisis Situation.

sino también como potenciales perpetuadores la violencia ejercida contra ellas.⁴

Reconociendo la necesidad de introducir atención temprana y efectiva a la salud sexual reproductiva en situaciones de crisis, se fue desarrollando un “paquete de servicios iniciales mínimos”⁵ (PSIM). El PSIM está diseñado específicamente para facilitar la entrega rápida y efectiva de servicios de salud sexual reproductiva en las fases agudas iniciales de las situaciones de emergencia, y para planificar servicios en las próximas etapas. El PSIM incluye recursos humanos, guías y manuales para implementación de servicios seleccionados y recursos materiales, incluyendo medicamentos y equipamiento básico.

Pese a estos significativos avances, la implementación universal de PSIM está lejos de ser cumplida. En situaciones de emergencia, muchas veces los trabajadores de salud se sienten renuentes a lidiar con temas sensibles relacionados con salud sexual reproductiva, por falta de experiencia y/o de comprensión de elementos o consideraciones culturales al tratar, por ejemplo, a las víctimas de violencia sexual.

Propósito del estudio

El propósito de este estudio es generar información, evidencias y recomendaciones sobre las necesidades de salud sexual reproductiva de mujeres en situaciones de emergencia en el contexto del Chaco Boliviano azotado por sequía, y del departamento de Beni por la persistente y aguda experiencia y/o amenaza de inundaciones, con el fin de que las instituciones responsables en ayuda y alivio a las personas en situaciones de emergencia –sean gubernamentales y/u organizaciones no gubernamentales

4 Marie Stops International Australia (S/F). Sexual and Reproductive Health in Crisis Situation.

5 Grupo de Trabajo Inter-organismo sobre la Salud Reproductiva en Situaciones de Refugiados (1996).

(ONG)– consideren incorporar en sus estrategias de intervención, preparación y mitigación de desastres, la atención focalizada en esas necesidades. La adecuada atención a mujeres embarazadas, al parto y/o al período de postparto; la prevención de la violencia contra la mujer, la reducción del riesgo de contagio de ITS, y la disminución de la mortalidad materna y neonatal, contribuyen significativamente a los programas integrales de salud para los damnificados.

Objetivos específicos

En este contexto, los objetivos específicos del estudio comprenden:

- 1) Generar información y evidencias basadas en experiencias vivenciales sobre embarazos, partos, planificación familiar y sobre violencia basada en género, en entornos de emergencia por desastres.
- 2) Elaborar recomendaciones sobre la atención de necesidades de salud sexual y reproductiva en situaciones de crisis causadas por emergencias naturales, para organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, que comprendan no sólo la atención médica, sino también campañas de información, comunicación, capacitación en relación con la salud de las mujeres y madres.

CAPÍTULO I

Consideraciones conceptuales

En 2007, Bolivia entró por primera vez en la lista de los 10 países del mundo más afectados por desastres (OXFAM internacional, 2009). Las crecientes amenazas o peligros experimentados en contextos de vulnerabilidad de diferentes regiones del país demandan el diseño y elaboración de estrategias integrales de gestión de riesgos para prevenir, preparar y mitigar los efectos de los desastres (NN.UU.-EIRD, 2005). Por ello, fortalecer la capacidad de resiliencia ante las emergencias naturales se convierte en un objetivo principal en este nuevo escenario, donde Bolivia tendrá propensión a sufrir cada vez más desastres y sus efectos.

Este capítulo examinará los desastres como resultado de amenazas y vulnerabilidades. A la luz de estos dos ejes, se explorarán los desastres desde la perspectiva de género, poniendo especial énfasis en los problemas de salud y violencia basada en género (VBG) que sufren las mujeres en contextos de desastres.

Amenazas, riesgos, vulnerabilidades y capacidades en los desastres

Las emergencias naturales son fenómenos que, muchas veces, destrozan a su paso no sólo hogares, sino también la infraestructura de salud, educación, producción agrícola ganadera y de transporte, generando graves consecuencias para la sobrevivencia humana,

para su dignidad y para los medios de vida de poblaciones enteras. Sin embargo, el riesgo de amenazas naturales no sólo depende de la fuerza del fenómeno, sino también del nivel de vulnerabilidad del territorio donde el fenómeno natural sucede.

Comparando los impactos de sucesos similares en diferentes países, es posible destacar que la magnitud del desastre no depende sólo de la intensidad del fenómeno natural. El terremoto de San Francisco (1989) de magnitud 7,1 en escala Richter causó solamente 63 víctimas fatales, mientras que en Guatemala (1976) un terremoto de menor grado (6,2) causó 22.780 muertos. El Huracán Mitch (1998) dejó como resultado 20.000 muertos y un similar fenómeno, el Huracán Michelle (2001), azotó Cuba con apenas un saldo de 5 víctimas fatales (Charveriat, 2000). Es decir, las amenazas/ peligros naturales no definen por sí solos la gravedad de los daños de los desastres.

No se pretende afirmar que los desastres escogen sus víctimas, pero es evidente que éstos no se dan en un vacío social. Los lugares donde los desastres golpean tienen ubicación geográfica, registran un nombre, viven hombres, mujeres, niños, adultos mayores, discapacitados; en fin, personas en situaciones sea de pobreza o de riqueza. En el transcurso de la historia, estas personas han ido construyendo estructuras socioeconómicas y políticas basadas en relaciones de desigualdad y exclusión sociales, que han dado lugar a ejes de división de clases, género y otros; basadas también en creencias, patrones culturales, ideologías, prejuicios y prácticas que moldean los procesos de toma de decisiones a nivel nacional, local y comunitario. Estas estructuras socio-económicas, culturales e históricas hacen que los efectos de los desastres varíen en cada territorio.

En este sentido, el desastre es función de amenazas y vulnerabilidades (NN.UU.-EIRD, 2004). La amenaza o peligro es un “evento físico potencialmente perjudicial, fenómeno natural y/o actividad humana que puede causar pérdida de vidas o lesiones, daños materiales, grave perturbación de la vida social y económica o degradación ambiental” (pp. 17-18). En cambio, las vulnerabilidades son “las condiciones determinantes por factores o procesos

físicos, sociales, económicos y ambientales que aumentan la susceptibilidad y exposición de una comunidad al impacto de amenazas” (pp. 17-18). Por lo tanto, la gravedad de los desastres que causan “interrupción seria del funcionamiento de una comunidad o sociedad, que causa pérdidas humanas y/o importantes pérdidas materiales, económicas o ambientales...” (pp. 17-18), depende de la interacción entre amenazas y condiciones de vulnerabilidad en un territorio definido.

Por eso, es necesario profundizar el concepto de vulnerabilidades, al mismo que comprende dimensiones físicas, sociales, económicas y ambientales tanto a nivel individual como colectivo (NN.UU.-EIRD, 2004):

- Las vulnerabilidades físicas se relacionan con la ubicación y el entorno construido, la densidad de la población, las características de los terrenos de los asentamientos humanos, diseño y materiales utilizados en la construcción de infraestructura de las viviendas.
- Las vulnerabilidades económicas comprenden la (in)capacidad de recuperarse después de un desastre por la magnitud de reservas económicas individuales, comunitarias y nacionales, el grado de endeudamiento y acceso a créditos, préstamos y seguros. Las economías menos diversificadas son más vulnerables. También demuestran mayor vulnerabilidad las personas que tienen acceso limitado o inadecuado a la infraestructura socio-económica básica como redes de comunicación, servicios de transporte, agua potable, alcantarillado y servicios de salud.
- Las vulnerabilidades ambientales registran el grado de agotamiento de los recursos naturales y su estado de degradación y la escasa capacidad de resiliencia de los sistemas ecológicos, así como la exposición a la contaminación tóxica.
- Las vulnerabilidades sociales consideran grados de bienestar de los individuos, comunidades y sociedades, incluyendo cierto grado de alfabetización, instrucción, acceso a derechos

humanos, costumbres y convicciones ideológicas, equidad social, sistema de gobernabilidad, condiciones de paz y seguridad, y los sistemas de organización colectiva en general.

Algunos grupos son más vulnerables que otros. Así, por ejemplo, las mujeres, los niños, los adultos mayores y los discapacitados constituyen algunos de estos grupos. Su vulnerabilidad nace del hecho que cada uno tiene necesidades particulares que requieren de atención especial.

La salud pública es otro factor propio de las vulnerabilidades llamadas sociales. La predisposición al contagio de infecciones, la exposición a ciertas enfermedades, la inadecuada calidad de los servicios de salud y la falta de infraestructura básica de saneamiento y agua, contribuyen a la mayor vulnerabilidad de las comunidades y, particularmente, de los grupos ya de por sí más vulnerables. Por otro lado, las vulnerabilidades afectan la capacidad de resiliencia de la población. La resiliencia comprende la “capacidad de un sistema, comunidad o sociedad potencialmente expuesto a amenazas para adaptarse, resistiendo o cambiando, con el fin de alcanzar o mantener un nivel aceptable en su funcionamiento y estructura” (NN.UU.-EIRD, 2004: pp. 17-18). Por lo tanto, esta capacidad dependerá del grado de organización de la sociedad para aprender de las experiencias pasadas como un mecanismo de protección contra futuros desastres.

En este contexto, la estrategia de reducción del riesgo de desastre sería el “proceso sistemático de decisiones y medidas administrativas, económicas, organizacionales y conocimientos operacionales desarrollados por sociedades y comunidades para implementar políticas, estrategias...” (pp. 17-18). Ello debería considerar las amenazas por un lado, y apuntar a las estrategias de reducción de las vulnerabilidades sean éstas sociales, físicas, económicas, ambientales o institucionales, por otro lado.

En este estudio, se toman en cuenta las vulnerabilidades físicas, económicas y ambientales; sin embargo, el énfasis principal apunta a las vulnerabilidades sociales, especialmente de las mujeres en los contextos de emergencias.

Los desastres y la perspectiva de género

Las mujeres constituyen uno de los grupos más vulnerables en los desastres. Las creencias y costumbres que perpetúan los estigmas contra ellas no siempre les permiten beneficiarse de facilidades de acceso a mecanismos de empoderamiento, tales como la instrucción y educación. Además, ellas son las principales responsables de sus hogares, y la carga de tareas y responsabilidades aumenta considerablemente en situaciones de desastres. La combinación de discriminaciones y carencias con la carga de nuevas responsabilidades originadas en situaciones de emergencias naturales, expone a las mujeres a mayor vulnerabilidad. A la vez, el hecho de que las mujeres conciben y dan a luz en situaciones de crisis, las expone a un rango de problemas potenciales que los hombres no experimentan.

Adicionalmente, las mujeres reciben mayor impacto en los desastres a causa de los diferentes roles que la sociedad les ha asignado (Enarson, 2000): (i) A causa de la división de trabajo, las mujeres están generalmente ocupadas en el sector informal, en el trabajo por cuenta propia y de menor remuneración, de escasa seguridad o beneficios; (ii) Las mujeres tienen menos acceso a recursos, al control sobre la tierra y otros medios productivos o fuentes de recursos económicos; (iii) Son ellas las que principalmente se encargan de las tareas domésticas y cuidado de niños, adultos mayores y discapacitados, asumiendo así la doble carga de trabajo productivo y reproductivo; (iv) La vivienda generalmente queda dañada por los desastres, por lo que la familia debe mudarse a casas ajenas o albergues temporales que no cuentan con condiciones mínimas de equipamientos, por lo que las tareas domésticas y económicas se dificultan e incrementan para la mujer, limitando su libertad de movilidad; (v) La violencia contra la mujer generalmente aumenta en los períodos de emergencias naturales a causa de las circunstancias, más allá de que –muchas veces– su analfabetismo y falta de acceso a información y otros factores son motivo su exclusión de la toma de decisiones.

En la mayoría de las experiencias, las mujeres son casi invisibles en los desastres; la atención a sus necesidades, especialmente

de salud, no es una prioridad esencial. Muchas veces, la salud de las mujeres es atendida mediante servicios distantes, inaccesibles o inadecuados, presentando por ello mayor vulnerabilidad ante los desastres sobre todo en el impacto en su salud y bienestar.

Se advierte, en general, la ausencia de una perspectiva de género en las estrategias de respuesta a los desastres que refuerza esa ausencia en las respuestas actuales. Las estrategias priorizan las necesidades de alimentación, agua, techo y vituallas para los damnificados, además de aquellas referidas a las necesidades de animales domésticos o ganado en las zonas rurales. En situaciones de crisis, las necesidades de la salud sexual reproductiva quedan ignoradas, aunque ellas forman parte de los derechos humanos fundamentales.

Esto hace que las mujeres no sólo reciban el impacto de las amenazas naturales en situaciones de desastres, sino que no acceden a servicios específicos para atender su salud, y muchas veces son víctimas de violencia en el seno de su propia familia por parte de su pareja. Ésta es otra vulnerabilidad que queda oculta en el ámbito privado del hogar, pese a la intensificación de éstas durante y después de los desastres generados por fenómenos naturales.

Violencia contra la mujer y la salud

Generalmente, la violencia es considerada una cuestión propia del sistema judicial, pese a que los agentes de salud son, con frecuencia, los primeros que deben recibir y ayudar a las víctimas de violencia. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en la Asamblea Mundial de la Salud del año 1996, declaró a la violencia un problema de salud pública por: (i) Su ubicuidad y consecuencias graves para la salud en el corto y el largo plazo. (ii) Sus efectos negativos sobre el desarrollo psicológico y social de los individuos, las familias, y las comunidades. (iii) Sus consecuencias en los servicios de salud y su efecto perjudicial en los recursos sanitarios. Por tanto, prevenir la violencia y el comportamiento violento son actualmente prioridades del sector salud (OMS, 2002).

En este marco general, la violencia basada en género comprende “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vía pública o privada” (OMS, 2005). Entonces, la VBG además de ser una violencia a los derechos humanos, es un problema de salud pública.

Aunque el sector salud podría jugar un rol decisivo en la prevención de la VBG, contribuyendo a la detección temprana, proporcionando tratamiento necesario, y derivando a las mujeres a los servicios idóneos para suministrarles la atención e información necesaria, este potencial no siempre es utilizado debido a alguna de las siguientes razones: (i) La no denuncia de VBG por los estigmas y miedos que provocan contra las víctimas; (ii) La falta de reconocimiento de la violencia como problema y causa subyacente de trastornos de salud de las mujeres; (iii) La no existencia de servicios de protección o seguimiento posterior a las víctimas de violencia. Estos factores muestran la complejidad del tratamiento de la VBG (OMS, 2005). Ésta es una cuestión muy delicada y un tabú social. No todas las personas, en especial mujeres, están dispuestas a abordar el tema porque implica hablar de su vida personal y de las relaciones con la pareja, aspectos difíciles y complejos de describir y más aun hacer públicos.

Por esta razón, es importante promover programas de sensibilización e información al respecto, como también combatir y remontar la resignación de las mujeres ante este flagelo social y, sobre todo, visibilizar este problema de salud pública cuyas víctimas lo sufren en silencio. En esa perspectiva la comunicación y capacitación en los diferentes ámbitos de la sociedad y del Estado, son importantes recursos.

El objetivo de Desarrollo de las Metas del Milenio (OMS, 2005) sobre educación de las niñas, igualdad de género y potenciación de la capacidad de acción de la mujer refleja el reconocimiento de la comunidad internacional de que la salud, la educación y las cuestiones de género están estrechamente conectadas al desarrollo.

En efecto, la violencia contra la mujer puede tener consecuencias fatales y no fatales⁶ (Bott, 2005). El femicidio, suicidio, SIDA y mortalidad materna figuran entre los resultados fatales de la misma. Las consecuencias no fatales abarcan la salud física de la mujer y también su salud mental. Esta última es muy preocupante. Es normal que las mujeres que han sido víctimas de violencia infligida por su pareja padezcan de angustia emocional, llanto fácil, incapacidad para disfrutar la vida, fatiga, pensamientos y comportamientos suicidas, entre otras manifestaciones de problemas de salud mental. Las víctimas de violencia doméstica padecen otros problemas de salud, generando costos de atención significativamente más elevadas que las que no sufren maltratos (OMS, 2002). Además, la violencia contra las mujeres causa problemas de SSR, incluyendo embarazos no deseados, abortos, fístulas traumáticas, ITS y VIH. Existen crecientes señales alarmantes de la relación entre VBG y VIH, especialmente entre las mujeres jóvenes en países de alta prevalencia de la VBG. La violencia durante el embarazo, una forma de violencia que ha sido especialmente descuidada, causa serias repercusiones en la salud materna y en el recién nacido (UNFPA, 2008).

La VBG no solamente afecta la sobrevivencia y la salud de la víctima, sino también la salud y el bienestar de los y las hijas (Guzmán, 2011). Sus efectos se manifiestan en mayores tasas de mortalidad infantil, problemas de conducta, ansiedad, depresión, intento de suicidio, bajo rendimiento académico, problemas de salud física, y –muy probablemente– en la posibilidad de ser perpetrador o víctima de violencia en su vida más adelante.

La violencia doméstica también impacta sobre el uso de los servicios de salud reproductiva y la planificación familiar en países en desarrollo. Basado en los datos de ENDSA-2003, Pinto (2010) demuestra la relación negativa existente entre la violencia doméstica y el uso de servicios de salud reproductiva. Por lo tanto,

6 Bott, Morrison and Ellsberg (2005) citado en la presentación Dra. Nadine Gasman (2011) sobre la Violencias contra las mujeres. En la XXII Reunión Bienal de Investigadores en Reproducción Humana. Panamá, oct.2011.

sugiere que los programas de reducción de violencia doméstica puedan convertirse en un complemento para los planes de incremento de los accesos a servicios de SSR con miras a reducir la muerte materna.

Por otro lado, la violencia doméstica afecta la capacidad de la mujer para sostener su actividad productiva, mantener a su familia, conservar su trabajo, preservar sus ingresos, permanecer en contacto con sus seres queridos y formar parte de grupos o asociaciones, lo que remata en un descenso en su calidad de vida y en la incapacidad de cuidarse a sí misma o a los demás (OMS, 2005). Asimismo, cuando las mujeres son jefes de hogares con sueldos más bajos, las situaciones de violencia en su contra toman más tiempo en su recuperación; lo que significa una pérdida de potencial económico para su futuro y el de sus hijos, pues puede exponer a todos a situaciones de mayor desnutrición y de problemas de salud (INSTRAW, 2008). En breve, la violencia contra las mujeres no sólo es una epidemia global de salud pública, sino una preocupación seria de los derechos humanos fundamentales, más allá de ser una cuestión que debe remitirse a las leyes y el sistema judicial (Verveer, 2011).

En la medida que las situaciones de violencia se agudizan en contextos de desastres, este marco conceptual permite examinar las vulnerabilidades que afectan a las mujeres en circunstancias de emergencias naturales. Es decir, aboga por la necesidad de incorporar enfoques sensibles al género en la gestión integral de desastres, tanto en las etapas de preparación y prevención, como en la mitigación de los efectos de los desastres, fortaleciendo la sensibilidad al respecto, así como la capacidad de resiliencia de individuos y comunidades ante los efectos adversos de los desastres.

CAPÍTULO II

Aspectos metodológicos⁷

Tipo de estudio

Este es un estudio de carácter exploratorio y descriptivo, que permite generar información, evidencias y recomendaciones respecto a las necesidades de salud sexual reproductiva de las mujeres y la necesidad de prevención de la violencia contra las mujeres en situaciones de emergencia en el departamento de Beni afectado por las inundaciones y el Chaco boliviano azotado por sequías.

Población y muestra

De acuerdo al propósito planteado por el estudio, la población seleccionada fue principalmente mujeres, en edades entre 18 y 49 años. La exclusión de mujeres menores de 18 años se debe a la exigencia de obtención de doble consentimiento informado, primero de ellas y luego de los padres y/o tutores de la entrevistada. Como la orientación principal del estudio no se dirige a adolescentes, se ha decidido enfocar la atención en la población mayor de 18 años.

Además de la Encuesta principal, se ha utilizado la encuesta a profundidad en algunos casos con experiencias muy destacadas

7 Los diferentes informes presentados por el Lic. García fueron la principal fuente de información del presente capítulo.

en cuanto a los desafíos encontrados en relación a la salud sexual reproductiva y violencia basada en género durante y después de los desastres. También se realizaron entrevistas a representantes de los municipios, hospitales y defensorías públicas, para recabar información respecto a la organización de la gestión de prevención, preparación y mitigación de los desastres en el municipio y la región.

En cuanto al horizonte de tiempo, por los objetivos propuestos en el estudio se ha tomado el período de 2009-2010 para las inundaciones del Beni, y el período de 2010 para las sequías de la región del Chaco. En ambos casos, han sido épocas recientes de desastres acontecidos. Se debe mencionar que la distancia en tiempo ha sido una de las limitaciones de este estudio, ya que las entrevistadas, al responder las preguntas proveían información correspondiente a 10-14 meses anteriores al estudio.

Según la propuesta original del proyecto, el diseño de la muestra fue realizado en dos fases:

1. Identificación de aquellos municipios más afectados por los desastres, tanto en Beni como en el Chaco. Los planes de emergencia de 2010, revisión de los Decretos y declaraciones de emergencias, consulta con expertos locales y regionales y revisión de la recurrencia de los fenómenos naturales, tanto en el Beni como en el Chaco fueron la base de selección de los municipios afectados. En esta fase se ha identificado en Beni a los municipios de Trinidad, San Andrés y San Ignacio de Moxos; en el caso del Chaco, los municipios de Gutiérrez y Charagua en Santa Cruz, Macharetí en Chuquisaca y Villamontes en Tarija.
2. Identificación de las familias más afectadas en ambos contextos para llevar a cabo las encuestas. En base a la información estadística sobre población total, número total de familias, el registro de las familias afectadas y sobre todo la información proporcionada por las autoridades locales, ha determinado el tamaño de la muestra en cada contexto.

El diseño final de la muestra utilizó dos métodos: el muestreo aleatorio y el barrido en los conglomerados. El “Método modificado de muestreo por conglomerados” (Malilay, 1997) es generalmente empleado para identificar las necesidades de salud y de otro tipo en comunidades afectadas por desastres. El error muestral para este tipo de diseño tiene dos componentes: el primero corresponde a la variación entre conglomerados, y el segundo a la variación de los hogares dentro de cada manzano. Reduciendo la variabilidad entre los pocos conglomerados identificados, como es el caso de áreas focalizadas en las inundaciones y sequías, se puede disminuir el error muestral.

Es importante anotar que si bien la muestra abarcó varios municipios y localidades, el análisis de datos sólo es válido a nivel del contexto total para cada fenómeno natural objeto de este estudio. El tamaño de la muestra se ha calculado con 5% de margen de error. Por lo tanto, el nivel de confianza de la muestra es de 95% y se ha calculado según la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Donde:

n es el tamaño de la muestra

Z es el nivel de confianza

p es la variabilidad positiva

q es la variabilidad negativa

N es el tamaño de la población

E es la precisión o el error

Los siguientes cuadros presentan un resumen del procedimiento en las dos fases de definición del tamaño de la muestra y el número de encuestas realizadas, indicando el error de muestreo:

Cuadro 1
Tamaño de la muestra - Beni

Municipio	Total población (1)	No. Total de hogares (2)	No. Total de hogares afectados (3)	Tamaño de la muestra NC 95%	No. encuestas realizadas	Error de muestreo (%)
Cercado: Puerto Almacén, Puerto Ballivián, Loma Suarez, Zona 13 de Abril	1.280	256	229	144	174	3,6
San Andrés: Villa Alba, San Andrés	674	135	90	73	42	8,3
San Ignacio, Zonas San José, Villa Carmen, San Juan, Villa Brisa/Zona 16 de julio	2.500	500	153	110	75	8,1
Total	4.454	891	472	327	271	3,9

Fuentes: (1) Centro de Operaciones de Emergencias de Beni (COE); (2) Centro de Operaciones de Emergencias de Beni (COE), Save the Chillaren/Bol. Alcaldía de San Ignacio de Moxos; (3) Centro de Operaciones de Emergencias de Beni (COE), ENLARED MUNICIPAL [24.03.10]; (4) Nivel de confianza de la muestra 95%.

Cuadro 2
Tamaño de la muestra - Chaco

Departamento	Municipio	Total población (1)	No. Total de hogares (2)	No. Total de hogares afectados (3)	Tamaño de la muestra NC 95%	No. encuestas realizadas	Error de muestreo (%)
Santa Cruz	Gutiérrez: Gutiérrez, Tatarenda Nuevo, Palmarito	1.643	325	325	176	114	7,4
	Charagua - zonas asignadas	750	150	150	108	80	7,5
Chuquisaca	Machareti	700	135	135	100	83	6,7
Tarija	Villamontes - zonas asignadas	1.500	300	300	169	122	6,8
Total		4.593	910	910	553	399	3,7

Fuentes:(1,2) Alcaldía de Gutiérrez, Santa Cruz 2011, Alcaldía de Machareti, Chuquisaca, 2011;(3) Oficinas técnicas de los municipios de Villamontes y Charagua, 2011 (4) Nivel de confianza de la muestra 95%.

La tasa de respuesta

Las diferencias surgidas entre las cifras estimadas por la muestra y el resultado del trabajo de campo se deben principalmente a la

ausencia de mujeres adultas, viviendas desocupadas y al rechazo por participar en el estudio y/u otras razones. La tasa de respuesta es elevada, tanto para Beni (99,4%) como para el Chaco (96,7%); y se ha calculado según la siguiente fórmula:

$$\frac{100 \times HC}{HC + NA + HP + HR}$$

Donde:

HC El porcentaje de hogares con encuestas completas

NA El porcentaje de hogar sin presencia de adultos

HP El porcentaje de hogares con encuestas postergadas (no existe en el estudio)

HR El porcentaje de hogares con rechazo

Instrumentos de recolección de datos

En este estudio se ha utilizado tres diferentes instrumentos: encuestas individuales a las mujeres de 18 a 49 años, entrevistas estructuradas a las autoridades municipales y locales y entrevistas semi-estructuradas en profundidad a un número de mujeres con experiencias destacables.

En base a los objetivos de estudio, se ha procedido a elaborar el contenido de las encuestas individuales,⁸ tanto para las inundaciones como para sequías. Éstas fueron ajustadas tanto en lenguaje como en contenidos en cada taller de capacitación de las encuestadoras, según su conocimiento y experiencia en cada contexto. Los cuestionarios individuales comprenden las siguientes áreas temáticas, tituladas secciones:

SECCIÓN 1: ANTECEDENTES DE LA ENCUESTADA

SECCIÓN 2: SITUACIÓN DE EMERGENCIA

SECCIÓN 3: MATERNIDAD SEGURA

8 Ver Boleta en Anexo 3.

SECCIÓN 4: PLANIFICACIÓN FAMILIAR

SECCIÓN 5: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR)

SECCIÓN 6: COMUNICACIÓN Y CAPACITACIÓN EN SSR

SECCIÓN 7: VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (Basado en la encuesta de la OMS sobre VBG)

SECCIÓN 8: ESTRUCTURA FAMILIAR Y EL ESTADO CIVIL

Las entrevistas estructuradas fueron dirigidas a autoridades municipales, defensoría de derechos humanos y los centros de salud. En el departamento del Beni, el Director del Centro de Operaciones de Emergencias (COE) fue también entrevistado. En cuanto a las entrevistas semi-estructuradas, se han utilizado temas relacionados a la SSR y VBG registrados en la encuesta individual, para registrar testimonios y experiencias de vida de las encuestadas con características particulares. Además, un manual elaborado específicamente para llevar adelante el trabajo de campo, proporcionó información necesaria sobre los fines y objetivos de la investigación, definiciones conceptuales, consideraciones éticas y descripción detallada sobre el procedimiento durante la recolección de datos.

Trabajo de campo: recolección de la información

Con el fin de validar las preguntas, se ha programado una prueba piloto, la cual se llevó a cabo en los albergues proveídos a los damnificados del deslizamiento de la ciudad de La Paz. El día sábado 30 de abril, en coordinación con la docente de Psicología Social de la UMSA, se invitó a participar a cuatro estudiantes mujeres para que apoyen en la encuesta piloto al estudio del CIDES-UMSA. Luego de una breve capacitación de las encuestadoras, se procedió al trabajo de validación del instrumento de investigación. Pese a las diferencias del tipo de desastre sufrido por la población encuestada, la validación sirvió para revisar algunas preguntas, los flujos de las mismas y, sobre todo, su redacción con el fin de facilitar la comprensión de la encuesta.

El trabajo definitivo de campo se realizó entre los meses de mayo y junio de 2011. Previamente se contactaron a las decanas y directores de las facultades de enfermería, tanto en Trinidad como en Camiri para informar, pedir autorización e invitar a las alumnas mujeres de último año a participar en este estudio como encuestadoras. Además, otras autoridades locales y municipales fueron visitadas para informarles acerca del estudio y el trabajo de campo a llevarse a cabo en su región.

Luego de un taller de capacitación, se ha procedido a la selección de las encuestadoras y supervisoras para proceder al levantamiento de datos en cada contexto. El taller además de explicar los objetivos de estudio, el manejo del instrumento de recolección de información, prácticas individuales y grupales, enfatizaba consideraciones éticas y el llenado del consentimiento informado y otros cuidados necesarios para garantizar la mayor calidad posible por parte de las poblaciones estudiadas. Las supervisoras, además de acompañar y monitorear el trabajo de campo, revisaban cada día las boletas llenadas a fin de garantizar la buena calidad de la información recolectada. El coordinador del trabajo de campo estaba a cargo de las entrevistas institucionales. En total se han realizado 670 encuestas en ambos contextos.

Consideraciones éticas

Para el desarrollo de la investigación, se han enfatizado los siguientes aspectos: (i) Comunicación: las autoridades regionales y locales han sido informadas mediante correspondencia y también la visita previa del coordinador del trabajo de campo, para informar sobre los fines y propósitos de estudio y la población meta de la investigación. (ii) Consentimiento Informado: todas las mujeres participantes de 18-49 años han sido informadas de los propósitos del estudio, su carácter confidencial y la autonomía de las participantes. Antes de realizar la aplicación de los cuestionarios, como también de las entrevistas a profundidad, se utilizó un Consentimiento Informado, adecuado especialmente para los

casos de emergencias sea sequía o inundación. El consentimiento informado proporcionó la información necesaria sobre el estudio, los derechos de las encuestadas y, sobre todo, la absoluta libertad de las mujeres de participar y/o cancelar la encuesta en el momento que ellas sintiesen necesario. (iii) Absoluta Confidencialidad: una de las tareas importantes de las encuestadoras fue proveer un ambiente de privacidad y un clima de absoluta confidencialidad a cada una de las participantes, en espacios con acceso controlado.

Procesamiento de datos y elaboración del Plan de Análisis

Una vez registrada toda la información en una base de datos, se ha procedido a la revisión, depuración y validación de las respuestas, quedando un total de 643 boletas completas para el análisis final. Todas las respuestas abiertas han sido revisadas para la elaboración de categorías amplias que permitan el análisis de la información dispersa obtenida en las encuestas.

Basado en los objetivos de estudio, se ha elaborado el plan de análisis de los datos cuantitativos que ha sido modificado varias veces, según los resultados de procesamiento de la información.

La información cualitativa, tanto de las entrevistas a las autoridades como entrevistas a profundidad, fue revisada cuidadosamente para ser reflejada en el contenido de los capítulos de este estudio.

CAPÍTULO III

Beni: La inundación

Contexto socio-demográfico

El departamento de Beni se encuentra en el noreste del territorio boliviano, entre 10°, 20° y 16° de Latitud Sur y 62° y 68° de Longitud Oeste; con una extensión de 213.564 km² que ocupa 19 % del territorio nacional. Limita al norte con el departamento Pando y la República de Brasil, al este con Brasil, al sur con los departamentos de Santa Cruz y Cochabamba y al oeste con los departamentos de La Paz y Pando. Políticamente está dividido en 8 provincias y 19 municipios.⁹ La población total del departamento estimada para el 2010 es de 445.234 habitantes, 44% de los cuales son menores de 15 años.¹⁰

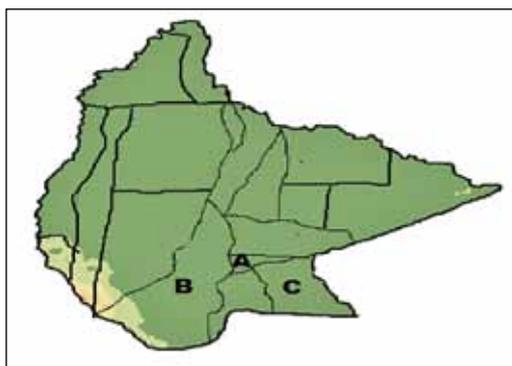
9 Atlas de salud 2006-2008 departamento de Beni, 2010: (páginas 6-8).

10 Proyecciones INE, 2010.

Mapa 1
Ubicación del departamento de Beni y los municipios del departamento del Beni que participaron en el estudio



A Trinidad B San Ignacio C San Andrés



Fuente: Elaboración propia.

El estudio se llevó a cabo en los tres municipios más afectados por las inundaciones del 2010, a saber, Trinidad, San Ignacio de Moxos y San Andrés. El siguiente cuadro nos permite tener una descripción comparativa de los tres municipios:

Cuadro 3
Indicadores socio-demográficos, económicos y de salud por municipios

Indicador	Trinidad	San Ignacio de Moxos	San Andrés
SOCIO-DEMOGRÁFICO			
Tasa Anual de Crecimiento	2,93	1,64	2,68
Población Total	79.963	20.496	10.595
Densidad Poblacional	45,5	0,8	1,1
Población Urbana	75.540 (94%)	8.893 (43%)	00
Población Rural	4.423 (6%)	12.750 (57%)	10.595 (100%)
Tasa Global de Fecundidad	3,9	7,4	7
Tasa de Mortalidad Infantil	53,60	64,07	62,77
Indicadores Sociales			
Cobertura de Parto Institucional	81,38	34,60	17,43
Promedio consultas prenatales por embarazada atendida	2,22	1,98	2,16
Índice de Salud del Municipio (ISM) ¹⁰	0,627095 (Medio)	0,540343 (Medio)	0,353740 (Bajo)
Índice compuesto de salud materno Infantil (ISIM-2008) ¹¹	-2,48	3,44	2,19
Tasa de Alfabetismo Hombres	97,36	88,28	90,28
Tasa de Alfabetismo Mujeres	93,70	77,09	82,72
Años Promedio de estudio Hombres	9,98	6,20	5,88
Años Promedio de estudio Mujeres	8,91	5,09	5,07
Población en Edad de Trabajar (PET)	58.617	13.346	6.834
Población Económicamente Activa (PEA)	30.335	7.246	3.786
Categoría			
Asalariados	16.042	2.915	1.395
Independiente con remuneración	10.957	3.162	1.742
Independiente sin remuneración	866	415	143
Población en Edad Escolar que trabaja	3.442	1.215	512
Número de Viviendas	16.417	3.552	2.126

Continúa en la siguiente página

-
- 11 El índice de Salud Municipal (ISM) puede tomar valores entre 0 (mínimo) y 1 (máximo).
- 12 El ISIM es un indicador compuesto o sintético que resume el estado de salud de madres y niños a partir de cinco indicadores previamente calculados (TGF, Tasa Mortalidad Infantil, Porcentaje de Partos en servicios de salud, Porcentaje de la desnutrición global en menores de 5 años, y esperanza de vida). Atlas de Salud, Bolivia. Ministerio de Salud, OPS, 2005.

Viene de la anterior página

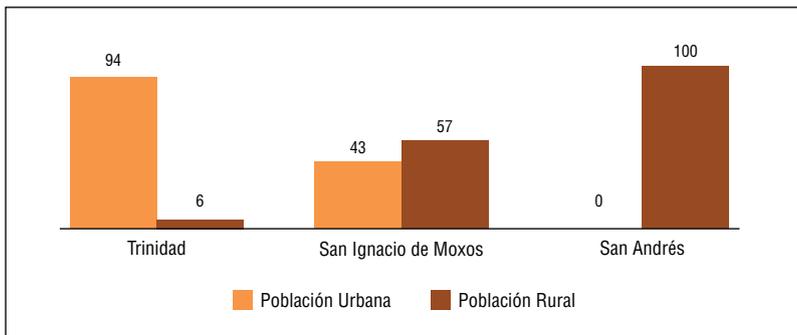
Indicador	Trinidad	San Ignacio de Moxos	San Andrés
Número de Hogares	15.588	3.227	1.949
Hacinamiento por habitación	2,89	3,15	3,36
Procedencia de agua para beber /cocinar por cañería en red	57,01	39,79	1,88
Combustible más usado para cocinar	Gas: 77,26	Leña: 86,64	Leña: 92,46
Cobertura de energía eléctrica	82,39	34,65	7,75
Población Pobre	44.029 (76%)	18.889 (66%)	10.074 (73%)
Población en Extrema Pobreza	13.841 (24%)	9.697 (34%)	3.784 (27%)

Fuente: Elaboración Propia con base en Ministerio de Salud, 2010.

Este cuadro compacto compara los indicadores socio-demográficos de salud, educación, empleo y condiciones de vivienda de los municipios que llevó a cabo el presente estudio. Respecto al municipio de Trinidad, hay que recordar que el estudio se llevó a cabo en los barrios más afectados por las inundaciones, en los cuales habita la población con mayor vulnerabilidad.

Trinidad es un municipio mayormente urbano, mientras que San Andrés es un municipio totalmente rural. San Ignacio registra una situación intermedia, donde cerca del 60% son residentes urbanos y el resto habitantes de áreas rurales.

Figura 1
Población urbana y rural por municipios



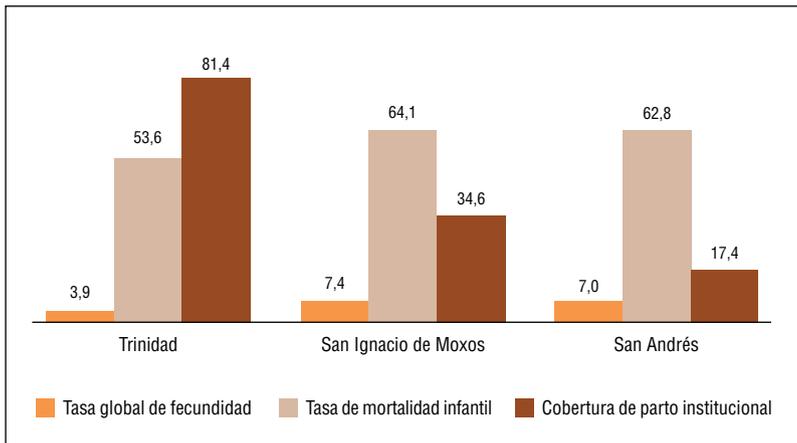
Fuente: Elaboración propia.

Existen grandes diferencias entre la Tasa Global de Fecundidad (TGF) de Trinidad (3,9) y los otros dos municipios que bordean el promedio de 7 hijos por mujer como su TGF.

En cuanto a la situación de la salud en los municipios:

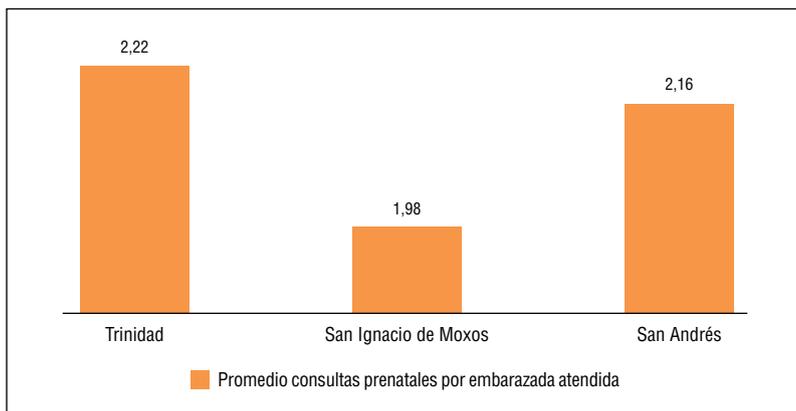
- El índice de salud municipal (ISM) reporta situación mediana, mientras que el Municipio de San Andrés registra una situación precaria.
- En la cobertura de parto institucional, el municipio de Trinidad reporta el nivel más elevado (81,38%), mientras el municipio de San Andrés el promedio más bajo (17,43%) y San Ignacio de Moxos un promedio medianamente bajo (34,60%).
- En cuanto a la mortalidad infantil, de nuevo la tasa más baja se registra en Trinidad (53,60%), seguida por San Andrés (62,77%) y San Ignacio de Moxos (64,07%).

Figura 2
TGF, mortalidad infantil y % Parto Institucional



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3
Control prenatal por municipios



Fuente: Elaboración propia.

El número de control prenatal registra un promedio bajo en los municipios de Trinidad (2,2), San Andrés (2,16) y San Ignacio de Moxos (1,98).

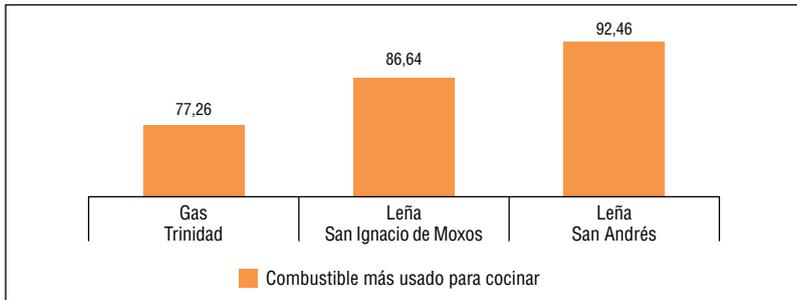
La tasa de alfabetismo demuestra diferencias entre hombres y mujeres y a la vez entre los municipios. Llama la atención la tasa de alfabetismo (tanto en hombres como en mujeres) de San Andrés, que siendo un municipio mayormente rural, registra mejores niveles de alfabetismo que San Ignacio de Moxos.

La actividad económica principal del municipio de Trinidad es comercio por mayor y menor (17%), mientras que en San Ignacio (49,63%) y San Andrés (68,63%) es agricultura-ganadería.

Las condiciones de vivienda reportan diferencias notables en cuanto a los servicios básicos en cada municipio:

- El nivel de hacinamiento en el municipio de Trinidad (2,89) es menor que San Ignacio de Moxos (3,15) y San Andrés (3,36).
- El combustible más utilizado para cocinar marca las desventajas de los municipios de San Andrés y San Ignacio de Moxos, que utilizan leña, frente al municipio de Trinidad que mayoritariamente usa gas (77,26%).

Figura 4
Combustible más usado para cocinar por municipio



Fuente: Elaboración propia.

- La cobertura de energía eléctrica de nuevo demuestra que las diferencias son notorias entre Trinidad (82,39%), San Ignacio de Moxos (34,65%) y especialmente San Andrés (7,75%).
- El suministro de agua por cañería es otro aspecto que marca diferencias entre los municipios de Trinidad (57,01%), San Ignacio de Moxos (39,79%), y finalmente San Andrés con cobertura mínima (2%) de la población.

Estos datos, aunque no están completos, permiten ponderar la complejidad en cuanto a la situación de los municipios. Se puede resaltar que la mayor vulnerabilidad se encuentra en el municipio de San Andrés, seguida por San Ignacio de Moxos y obviamente la mejor posición la ocupa el municipio de Trinidad. Estas características estructurales de los tres municipios marcan las vulnerabilidades y fragilidades ante una amenaza natural, e impactan a nivel municipio, su capacidad de mitigar, rehabilitar, reconstruir y reparar los daños causados por los desastres.

Emergencias en Beni

El departamento del Beni registra usualmente emergencias y desastres. Inundaciones frecuentes, incendios, sequías y deslizamientos

causan daños y pérdidas de bienes, ganados, actividades económicas y seres humanos, además de los daños medioambientales. Las inundaciones de 2006-2007 y en especial 2007-2008 han sido de gran magnitud con pérdidas significativas. A raíz de la masiva evacuación en todo el departamento, también enfrentaron problemas de dotación de ayuda alimentaria, distribución de agua y donaciones, instalación de carpas y atención sanitaria (PNUD, 2007: 16). El siguiente cuadro describe como el número de eventos adversos, sean causados por las inundaciones, incendios, sequías o deslizamientos, se ha aumentado notoriamente a partir del 2007.

Cuadro 4
Beni: Eventos adversos de origen natural
según municipio 2003-2009

Municipio	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 (p)
Trinidad	17	4	9	9	24	20	2
San Ignacio de Moxos	15	10	13	9	67	10	
San Andrés	6	21	33	17	27	2	

Fuente: INE (2011): Estadísticas de Medio Ambiente 2000-2009.

En 2010, aunque no con la misma intensidad, las inundaciones afectaron al departamento, en especial los tres municipios más impactados, a saber, Trinidad, San Ignacio de Moxos y San Andrés. El siguiente cuadro describe el grado de riesgo de estos municipios por diferentes fenómenos naturales. Llama la atención los niveles muy altos (San Ignacio y San Andrés) y alto (Trinidad) de riesgos por las inundaciones.

Cuadro 5
Amenazas, vulnerabilidades y riesgos por municipio

Municipio	Índice de riesgo por inundación	Índice de riesgo por sequía	Índice de riesgo por incendio	Índice de riesgo por helada	Índice de riesgo por deslizamiento
Trinidad	Alto	Bajo	Medio	Bajo	Bajo
San Ignacio de Moxos	Muy alto	Bajo	Muy Alto	Bajo	Bajo
San Andrés	Muy alto	Bajo	Muy alto	Bajo	Bajo

Fuente: Elaboración propia con base en VIDEICODI, OXFAM, NCCR North South, FUNDEPCO (2008): Atlas de amenazas, vulnerabilidades y riesgos de Bolivia.

Este estudio se llevó a cabo en los tres municipios con altos riesgos de la inundación, enfocando hacia las necesidades de la salud sexual reproductiva de las mujeres en las inundaciones de 2010.

Análisis de los resultados de la investigación

En este contexto socio-demográfico y los antecedentes de emergencias naturales, el presente capítulo, se enfocará en tres áreas temáticas: (i) El perfil general de las mujeres y los efectos generales de los desastres. (ii) La situación y necesidades de atención a SSR en las inundaciones, y las necesidades específicas del período del embarazo, parto y postparto; las necesidades de Planificación familiar; y finalmente. (iii) La situación de violencia experimentada por las mujeres en los contextos de emergencias.

Perfil general de las mujeres y el efecto de las emergencias naturales

Perfil general de las mujeres afectadas por los desastres

Las mujeres juegan un rol importante en su familia, velando por su seguridad, su salud, su protección y sobre todo su sobrevivencia en las situaciones de desastres, pese a que sus propias necesidades son desatendidas. En el decir de una mujer en la región de Magdalena de Colombia afectada por los desastres naturales: “casi nunca se piensa en las mujeres, las ayudas humanitarias son para todo el mundo menos para las mujeres... es raro que piense en que las mujeres deben ser protegidas...”.¹³ En este capítulo luego de describir el perfil de las entrevistadas, se analizará sus necesidades durante y después de los desastres naturales.

13 UNFPA-Corporación de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, CDPMM (S/F ~2009): Informe Técnico Final. Estrategia de atención humanitaria a la situación de emergencia invernal, con enfoque diferencial y de fortalecimiento de las redes de base en colaboración con socios locales en la región del Magdalena medio. Pg.17.

Para comenzar, se ha enfocado en la descripción de las características socio-demográficas y económicas de las mujeres entrevistadas. Es necesario aclarar que por consideraciones éticas y necesidad de obtención del consentimiento informado de los padres o tutores de las menores, este estudio solamente comprende mujeres entre 18 a 49 años.

Cuadro 6
Perfil general de las mujeres encuestadas del Beni

	Mujeres	Porcentaje
Total	264	100
Edad		
18-19	21	8,0
20-29	109	41,3
30-39	78	29,5
40-49	54	20,5
Ns/Nr	2	0,8
Nivel de Instrucción		
Ninguno	9	3,4
Primaria	135	51,1
Secundario	113	42,8
Técnico-Normal-Ed. Sup.	6	2,3
Ns/Nr	1	0,4
Condición de migración		
No migrante	189	71,6
Migrante antiguo (+5 años)	35	13,3
Migrante reciente (-5 años)	39	14,8
Ns/Nr	1	0,4
Grupo Étnico		
Aymara-Quechua-Otros	6	2,3
Ninguno	256	97,0
Guaraní	1	0,4
Ns/Nr	1	0,4
Idiomas Hablados		
Sólo Castellano	236	89,4
Castellano y/u otros	25	9,5
Castellano y guaraní	2	0,8

Continúa en la siguiente página

Viene de la anterior página

	Mujeres	Porcentaje
Número de Embarazos Totales		
Ninguno	7	2,7
1-3 Embarazos	123	46,6
4-5 Embarazos	64	24,2
+6 Embarazos	70	26,5
Número de Hijos Propios Vivos		
Ninguno	9	3,4
1-3 Hijos	143	54,2
4-5 Hijos	65	24,6
6 o +	47	17,8
Estado Civil		
Soltera	4	1,5
Concubina	190	72,0
Casada	57	21,6
Divorciada/Separada	7	2,6
Viuda	4	1,5
Ns/Nr	2	0,8
Jefatura del Hogar		
La Mujer	36	13,6
Esposo/Pareja	117	44,3
Ambos	104	39,4
Otra persona	5	1,9
Ns/Nr	2	0,8
Ocupación de la Mujer		
Cuenta propia	41	15,5
Trabajadora de Hogar	33	12,5
No trabaja-Labores de Hogar	152	57,6
Otros	37	14,0
Ns/Nr	1	0,4

Fuente: Elaboración propia.

La edad de las entrevistadas demuestra una población joven. Más del 45% reporta edades menores a 29 años y alrededor de 30% de las entrevistadas registra edades entre 30 y 39. En general, más del 70% de las entrevistadas es menor de 40 años.

Alrededor del 45% de las mujeres encuestadas ha terminado algún curso de la primaria y un porcentaje parecido (43%) ha terminado algún curso del nivel secundario.

Respecto a la condición migratoria, menos del 14% de las encuestadas es migrante reciente (- 5 años en residencia actual), ya que la mayoría (72%) no es migrante y 13% de las encuestadas en Beni es migrante antigua (+ 5 años en residencia actual).

El dato de condición migratoria se confirma aun más con el primer idioma y los idiomas hablados actualmente. La gran mayoría de las mujeres (97%) aprendió castellano como el primer idioma, y actualmente la totalidad de las entrevistadas declaró hablar sólo castellano (89,4%), o castellano y otro idioma (11%).

Aproximadamente la mitad de las mujeres ha tenido entre 1 y 3 embarazos (55%), mientras que alrededor de la cuarta parte de las entrevistadas ha reportado más de 6 embarazos (27%). Es importante recordar que la Tasa Global de la Fecundidad para el departamento de Beni es de 5,4¹⁴ hijos, superior al promedio nacional (4,4 hijos por mujer), con notable diferencia del área rural (7,3) y urbana (4,7).¹⁵ En relación al número de hijos vivos propios, más del 55% reporta entre 1 y 3 hijos.

El estado civil, registra datos no muy concordantes con los promedios departamentales (INE, 2002: 16). Alrededor del 23% es casada (30,71% promedio departamental) y 72% (24,78% promedio departamental) vive en concubinato.

La jefatura de hogar demuestra diferencias significativas. La co-jefatura es declarada por 39% de las entrevistadas. La jefatura exclusivamente femenina de hogar alcanza 14% en Beni. Estas distribuciones porcentuales llevan a que la jefatura exclusivamente masculina sea registrada en 44 % de los hogares encuestados.

La ocupación de la mujer es un indicador de la participación de ella en el mercado laboral salarial. La ocupación con mayor registro

14 Ministerio de Salud y Deportes/ SEDES-BENI/OPS (2010): Atlas de Salud 2006-2008 Departamento de Beni: página 42.

15 Ministerio de Salud y Deportes/ SEDES-BENI/OPS (2010): Atlas de Salud 2006-2008 Departamento de Beni: página 43.

(58%) es labores de casa, que según algunas de las entrevistadas ha sido reportada como “Labores de casa y no trabajo”. Las que declararon cuenta propia, incluyendo profesionales, independientes, y empleadora y/o socia, registran 16% de las encuestadas. Las trabajadoras del hogar reportan un bajo porcentaje (13%).

En síntesis, el perfil de las encuestadas apunta a una mujer joven con nivel de instrucción menor o igual a secundario, no migrante, hispano-parlante y con uno a tres hijos vivos actualmente.

Efectos de los desastres sobre las mujeres afectadas

Los desastres tienen diferentes consecuencias sobre la población afectada. Las inundaciones cambian dramáticamente la situación de las familias, ya que se trata de eventos con una profunda intensidad en un corto tiempo, lo cual expone a las familias a riesgos serios, y exige por lo menos su traslado a otras casas o albergues.

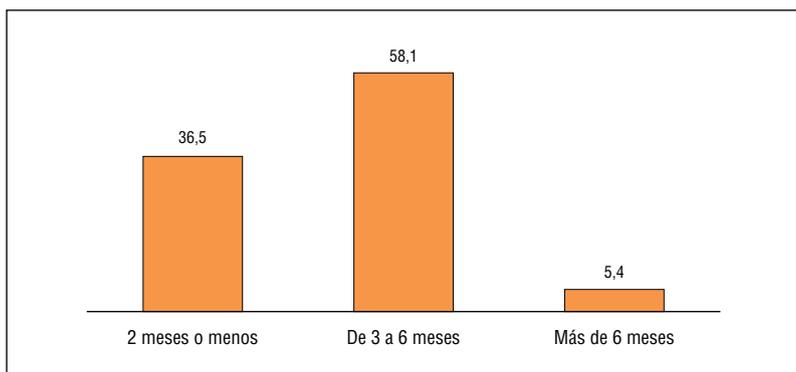
El desplazamiento es una de las principales consecuencias de las inundaciones. Más de la mitad de las mujeres en Beni (66%) ha debido trasladarse a albergues (37%) y/o a casa de familiares, vecinos u otros lugares (19%). El promedio de duración de desplazamiento en Beni es entre 3 a 6 meses.

Cuadro 7
Desplazamientos a causa de inundaciones en Beni

	Mujeres	Porcentaje
Total	264	100,0
No se Mudó	115	43,6
Mudó Familiares-Vecinos	36	13,6
Mudó Albergues-Refugios	97	36,7
Otros Lugares	15	5,7
Ns/Nr	1	0,4

Fuente: Elaboración propia.

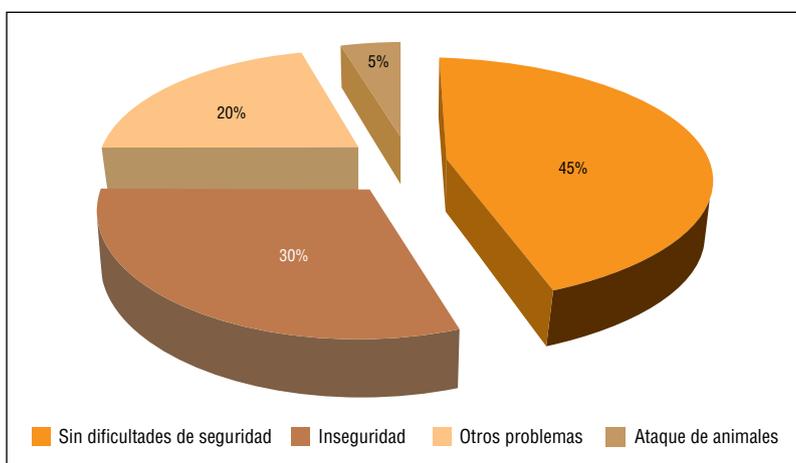
Figura 5
Duración de Desplazamiento por las inundaciones en Beni



Fuente: Elaboración propia.

Uno de los primeros desafíos de las familias desplazadas es la inseguridad. La inseguridad, comprendiendo robos y pérdidas de pertinencias es reportada por 30% de las mujeres encuestadas en Beni.

Figura 6
Dificultades durante el desplazamiento



Fuente: Elaboración propia.

Pero la inseguridad no es el único problema que afecta la situación de las mujeres. Las inundaciones causan y/o profundizan problemas de salud, escasez de alimentos y agua, y desafíos económicos, todos los cuales afectan la salud de la mujer y su familia.

En Beni, las inundaciones del 2010 han afectado la salud de la mayoría de las entrevistadas (61%). Por otro lado, los desafíos económicos generados por los desastres también tienen su efecto en la salud de las familias (63%). La falta de medicamentos es otro factor que afecta la situación de las mujeres en Beni (47%). La falta de alimentos producidos en la zona todavía agrava más la salud de las familias (75%). En general, la salud de la mujer es afectada por estas causas y no siempre recibe la atención oportuna.

Cuadro 8
Efectos de la inundación sobre la salud de las Mujeres

	Mujeres	Porcentaje
Total	264	100,0
Ninguno	1	0,4
Aspectos de salud	162	61,4
Económica	165	62,5
Forma de vivir, cambios	63	23,9
Falta de medicamentos básicos	124	47
Escasez de alimentos que produce la zona	197	74,6
Otros problemas	7	2,7

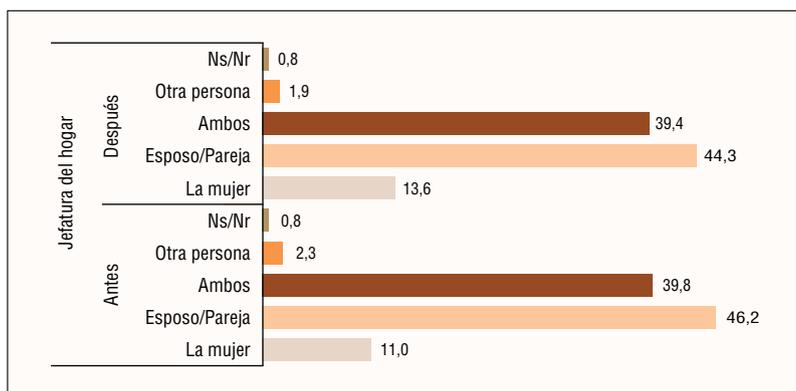
Fuente: Elaboración propia.

Pese a todos estos cambios, las inundaciones no han tenido mayor efecto en la estructura familiar. La gran mayoría de las mujeres vivía con su pareja antes (96%) y después (92%) de las inundaciones del 2010.

Otra de las características demográficas de las entrevistadas que permanece invariable es el estado civil. El estado civil de las entrevistadas no experimenta cambios significativos por las inundaciones. El concubinato registró niveles similares (76% a 72%).

El porcentaje de casadas se mantiene igual antes y después de la inundación (21%). La jefatura del hogar, sin embargo, experimenta algunas modificaciones. La jefatura femenina del hogar reporta un leve ascenso (11 a 14%), en desmedro de la jefatura masculina (46 a 44%).

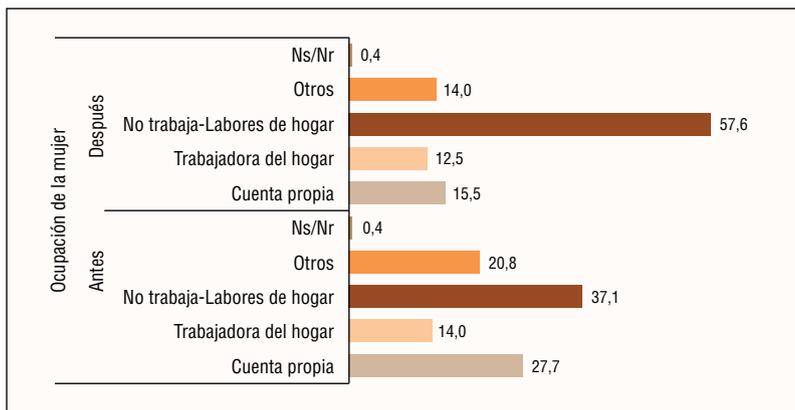
Figura 7
Efecto de los desastres sobre la jefatura de hogar en Beni



Fuente: Elaboración propia.

La ocupación de la mujer es afectada por las inundaciones. Los resultados del presente estudio demuestran cómo el porcentaje de mujeres ocupadas exclusivamente en labores de casa incrementa luego de las inundaciones de 2010 (37 a 58%). La categoría de profesionales y cuenta propia sufrió el mayor impacto (28% a 16%). Posiblemente su fuente de trabajo se vio afectada por las inundaciones, a la vez porque las emergencias y su consecuente desplazamiento aumentan las responsabilidades de la mujer para con su familia.

Figura 8
Efecto de los desastres sobre la ocupación de las mujeres en Beni



Fuente: Elaboración propia.

Las inundaciones afectan algunos aspectos y dejan invariables otros. Las mujeres y sus familias se ven obligados a abandonar sus hogares y mudarse a la casa de familiares, vecinos y en muchos casos a los albergues. El desplazamiento de por sí exige cambio de las normas y ritmo de la vida familiar y sobre todo exige a las mujeres proteger a sus hijos y personas mayores de la familia de los problemas de inseguridad. Estas nuevas responsabilidades y tareas muchas veces demandan que las mujeres sólo se ocupen de labores de hogar, dejando su trabajo. En las inundaciones del año 2010, la estructura de la familia no se vio afectada, aunque ha habido cambios leves en la jefatura de los hogares afectados.

Si bien las mujeres tienen que proteger y proveer alimentos, agua, salud y refugio para todos los miembros de su familia, ellas mismas también enfrentan problemas de salud, en especial SSR, o tal vez estén atravesando periodos de embarazo, parto y postparto que demandan cuidado especial. En los siguientes incisos se analizarán los desafíos de salud que en particular las mujeres han enfrentado durante y después de las inundaciones del 2010.

Necesidades de salud sexual reproductiva en situaciones de emergencias naturales

Perfil de las mujeres con embarazo, parto y postparto

Generalmente, las mujeres requieren de atención especial durante la gestación, parto y postparto o lactancia. Este requerimiento se torna aun más crucial si la mujer está en una situación de emergencia natural. Alrededor de 37% de mujeres entrevistadas en el Beni estuvo embarazada, teniendo un parto, atravesando el período postparto o alguna combinación de las tres fases de la experiencia reproductiva, durante las inundaciones de 2010. Aunque el perfil de las entrevistadas en general fue objeto de estudio, es importante tener una mirada más enfocada hacia este subgrupo de mujeres con necesidades especiales en emergencias naturales.

Como es de esperar, las mujeres jóvenes constituyen la proporción significativa de las entrevistadas con reportes de embarazo, parto y postparto. La mayoría (68%) de estas mujeres reporta edades menores a los 30 años y tan sólo 26% de ellas son menores de 39 años de edad.

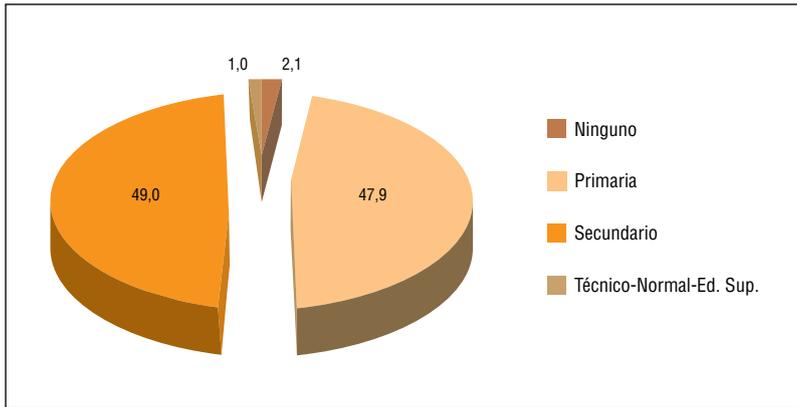
Cuadro 9
Edad de las mujeres con embarazo-parto-postparto

	Mujeres	Porcentaje
Total	96	100,0
Edad		
18-19	11	11,46
20-29	54	56,25
30-39	25	26,04
40-49	5	5,21
Ns/Nr	1	1,04

Fuente: Elaboración propia.

El nivel de instrucción de estas madres oscila entre primaria y secundaria. Estos datos son ligeramente diferentes del perfil general de las mujeres entrevistadas.

Figura 9
Nivel de instrucción de las mujeres con embarazo-parto-postparto



Fuente: Elaboración propia.

La totalidad de estas madres aprendió castellano como primer idioma, pese a su condición migratoria. Alrededor de 23% de ellas es migrante reciente con menos de cinco años de residencia en los municipios donde se llevó a cabo el estudio.

Cuadro 10
Condición de migración de mujeres con embarazo-parto-postparto

	Mujeres	Porcentaje
Total	96	100
No migrante	68	70,83
Migrante antiguo (+5 años)	6	6,25
Migrante reciente (-5 años)	22	22,92
40-49	5	5,21
Ns/Nr	1	1,04

Fuente: Elaboración propia.

Más de la mitad de ellas, reportan haber tenido hasta tres embarazos anteriores al presente. Sin embargo, es importante resaltar que 20% de ellas ha tenido seis o más embarazos anteriores al presente embarazo.

Cuadro 11
Número total de embarazos de las mujeres con embarazo-parto-postparto

	Mujeres	Porcentaje
Total	96	100
Ninguno	1	1,04
1-3 Embarazos	50	52,08
4-5 Embarazos	26	27,08
6+ Embarazos	19	19,79

Fuente: Elaboración propia.

La ocupación de la mujer es una pregunta compleja. Muchas mujeres declaran no trabajar, pero en realidad ella siempre trabaja en labores de la casa, lo cual no es considerado como un trabajo porque no perciben ingreso. Por esta razón, la categoría de ‘no trabajo’ se ha unido a la categoría de ‘labores de la casa’, y así más del 60% de estas madres reporta como ocupación principal labores de casa.

Cuadro 12
Ocupación de las mujeres con embarazo-parto-postparto

	Mujeres	Porcentaje
Total	96	100
Cuenta propia	13	13,54
Trabajadora de Hogar	9	9,38
No trabaja-Labores de Hogar	59	61,46
Otros	15	15,63

Fuente: Elaboración propia.

En general, el perfil de estas mujeres es mayormente entre edades de 20 a 29 años, no migrantes, ocupadas en labores de la casa, con un nivel de instrucción primaria y secundaria, hispano-parlantes, con hasta tres embarazos anteriores al presente. Los problemas y desafíos en las etapas de gestación fueron reportados por las mujeres, teniendo que buscar soluciones pese a las inclemencias causadas por las inundaciones.

Necesidades de las mujeres con el embarazo-parto-postparto en las inundaciones de 2010

Durante las inundaciones del 2010, alrededor de 65% de las embarazadas (de un total 77 casos), reportó algún problema de consideración como fiebre, pérdida de líquido, dolores, calambres o sangrado. Pese a los problemas de acceso por mal estado de caminos o transporte (expresado por 32%), más de 70% de ellas acudió a los servicios de salud. Sin embargo, la calidad de servicios de salud no era satisfactoria para un tercio de las entrevistadas en los municipios donde se ha llevado a cabo la investigación.

“Yo no podía ver por dónde iba caminando, todo lo que veía era agua, cuando sentí que metí el pie en un hueco y caí de nalga, resbalándome un poco, no le di mucha importancia, en la noche me fijó cuando me fui a bañarme y estaba sangrando pero no sentía dolores, ya cuando estaba durmiendo sentí un fuerte dolor y me di cuenta que había sangrado harto, mi cama estaba toda manchada, quise pararme y no pude, le hablé a mi mamá rápidamente, ella salió a buscar ayuda, y como es mayor se tardó, fue difícil encontrar quien me lleve al hospital porque la posta no atiende de noche, me tardé al llegar al hospital más o menos unas dos horas, desde que me levanté y me vi manchada, cuando llegué al hospital me metieron directamente a emergencia y allá me hicieron cesárea, lo sacaron a mi bebé con vida, pero no pudo resistir y murió en el transcurso de ese día, cuando me dieron de alta me fui otra vez a mi casa, después de que me dieron de alta estuve unos días y me dio hemorragia no sé por qué y me fui rápidamente al hospital porque era de día, me colocaron sangre estuve varios días y el médico me dijo que me cuide”. (27 años-Beni).

Los problemas identificados en estos centros de salud, tienen que ver con largas esperas, no disponibilidad de personal, personal sin experiencia, trato poco amable, falta de medicina, sangre, instrumentos y camas, cuales afectan seriamente la calidad de atención en estos centros de salud.

La pobre calidad de servicios de salud identificada por las entrevistadas¹⁶ es compartida por el personal de salud. La enfermera del Centro de Salud de San Andrés también menciona que el reto más grande es la falta del personal, ya que sólo contaban con el médico, el odontólogo y el auxiliar lo que limita sus posibilidades de ayuda y apoyo a los pacientes. Entonces, cuando ellas venían al centro de salud, se les daba alguna información, pero no se contaba con preparación especial para atender casos de emergencia. El medicamento es otro de los retos para atender y prevenir las enfermedades causadas por las inundaciones.

Respecto a las mujeres que dieron a luz durante las inundaciones, no se puede obtener mayor información, ya que durante el período de las inundaciones del 2010, tan sólo 5 de las entrevistadas tuvieron su parto. La cantidad mínima de estos casos no permite hacer un análisis en detalle de sus necesidades.

“Cuando empezó la inundación me encontraba sola con mis 5 hijos y mi esposo se encontraba en el campo. Yo estaba desesperada, el agua cada día subía más y no sabía qué hacer. Mis hijos pequeños ni cómo me ayuden; no quise salir de mi casa, no había quién me ayude porque todos los vecinos estaban preocupados por sus casas y yo como pude, con mis hijas mayores construimos guarachas para dormir. El agua nos llegaba a media canilla, de la fuerza que hice se adelantó mi parto, y para completar era de noche, y no tenía plata. Las mandé a mis hijas de 11 y 9 años a buscar a mi vecina que era partera: ella había salido a las carpas y quedaba un poco lejos. Cada vez el dolor era más fuerte y ya estaba perdiendo líquido. Mi otro hijo hizo fuego y puso la caldera para tener agua caliente. Yo sólo le pedía a Dios que no me suceda nada malo y pueda salir de esa noche. De suerte la encontraron, llegaron a la hora y yo sentí que se tardaron hartísimo. Yo estaba muy débil y el parto se hizo largo, hasta que por fin nació. Yo no la escuché llorar y me asusté, pero todo salió bien aunque fue una noche distinta, la más larga que he pasado, mis hijos eran los más preocupados y casi no durmieron por acompañarme. Después que salió

16 Trinidad tuvo mayor cobertura en cuanto a los servicios de salud, por la presencia de las ONGs, UAB, y COE.

la placenta, la partera me dio unos mates y luego se fue y me dijo que si necesitaba algo que mande a llamarla. Mi marido llegó a la semana y yo ya estaba recuperada, había tomado pura hierbas, mates. Él llegó con plata y recién fui al hospital. Allí me sacaron análisis hasta para el sida, me dijo el médico para ver que todo esté bien. No creo que pase algo después si ya había pasado lo peor. (39 años-Beni)”.

Un total de 14 entrevistadas estuvo atravesando su período postparto y lactancia de sus bebés durante las inundaciones del 2010 en Beni. Alrededor de 64% de ellas ha experimentado algún síntoma como visión borrosa, presión arterial elevada, ataques/convulsiones, pérdida de conciencia, fiebre o calentura, infecciones en la matriz, flujo vaginal y/o mal olor/dolor o ardor al orinar. La mayoría de ellas (64%) acudió al Centro de Salud, pese a los problemas de acceso. El mal estado de las carreteras y el transporte son desafíos identificados tanto por las pacientes como por el personal de salud.

Pese a la presencia de las redes de salud, una de las limitaciones señaladas por los encargados en San Ignacio fue la dispersión de las comunidades y la falta de transporte que hace difícil llegar a las comunidades para atender a las mujeres. Además, las mujeres enfrentan otros desafíos serios en relación a su salud en las situaciones de emergencias naturales.

Necesidades de atención a los posibles síntomas de ITS

La falta de agua potable, el uso de aguas estancadas, la falta de higiene y otras carencias hacen que las mujeres estén expuestas a mayor riesgo y elevada vulnerabilidad en relación a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en situaciones de emergencias naturales. Las carencias descritas hacen mayor referencia a un conjunto de problemas de salud como alergias de la piel, infecciones, problemas intestinales, pero también ITS que pueden estar encubiertas.

Es obvio que la detección de las ITS requiere de exámenes de laboratorio. Sin embargo, para fines solamente indicativos, se ha preguntado a las entrevistadas sobre los posibles síntomas de ITS durante las inundaciones del 2010. Entre los síntomas más frecuentes figuran las infecciones vaginales, picazón y problemas al orinar.

Cuadro 13
Posibles síntomas de ITS entre las entrevistadas en Beni

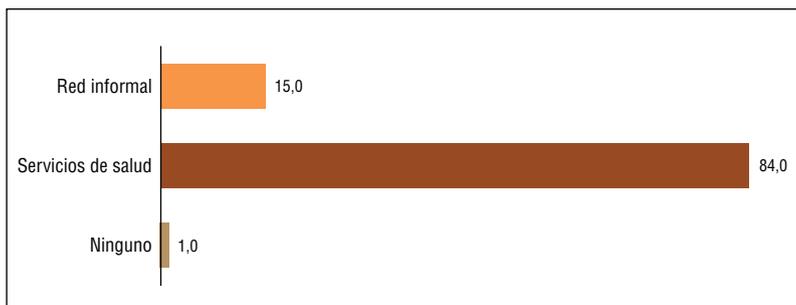
	Mujeres	Porcentaje
Total	264	100
Ninguno	164	62,1
Infecciones vaginales	49	18,6
Ronchas	13	4,9
Flujo	9	3,4
Llagas	1	0,4
Picazón	40	15,2
Problemas al orinar	23	8,7
Otro	3	1,1

Fuente: Elaboración propia.

La enfermera del Centro de Salud de San Andrés también confirmó que las infecciones urinarias, vaginales y las infecciones en la piel han sido las causas comunes entre las mujeres que acudieron a los centros de salud.

Un porcentaje significativo (84%) de las entrevistadas visitó a los centros de salud para recibir atención institucionalizada. Sin embargo, alrededor de 15% de ellas, habiendo detectado uno o más de síntomas de ITS, acudió a las redes informales como amigos, vecinos, familiares, esposo o se atendió a sí misma.

Figura 10
Acceso a los servicios de salud para atención de ITS



Fuente: Elaboración propia.

Necesidades respecto al uso de los métodos de planificación familiar

La falta de acceso a los métodos de planificación familiar en situaciones de emergencia puede llevar a las mujeres a enfrentar embarazos no deseados y posiblemente a soluciones como aborto, otra de las amenazas que las mujeres deben enfrentar. Entre las estrategias de respuesta a la emergencia, en los primeros días y semanas se enfocan en proveer agua, alimentos y refugio, pero no se considera este aspecto importante para la vida reproductiva de la mujer.

En general, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos (modernos o tradicionales) es considerable (59%), similar al promedio departamental (60,3%).¹⁷ Sin embargo, las inundaciones incrementan el nivel de no-uso de métodos de planificación familiar (41% a 47%), identificando las necesidades no satisfechas.

17 INE-Ministerio de Salud (2009): ENDSA 2008 (página 78).

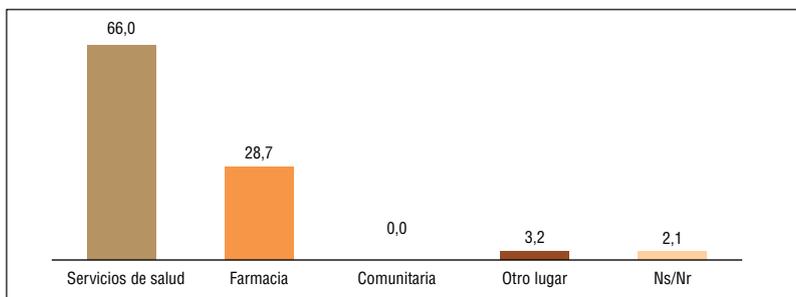
Cuadro 14
Uso de métodos de planificación familiar en Beni

	Mujeres	Porcentaje
Total	264	100,0
Antes de la emergencia	13	13,54
No usa	108	40,9
Usa modernos	119	45,1
Usa tradicionales	34	12,9
Después de la emergencia		
No usa	123	46,6
Usa modernos	94	35,6
Usa tradicionales	43	16,3
Usa pero no especifica cuál	2	0,8

Fuente: Elaboración propia.

Comparando con el período anterior al desastre, el uso de métodos modernos disminuye en un 10% después de la inundación (de 45,08% a 35,61%). Este cambio marca las necesidades no satisfechas de las mujeres encuestadas, en relación al uso de métodos modernos de planificación familiar en períodos posteriores a las inundaciones. Si bien los métodos de anticoncepción moderna están disponibles en los Centros de Salud y las farmacias, algunas de las entrevistadas tuvieron dificultades de acceder a estos servicios durante las inundaciones del 2010.

Figura 11
Lugares de acceso para métodos de anticoncepción modernos



Fuente: Elaboración propia.

Los principales problemas para usuarias de métodos modernos han sido el transporte, difícil acceso a los centros de provisión o desafíos económicos causados por el desastre. Estos factores imposibilitan el acceso y uso de los métodos modernos de anti-concepción.

Cuadro 15
Beni: Dificultades para conseguir métodos modernos

	Mujeres	Porcentaje
Total	94	100,0
Ninguna (consiguió)	60	63,8
Transporte, acceso	13	13,8
No tenía dinero	14	14,9
Otra razón	2	2,1
Ns/Nr	5	5,3

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de aquellas mujeres que no usa métodos modernos de planificación reportó la falta de información sobre el método, el lugar de oferta y la falta de disponibilidad del método como motivos de no-uso, tanto durante como después de la inundación del 2010.

Cuadro 16
Beni: Principal razón de no-uso de método moderno

	Mujeres	Porcentaje
Total	170	100,0
No conoce	30	17,7
Oposición de marido	22	12,9
Desea embarazarse	12	7,1
Falta de acceso, disponibilidad, información	98	57,7
Ns/Nr	8	4,7

Fuente: Elaboración propia.

Estos motivos son indicativos de la necesidad de campañas de comunicación y capacitación a nivel comunitario.

Necesidad de enfrentar la alarmante violencia basada en género durante y después de los desastres

La violencia contra la mujer sucede mayormente en el espacio donde menos se espera, en el seno del hogar y ejercido por el ‘ser amado’. La violencia contra la mujer no sólo vulnera sus derechos humanos fundamentales, sino también contribuye a la mala salud de las mujeres (OMS, 2005). Visibilizarla es crucial tanto para la salud de la víctima como también para el bienestar de sus hijos, que presencian la cruda agresividad contra su madre a lo largo de su niñez.

La violencia contra la mujer es general y en contextos de emergencia es alarmante. Alrededor de 66% de las entrevistadas ha reportado haber experimentado algún tipo de violencia por parte de su pareja¹⁸ durante y después de las inundaciones del 2010, superando el promedio departamental (45,3%) según datos del ENDSA-2008.¹⁹ La casi generalidad de la experiencia de violencia hace que las características socio-demográficas de las víctimas sea muy similar al perfil de todas las entrevistadas. Es importante notar que este indicador comprende violencia verbal, emocional, física, o sexual.

Cuadro 17
Beni: Presencia de la violencia contra la mujer

	Mujeres	Porcentaje
Total	264	100
Ningún tipo de violencia	90	34,1
Violencia general por parte de pareja	174	65,9

Fuente: Elaboración propia.

Generalmente, la presencia de un tipo de violencia conlleva al ejercicio de otros tipos de violencia. La violencia verbal propicia el

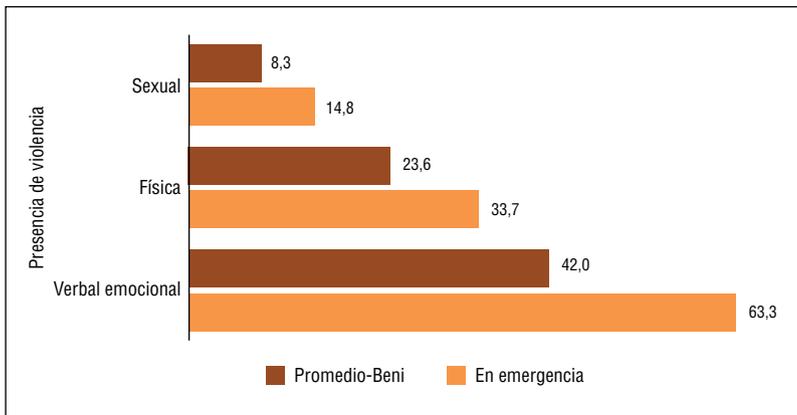
-
- 18 Pese a que la boleta contenía preguntas respecto a la violencia de otra persona además de la pareja, el reducido número de casos (7 de violencia física y 2 de violencia sexual) no permite análisis de este tipo de violencia.
- 19 Cuadro 12.4.1. Tipos de violencia hacia las mujeres por tipo de persona (p. 305)

ambiente para el ejercicio de otros tipos de violencia, sea emocional, física o sexual. Esto hace ver que estos porcentajes tan elevados de violencia en el ámbito familiar no solamente reflejan un tipo de violencia, sino posiblemente la combinación de varios tipos de agresión.

Violencia verbal o emocional

La agresión verbal o emocional es una de las violencias más comunes entre las parejas. Los datos de la encuesta registran que 63% (promedio departamental 42%)²⁰ de las mujeres en Beni ha experimentado algún tipo de violencia verbal o emocional como insultos, humillaciones, actos atemorizantes, gritos, romper objetos, amenazas de lastimar a ella o un ser querido o amenaza de quitarle sus hijos.

Figura 12
Beni: Comparación de tipos de violencia contra mujeres



Fuente: Elaboración propia.

La encuesta indagó sobre los diferentes matices de la violencia verbal o emocional durante y después de la emergencia natural:

20 ENDSA 2008: cuadro 12.4.1 Tipos de violencia hacia las mujeres por tipo de persona (página 305).

- El porcentaje de las mujeres entrevistadas en Beni que reportaron haber sido objeto de insultos o expresiones hirientes una o varias veces alcanza el 52%.
- La experiencia de haber sido denigrada o humillada una o más de una vez ha sido confirmada por 48% de las encuestadas.
- Alrededor de 40% de las entrevistadas en Beni recibió amenazas personales y/o contra alguien importante para ellas por parte de sus parejas. Las amenazas de quitarles los hijos fue experimentada también por 20% de las mujeres entrevistadas.

Aunque parezca controversial, se debe registrar que los estudios cualitativos demuestran de forma sistemática que para las víctimas, el maltrato psíquico es más devastador que la violencia física (OMS, 2005). En este contexto, la elevada proporción de mujeres que reportan violencia verbal y emocional es alarmante.

Violencia física

La experiencia de violencia física ejercida por parte de la pareja está presente en la vida de 36% (promedio departamental 23,6%²¹) de las entrevistadas en situaciones de emergencia. La presencia de algún tipo de violencia física se manifiesta en diferentes matices, sean éstas pegar o lanzar algo para lastimar a la mujer, empujar o jalar su cabello, golpear con puñetes u objetos, patear o arrastrar, asfixiar o quemar a la mujer, amenazar o usar pistola contra ella o sus seres queridos.

El estudio sondeó sobre la experiencia de diferentes tipos de violencia física experimentada por las entrevistadas durante y después de la emergencia natural:

- El 25% de las entrevistadas en Beni reportó haber sido golpeada o que su pareja le lanzó algún objeto para lastimarla en una o más ocasiones.

21 ENDSA 2008: cuadro 12.4.1 Tipos de violencia hacia las mujeres por tipo de persona (página 305).

- Un porcentaje similar (21%) fue objeto de empujones, aventeo o jalado del cabello en una o más ocasiones.
- De igual manera, el 17% reportó haber sido golpeada con puñetes o algún otro objeto por parte de su pareja en una o varias ocasiones.
- El 9% de las entrevistadas experimentó episodios de patadas o ser arrastradas por su pareja en una o más ocasiones.
- La amenaza con armas de parte de la pareja ha sido reportada por 4% de las mujeres.

Pese a estas experiencias tan violentas, 57% de entrevistadas nunca se ha defendido ante los episodios de violencia física.

Cuadro 18
Beni: Reacción contra la violencia física

	Mujeres	Porcentaje
Total	264	100,0
Una sola vez	28	10,6
Más de una vez	51	19,3
Nunca	150	56,8
Ns/Nr	35	13,3

Fuente: Elaboración propia.

Este indicador puede ser una manifestación de las creencias que a veces pasan de generación en generación. Para muchas mujeres es aceptable golpear a la mujer; asimismo, otras expresiones de agresiones físicas por parte de la pareja son normales. Además, existen patrones culturales que muchas veces engendran una actitud sumisa y de no defensa por parte de la mujer. Esta es una dimensión de VBG que amerita ser investigada a profundidad. En el decir de una mujer entrevistada en Bangladesh (OMS, 2005): “Mi marido me pega, me obliga a tener relaciones sexuales con él y tengo que aceptarlo. Antes de esta entrevista ni siquiera había reflexionado sobre ello. Pensaba que era natural, que se trataba del comportamiento normal de un marido”.

Violencia Sexual

El 15% de las mujeres entrevistadas reportó haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja durante y después de las inundaciones. El promedio departamental de la violencia sexual es del orden de 8,3%²² de las mujeres. Sin duda, cada tipo de violencia deja marcas profundas en las víctimas. Las consecuencias de este tipo de violencia no recae solamente en la salud mental y física de la mujer, sino también en sus hijos, que desde temprana edad van creciendo presenciando la agresión sobre su madre.

“Peor fue cuando se inundó nuestra casa, él estaba más enojado porque el chaco se inundó completo y acá en el pueblo no hay mucho trabajo en esa época, me pegaba de todo no le podía ni hablar; se salía a tomar y no llegaba a dormir. Yo le tenía miedo, estuvimos a punto de separarnos. Fue cuando la gente me contó que estaba encholau (con una amante) y él no me dejaba salir, por eso no me había enterado. Peor con todo lleno de agua, mis cosas al descubierto porque construimos guaracha, yo ya ni hablaba casi para no jochiarlo y que no me pegue” (19 años-Beni).

Efecto del alcohol en los diferentes tipos de violencia

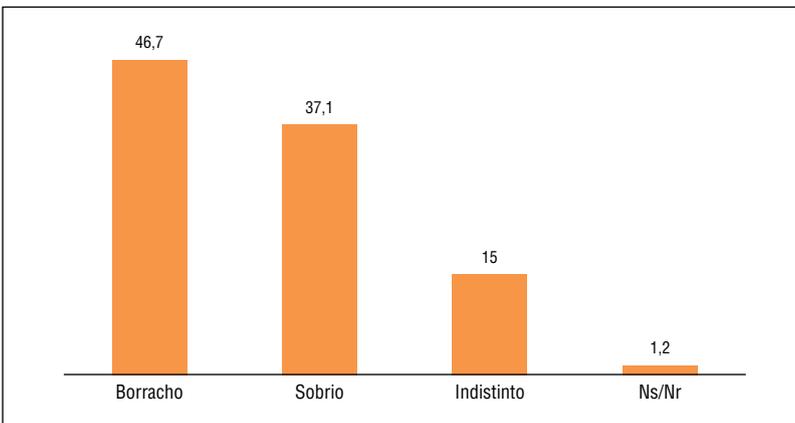
La asociación del alcohol y la violencia no es una de causalidad. No se puede afirmar que las bebidas alcohólicas son la causa de la violencia. La violencia basada en género tiene raíces mucho más profundas y no puede ser explicada en ecuaciones simplistas.

22 ENDSA 2008: cuadro 12.4.1 Tipos de violencia hacia las mujeres por tipo de persona (página 305).

“Cuando llegó la inundación se hizo una pelea grandísima por que perdimos nuestro sembradío y él me echó la culpa porque yo no iba a ayudarle. Me pegó tanto ese día que con un ojo no podía ver, me lo dejó enterito morado. Y cuando empezó a entrar agua a la casa él no me ayudaba a alzar las cosas, porque decía que yo estoy tanto metida aquí y no hago nada, por lo menos la cosas debo de alzar, y decía que venía él cansado de trabajar. Yo me fui acostumbrando a todo esto, durante el tiempo de la inundación.” (26 años-Beni)

Sin embargo, los testimonios de las mujeres entrevistadas permiten observar que al menos en ocasiones el uso de bebidas alcohólicas es usado como excusa para ejercicio de cualquier tipo de violencia. En opinión de las mujeres entrevistadas en Beni (47%), los episodios de agresión verbal o emocional se presentan con mayor intensidad cuando su pareja esta borracho.

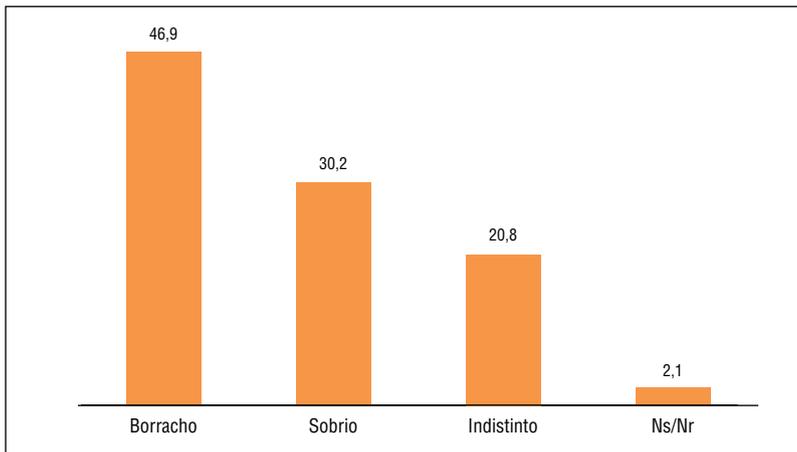
Figura 13
Beni: Efecto de alcohol sobre violencia verbal



Fuente: Elaboración propia.

“A mi marido siempre le ha gustado tomar; peor cuando va a trabajar en las embarcaciones. De allá llegaba a gritos empujando la puerta, botando todo, a mí me despertaba para que yo le haga comida a la hora que él llegue si no había, tenía que conseguirme, pero le haga o no comida igual me pegaba. Mis hijos no podían defenderme porque igual les pegaba, por eso prefería que me pegue a mí y no a ellos. A veces no comíamos para dejarle a él, yo me tenía que buscar de donde sea para la comida. Peor fue para la inundación porque él salía más seguido en las embarcaciones y yo tenía ya miedo cuando él llegaba. No podía dormir tranquila porque él me pegaba con lo que encontraba, sin importar lo que sea y traía menos plata porque todo se lo tomaba. Yo se las escondía sus botellas de trago pero igual conseguía para tomar; durante la inundación yo me escapé de mi casa con mis hijos, me fui a la casa de un familiar. El no supo donde me fui, yo ya no podía aguantar” (38 años-Beni).

Figura 14
Beni: Efecto de alcohol sobre violencia física

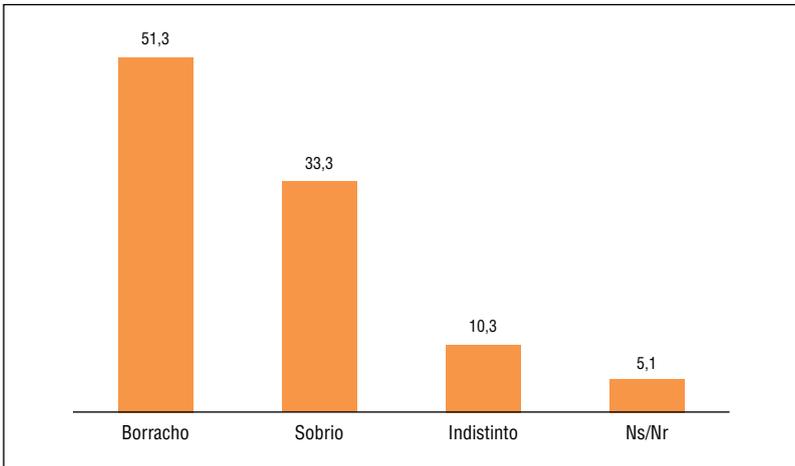


Fuente: Elaboración propia.

Los episodios de violencia física se intensifican cuando la pareja se encuentra en estado de ebriedad, según 47% de las

entrevistadas en Beni. Asimismo, los episodios de violencia sexual se presentan con mayor intensidad con influencia del alcohol, según 51% de las entrevistadas.

Figura 15
Beni: Efecto de alcohol sobre la violencia sexual



Fuente: Elaboración propia.

La Defensora de San Andrés afirma la situación de ebriedad de la pareja especialmente en las inundaciones:

“Como todo se inunda, los cultivos...etc; ellos se dedican a beber, toman en sus chacos y por eso se incrementan las peleas, la violencia, especialmente en contra de las mujeres y los niños, que son los más afectados. La violencia sexual también creo que se incrementa, porque hay violaciones. Se dan muchos casos y también embarazos en adolescentes, es muy común, hay muchos pícaros, ahora muchos de esos casos no se denuncian y pueden ser producto de estas agresiones, no se sabe”.

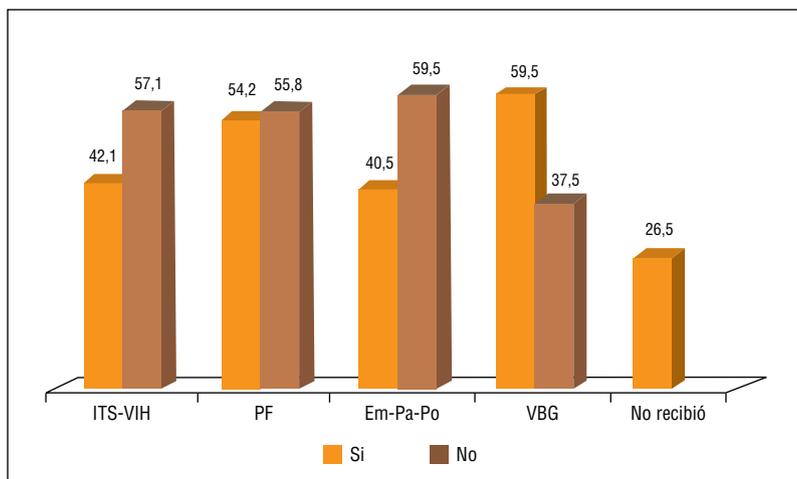
Es interesante notar que a medida que se incrementa la gravedad de la violencia (verbal a física, y a sexual), un porcentaje mayor de mujeres víctimas de los diferentes tipos de violencia menciona que los episodios de violencia se incrementan con el consumo de alcohol.

Necesidad de ofrecer información y capacitación respecto a la SSR y la VBG a las mujeres afectadas por los desastres

El problema de violencia contra mujeres es un reto que debe ser enfrentado por una combinación de medidas educativas, informativas, legales y psicológicas. Entre estas medidas, las campañas de información, comunicación y capacitación tanto a las mujeres como a los hombres en los contextos de emergencia natural resultan efectivas. Sin duda, las instituciones gubernamentales, las ONGs de Derechos Humanos y Derechos de las mujeres tienen que jugar un rol decisivo en las situaciones de emergencias naturales.

La gran mayoría de las entrevistadas no han recibido información y/o capacitación sobre temas que tiene que ver con su bienestar durante los desastres. Más de la mitad de ellas, no ha recibido información sobre problemas de embarazo, parto y postparto (60%), los métodos de planificación familiar (45%), ITS-VIH (58%). Estos datos resaltan la necesidad de las campañas de información y educación.

Figura 16
Beni: Necesidad de recibir información sobre SSR Y VBG



Fuente: Elaboración propia.

Además un 38% de las entrevistadas de Beni reportó no haber recibido ninguna orientación en relación a VBG durante o después del desastre acontecido en sus regiones. La necesidad de distribución de material audiovisual al respecto es más notoria, ya que la mayoría de ellas (56% en Beni) reportó no haber recibido ningún material audiovisual pertinente.

Cuadro 19
Beni: Necesidad de recibir información sobre VBG

	Mujeres	Porcentajes
Total	264	100,0
Información sobre la violencia basada en género		
Sí	157	59,5
No	99	37,5
Ns/Nr	8	3,0
Tríptico-Material Audiovisual sobre VBG		
Sí	112	42,4
No	149	56,4
Ns/Nr	3	1,1

Fuente: Elaboración propia.

Las autoridades de la red de Salud de San Ignacio de Moxos también confirmaron que no se ha llevado a cabo ninguna campaña de información, de educación ni tampoco se han distribuido cartillas o afiches relacionados a los temas de SSR y VBG. Alguna información fue transmitida por la televisión local, pero no se ha elaborado y difundido ninguna cuña educativa.

Respecto a la VBG, la defensora de San Ignacio de Moxos comenta que “es triste ver la situación de las mujeres, por la violencia que es generalizada en esta región”. No cuenta con documentos ni protocolos y tampoco cuenta con presupuesto. Pese a que en épocas de inundaciones aumenta la violencia contra las mujeres, no han podido organizar ninguna campaña o talleres para prevenir la violencia, ni han transmitido mensajes, cuñas y/o programas educativos dirigidos a las mujeres. Ni siquiera se cuenta con un juez o un fiscal para hacer cumplir la justicia.

La Defensora de San Andrés señala otra de las consecuencias de la falta de recursos y presupuesto que influye sobre todo en las actividades operativas como la necesidad de movilizarse, ir a visitar las comunidades y hacer seguimiento a los casos. Ella contó un caso grave reciente de febrero de 2011:

“Existe un caso en ..., los vecinos preguntaban dónde estaba la mujer (esposa), él les decía que ha ido a ..., donde sus familiares, pero nadie la vio, parecía raro. Unos campesinos encontraron a los 4 días o más el cuerpo que ya estaba en descomposición. Llamé desesperada (de mi celular) a la policía y dijeron que no podían llegar por falta de diesel. Entonces tuve que prestarme dinero para pagar su gasto de diesel. Llegó una comisión para ir a ver, pero llegó la policía y no tenían para combustible, tuve que prestar dinero, imagínese pues, en ese momento de desesperación, porque el hombre podía escapar. Por fin llegamos y después de dos horas, lo encontramos en su chaco. Estaba echado en su cama, escuchando radio, como si nada hubiera pasado. Cuando entramos, se sorprendió y tuvo que hablar, confesó que había sido accidente al comienzo, después dijo que por celos la mató. Los vecinos decían que esta pobre señora era constantemente agredida, dejó hijos huérfanos (3 niños, la mayor de 12 años). Después, de mi plata tuve que pagar para ataúd de la pobre mujer de veinte tantos años, para hacerle un velorio y después entierro. Tuve que buscar el número de sus padres y llamarles a... para avisarles a los pobres padres para que vengan al velorio y entierro. Ahora él está en la cárcel en..., pero ojalá no salga, porque pagan e igual salen. Los hijos estaban donde una señora, pero ahora fueron a... donde sus familiares”.

La falta de programas radiales con contenidos informativos y educativos para las mujeres en relación a la VBG es confirmado por el Director de Sistema de Alerta y Riesgo de COE-Beni. Reconoce que el machismo y la VBG son problemas fuertes en el oriente del país, y que el tema específico no ha sido parte de ayudas recibidas de diferentes agencias y las ONG's durante los últimos desastres.

Estos datos marcan una necesidad urgente respecto a las campañas de información y capacitación en relación a la VBG en situaciones de emergencia. Casi la totalidad de las mujeres encuestadas (97%) han declarado la necesidad de recibir información pertinente en situación de emergencias naturales.

Conclusiones

El objetivo principal de este estudio fue identificar las necesidades de SSR de las mujeres de 18 a 49 años en los contextos de emergencias naturales. En lo que se refiere a las necesidades de las mujeres encuestadas en Beni, se evidencia las siguientes necesidades:

- Las inundaciones exigen el desplazamiento de las familias de su hogar a albergues y/o casas de familiares y vecinos al menos hasta seis meses. En estos “hogares temporales”, las mujeres tienen necesidad de cuidar a sus hijos, familiares mayores y/o enfermos. Obviamente, estas mujeres despojadas de todos sus bienes necesitan contar con la ayuda humanitaria para poder sobrevivir el período necesario hasta que el nivel de aguas baje y puedan regresar a lo que quedó de su hogar.
- Las mujeres enfrentan varios desafíos en relación a su salud, un aspecto que tiene relación directa con la calidad de su vida. Por ejemplo, durante el embarazo, el parto y postparto tuvieron que enfrentar desafíos serios de salud. Pese a que acudieron a los servicios de salud, la calidad de atención en estos centros no era óptima, por las largas esperas, la no disponibilidad de personal, personal sin experiencia, poco amable, falta de medicina, sangre, instrumentos y camas. Esto demuestra la necesidad de mejorar no sólo el acceso a los servicios de salud, sino también mejorar la infraestructura, personal, y equipamiento de estos centros. Los mismos reclamos también fueron registrados por mujeres que acudieron a éstos, por síntomas de ITS.
- Por las inundaciones, el uso de métodos modernos de planificación familiar ha disminuido y las mujeres expresan falta de dinero para acceder a este servicio. Responder oportunamente esta necesidad previene los embarazos no deseados y posibles abortos.
- La presencia de todos los tipos de violencia, sea verbal-emocional, física o sexual, es alarmantemente elevada en el contexto de las inundaciones. Esta situación es una necesidad urgente que debe ser tratada por ser atentatorias a los derechos

humanos fundamentales y por sus efectos en la salud sexual reproductiva de las mujeres.

- La falta de campañas informativas y educativas, sea a través de talleres o medios masivos de comunicación es una necesidad sentida que tiene relación directa con la mejoría del acceso a los servicios de salud (especialmente en caso de SSR) y, sobretodo, prevenir y proteger a la mujer de exponerse a la violencia doméstica generalizada.

El análisis de los datos, información y testimonios de las mujeres en los tres diferentes municipios de Beni, donde se llevó a cabo el estudio, pone en evidencia que el tratamiento de los desastres no es 'neutro al género'. Los desastres azotan a todos en un municipio, pero tienen consecuencias diferentes para hombres que mujeres, sobre todo por el nivel de vulnerabilidades a las que están expuestas ellas.

Los desastres no pueden convertirse en un escenario más de violación de derechos humanos de las mujeres, especialmente en lo que se refiere a la salud sexual reproductiva y su derecho a no ser víctimas de violencias verbales, emocionales, físicas o sexuales. Estas emergencias pueden convertirse en oportunidades de cuestionar y cambiar las estructuras patriarcales en nuestras comunidades.



Foto 1. Área inundada en el departamento del Beni.

CAPÍTULO IV

Chaco: La sequía

Contexto socio-demográfico

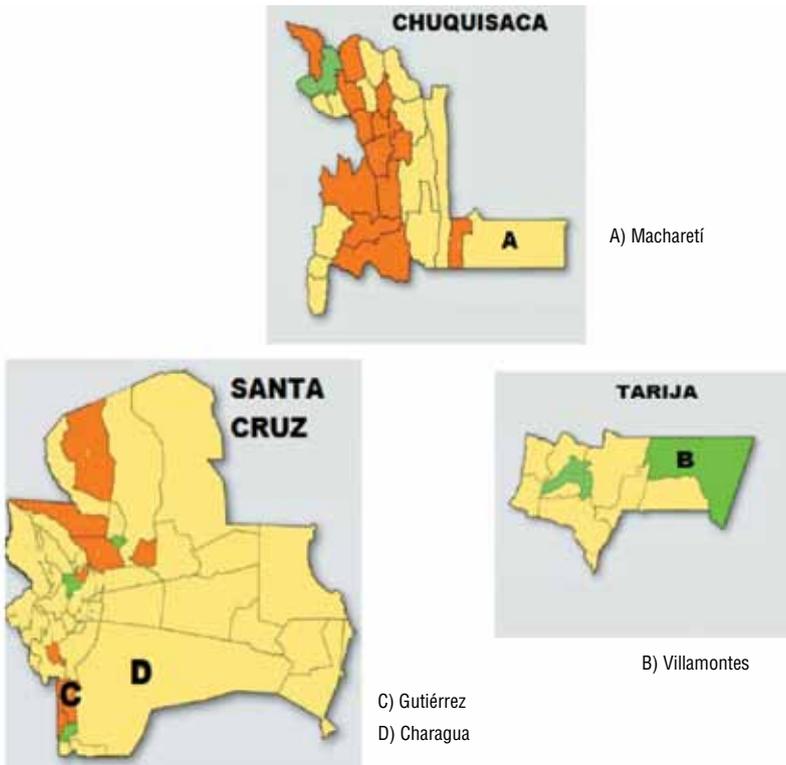
La macro-región del Chaco boliviano está ubicada al sudeste de Bolivia, con una extensión aproximada de 128.083 km², que ocupa el 12% del territorio nacional. Comprende las regiones oriental y sudoriental de los departamentos de Santa Cruz, con los municipios de Lagunillas, Charagua, Cabezas, Cuevo, Gutiérrez, Camiri y Boyuibe (provincia Cordillera); departamento de Chuquisaca con los municipios de Monteagudo, Huacareta (Provincia Hernando Siles), Villa Vaca Guzmán, Huacaya y Macharetí (provincia Luis Calvo); y el departamento de Tarija, con los municipios de Yacuíba, Caraparí, Villamontes (provincia Gran Chaco) y Entre Ríos (provincia O' Connor). De la extensión total del Chaco, la región cruceña ocupa 85.270 km² (66,6%), la región tarijeña ocupa 23.727 km² (18,5%) y la región chuquisaqueña 19.066 km² (14,9%).

La región del Chaco cuenta con una población total de 294.380 habitantes, de los cuales 43,2 % vive en área urbana y 56,8 % en área rural. La distribución poblacional por sexo es de 51,68% para hombres y 48,31% para mujeres. Del total de población, el chaco Tarijeño registra 135.657 habitantes que hacen un 46,1%; el chaco cruceño reporta 101.733 personas que representan el 34,6% y en la región chuquisaqueña habitan 56.990 que corresponde al 19,3%.²³

23 Estado Plurinacional de Bolivia/Ministerio de Desarrollo Rural y Tierras/ Proyecto de Alianzas rurales-PAR, "Resumen del Análisis Social y Plan de

Todos estos territorios constituyen la macro región del Chaco, donde se reflejan diferencias entre las comunidades, municipios y departamentos, pero también un conjunto fuerte de características comunes.

Mapa 2
Región del Chaco: Municipios seleccionados



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las características de la población, considerando el Chaco de los tres departamentos, en términos generales se observa que presentan una base amplia para los grupos etarios menores de 20 años, los cuales representan el 60% de la población.

Mapa 3
Región del Chaco



Fuente: Gamarra De Guardia, Alba. Diagnóstico Sobre Desarrollo Rural en el Chaco Boliviano.

El estudio se llevó a cabo en cuatro municipios afectados por las sequías del 2010, a saber Macharetí en Chuquisaca, Villamontes en Tarija, y Gutiérrez y Charagua en Santa Cruz. El siguiente cuadro nos permite contar con una descripción comparativa de los municipios en cuanto a sus indicadores socio-demográficos, sociales y de vivienda:

Cuadro 20
Indicadores socio-demográficos, económicos y de salud por municipios

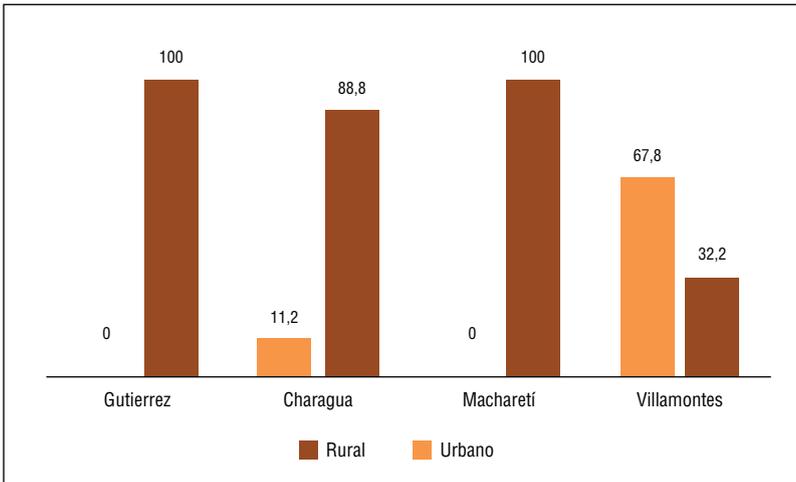
Socio Demográfica (INE 2005: Altas de Municipios)				
Indicador	Gutiérrez	Charagua	Machareti	Villamontes
Tasa Anual de Crecimiento inter-censal 1991-2001	1,59	2,85	2,89	2,10
Población Total	11.393	24.427	7.386	23.765
Densidad Poblacional	4,0	0,3	1,0	2,2
Población Urbana	0,00 (0 %)	2,737 (11,2%)	0,00 (0%)	16,113 (67,8 %)
Población Rural	11.393 (100%)	21.690 (88,8%)	7.386 (100 %)	7.652 (32,2%)
Tasa Global de Fecundidad	8,3	6,7	5,3	4,6
Tasa de Mortalidad Infantil	83,26	71,54	43,28	52,37
Indicadores Sociales				
Cobertura de Parto Institucional	47,71	76,26	56,43	58,48
Promedio consultas prenatales por embarazada atendida	2,26	2,44	3,47	3,49
Índice de Salud del Municipio (ISM)	0,455439	0,532106	0,588572	0,769565
Índice compuesto de salud materno Infantil (ISIM-2008)	0,318076 (Muy bajo)	0,509204 (Bajo)	0,629874 (Medio)	0,638862 (Medio)
Tasa de Alfabetismo Hombres	88,47	95,28	91,09	94,32
Tasa de Alfabetismo Mujeres	72,13	82,52	80,25	86,09
Años Promedio de estudio Hombres	5,83	6,41	5,87	7,54
Años Promedio de estudios Mujeres	4,28	4,73	4,64	6,47
Población Edad de Trabajar (PET)	6.945	15.652	5.146	17.166
Población Eco. Activa (PEA)	2.665	6.674	2.496	9.066
Número de Viviendas	2.260	4.573	1.672	5.418
Número de Hogares	1.989	4.062	1.503	5.061
Hacinamiento por habitación	4,10	3,25	2,73	2,51
Procedencia de agua para beber y cocinar por cañería en red	51,33	53,72	48,10	77,63
Combustible más usado para cocinar	93,61 (leña)	74,52 (leña)	86,23 (gas)	50,25 (gas)
Cobertura de energía eléctrica	10,51	24,13	22,89	63,45
Población Pobre	10.594 (63%)	19.622 (79%)	6.006 (75%)	12.137 (81%)
Población en Extrema pobreza	6.265 (37%)	5.089 (21%)	1.991 (25%)	2.795 (19%)

Fuente: Elaboración Propia basada en INE, 2005; Ministerio de Salud y Deportes, 2010²⁴.

- 24 [http:// www.ine.gob.bo/publicaciones/visorPdf.aspx?Codigo011003&tipo 1 \(Machareti\).](http://www.ine.gob.bo/publicaciones/visorPdf.aspx?Codigo011003&tipo1(Machareti))
[http:// www.ine.gob.bo/publicaciones/visorPdf.aspx?Codigo060303&tipo 1 \(Vilamontes\).](http://www.ine.gob.bo/publicaciones/visorPdf.aspx?Codigo060303&tipo1(Vilamontes))

Villamontes es un municipio principalmente urbano, mientras el resto de los municipios son totalmente rurales (Gutiérrez y Machare tí) y/o mayormente compuestos por las poblaciones rurales, como en el caso de Charagua (88,8%).

Figura 17
Población urbana y rural por municipios



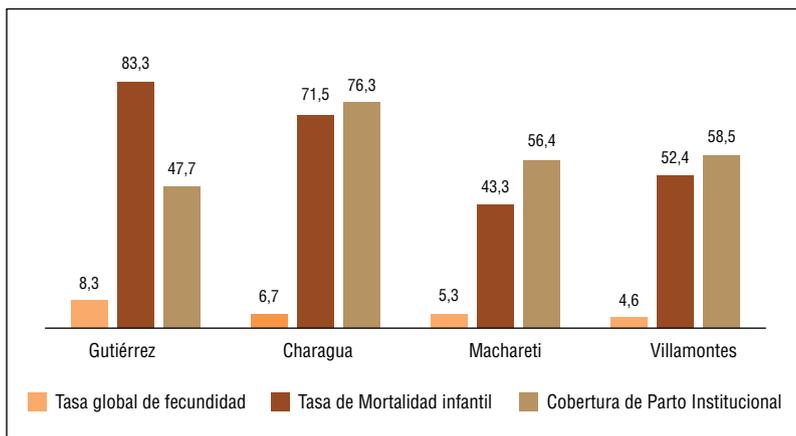
Fuente: Elaboración propia.

La TGF de Villamontes es la más baja (4,6), y el municipio Machareti reporta una TGF intermedia de 5,3 hijos por mujer, y los dos municipios de Santa Cruz reportan TGF (Gutiérrez 8,3, y Charagua 6,7) más elevadas.

<http://www.ine.gob.bo/publicaciones/visorPdf.aspx?Codigo070705&tipo1> (Gutiérrez).

<http://www.ine.gob.bo/publicaciones/visorPdf.aspx?Codigo070702&tipo1> (Charagua).

Figura 18
TGF, mortalidad infantil y % Parto Institucional

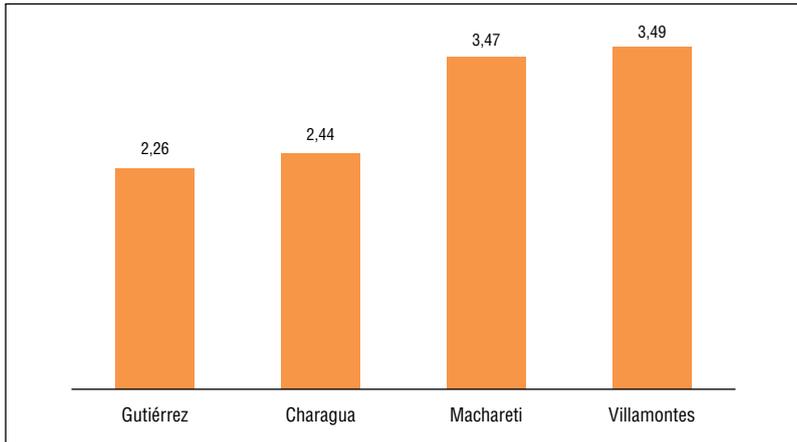


Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la situación de salud en los municipios:

- El Índice de Salud Municipal reporta la situación precaria de Gutiérrez y luego del Municipio de Charagua, mientras que el municipio de Villamontes registra el mejor Índice de Salud Municipal.
- En cuanto a la cobertura de parto institucional, de nuevo el municipio de Gutiérrez reporta los niveles más bajos de cobertura (47,71%), mientras Charagua marca el porcentaje más alto (76,26%), y Villamontes y Machareti niveles intermedios (cerca a 60%) de cobertura de parto institucional.
- El promedio de controles prenatales por madre embarazada, exceptuando el municipio de Gutiérrez (2,26) y Charagua (2,44), es considerablemente alto: 3,16 a 3,49 controles realizados por mujer embarazada.

Figura 19
Control prenatal por municipios



Fuente: Elaboración propia.

- En cuanto a la mortalidad infantil, Gutiérrez (83.26) y Charagua (71.54) reportan las tasas más elevadas, mientras Machareti (43.28) reporta la tasa más baja de mortalidad infantil, seguida por Villamontes (52.37).

En relación a la tasa de alfabetismo, exceptuando Gutiérrez, el resto de los municipios registran tasas elevadas de alfabetismo, guardando las diferencias entre hombres y mujeres.

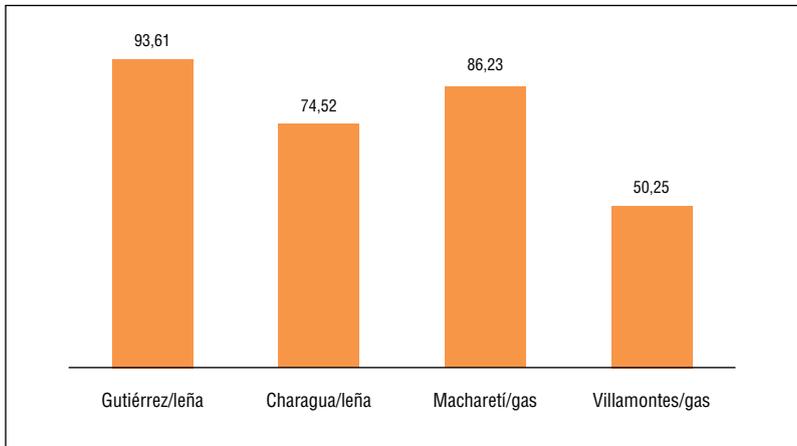
En cuanto a las principales actividades económicas, en todos los municipios tanto urbanos como rurales la principal actividad económica es la ganadería y la agricultura: Gutiérrez con 57,9%, Charagua con 50,88%, Machareti con 19,84% y Villamontes con 19,84%.

En cuanto a las condiciones y los servicios de las viviendas:

- El nivel de hacinamiento de los municipios de Gutiérrez (4,10) y Charagua (3,25) es mayor que Villamontes (2,51) y Machareti (2,73).
- La leña es el combustible más utilizado para cocinar en los municipios Gutiérrez (93,61%) y Charagua (75,52%) mientras

el gas es usado en los municipios de Villamontes (50,25%) y Macharetí (86,23%).

Figura 20
Combustible más usado para cocinar por municipio



Fuente: Elaboración propia.

- La cobertura de energía eléctrica en Gutiérrez es más baja (10,51%) que Macharetí (22,89%) y Charagua (24,13%), quedando lejos de Villamontes (63,45%).
- Respecto al suministro de agua por cañería, los municipios de Macharetí (48%), Gutiérrez (51,33%) y Charagua (53,72%) registran niveles más bajos que Villamontes (77,63%).

Aunque estos datos no son completos y a la vez presentan una complejidad especial en cuanto a la situación de los municipios, se puede resaltar la persistencia de mayor vulnerabilidad en el municipio de Gutiérrez, seguido por Charagua y Macharetí. El municipio de Villamontes presenta mejores condiciones para resistir los efectos de las sequías por su nivel más bajo de vulnerabilidad. Estas características son indicativos de que los efectos adversos de sequías se manifestarán con mayor intensidad en los municipios con mayor nivel de vulnerabilidad.

Emergencias en el Chaco

Dentro del territorio y geografía chaqueña, se pueden distinguir tres grandes divisiones: (i) La región sub-andina, que comprende serranías y valles, aislados y susceptibles a la erosión, con suelos poco profundos, de fertilidad moderada y textura arenosa. La mayor precipitación anual es 700-900 mm/año. (ii) El pie de monte, zona de transición entre áreas andinas y llanuras, presenta suelos profundos, de textura arenosa y favorable para los cultivos de maíz, frejol, zapallo y joco, pero con menor pluviosidad, de 600mm/año. (iii) La Llanura Chaqueña, con una topografía interrumpida por las dunas, con una altura de 450 a 270 metros sobre el nivel del mar, es arenosa, muy seca y con precipitaciones de 450-600 mm/año.²⁵ En general, la insuficiente precipitación pluvial en gran parte de la región del Chaco genera una ineficiente y mala administración de los recursos hídricos, lo cual se refuerza con la insuficiente infraestructura para el almacenamiento y cosecha del líquido elemento. En estas condiciones, la sequía, altas temperaturas e intensas lluvias afectan negativamente el crecimiento de bosques, la calidad de los suelos y la regeneración de la flora y fauna de la región. El siguiente cuadro describe el número de eventos adversos, sean sequías, incendios o deslizamientos, creciendo notoriamente a partir de 2007.

Cuadro 21
Eventos adversos de origen natural según municipio 2003-2009

Municipio	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009(p)
Charagua	1	13	0	8	14	3	1
Gutiérrez	0	4	0	0	2	1	2
Macharetí	0	8	5	0	0	2	3
Villamontes	4	5	3	2	11	18	2

Fuente: Viceministerio de Defensa Civil/ Instituto Nacional de Estadística. En: Estadísticas de Medio Ambiente 200-2009, INE 2011.

25 Defensa Civil Bolivia, Plan de Contingencia para la sequía del chaco boliviano, sin año: 4-5

En 2010, la sequía no golpeó con la misma intensidad que los períodos pasados. El siguiente cuadro permite identificar la probabilidad de diferentes emergencias naturales según el municipio hasta el 2008.

Cuadro 22
Amenazas, vulnerabilidades y riesgos por municipio

Municipio	Índice riesgo por inundación	Índice riesgo por sequía	Índice riesgo por incendio	Índice riesgo por helada	Índice riesgo por deslizamiento
Gutiérrez	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Medio
Charagua	Medio	Muy Alto	Alto	Bajo	Bajo
Macharetí	Bajo	Medio	Bajo	Bajo	Bajo
Villamontes	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo

Fuente: Atlas de amenazas, vulnerabilidades y riesgos de Bolivia. VIDEICODI, OXFAM, NCCR North South, FUNDEPCO, 2008.

Este estudio se llevó a cabo en los cuatro municipios con considerables riesgos de sequía, enfocándose hacia las necesidades de atención de la salud reproductiva y prevención de las VBG de las mujeres durante las sequías de 2010.

Análisis de los resultados de la investigación

En este contexto socio-demográfico y los antecedentes de emergencias naturales, el presente capítulo se enfocará en tres áreas temáticas: (i) El perfil general de las mujeres y los efectos generales de los desastres. (ii) La situación y necesidades de atención a SSR en las sequías, incluyendo ITS, y las necesidades específicas del período del embarazo, parto y postparto; las necesidades de Planificación familiar; y finalmente. (iii) La situación de violencia experimentada por las mujeres en los contextos de emergencias.

Perfil general de las mujeres y el efecto de las emergencias naturales

Perfil general de las mujeres afectadas por los desastres

Las mujeres juegan un rol importante en su familia, salvaguardando su seguridad, su salud, su protección y sobre todo su sobrevivencia en las situaciones de desastres, sin embargo no reciben atención adecuada. En el decir de las mujeres en el municipio de Regido de la región de Magdalena de Colombia: “No habían imaginado que alguien se dedicará a pensar un rato en ellas y decidiera donarles unos artículos tan significativos..., que por los problemas económicos no pueden usar por que la lucha permanente es por la consecución de la alimentación diaria”.²⁶ Este capítulo se enfoca en el perfil y necesidades de las mujeres en las sequías del 2010 en los municipios Machareti (Chiquisaca), Gutiérrez, Charagua (Santa Cruz) y Villamontes (Tarija).

Es necesario aclarar que por consideraciones éticas y la necesidad de obtención del consentimiento informado de los padres o tutores de las menores, este estudio solamente comprende a mujeres entre 18 a 49 años.

Cuadro 23
Perfil general de las mujeres encuestadas del Chaco

	Mujeres	Porcentaje
Total	379	100,0
Edad		
18-19	23	6.1
20-29	155	40.9
30-39	132	34.8
40-49	68	17.9
Ns/Nr	1	0.3

Continúa en la siguiente página

26 UNFPA-Corporación de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio, CDPMM (S/F~2009): Informe Técnico Final. Estrategia de atención humanitaria a la situación de emergencia invernal, con enfoque diferencial y de fortalecimiento de las redes de base en colaboración con socios locales en la región del Magdalena medio. Pg.24.

Viene de la anterior página

	Mujeres	Porcentaje
Nivel de Instrucción		
Ninguno	10	2.6
Primaria	173	45.6
Secundario	152	40.1
Técnico-Normal-Ed. Sup.	43	11.3
Ns/Nr	1	0.3
Condición de migración		
No migrante	214	56.5
Migrante antiguo(+5 años)	101	26.6
Migrante reciente(-5 años)	49	12.9
Ns/Nr	15	4.0
Grupo Étnico		
Aymara-Quechua-Otros	16	4.2
Ninguno	305	80.5
Guaraní	58	15.3
Ns/Nr	0	0.0
Idiomas Hablados		
Sólo castellano	257	67.8
Castellano y/o Otros	17	4.5
Castellano y Guaraní	104	27.4
Ns/Nr	1	0.3
Número de Embarazos Totales		
Ninguno	25	6.6
1-3 Embarazos	209	55.1
4-5 Embarazos	81	21.4
+6 Embarazos	64	16.9
Número de Hijos Propios Vivos		
Ninguno	30	7.9
1-3 Hijos	230	60.7
4-5 Hijos	72	19.0
6 & +	47	12.4
Estado Civil		
Soltera	19	5.0
Concubina	232	61.2
Casada	90	23.7
Divorciada/Separada	34	9.0
Viuda	4	1.1

Continúa en la siguiente página

Viene de la anterior página

	Mujeres	Porcentaje
NS/NR	0	0.0
Jefatura del Hogar		
La Mujer	84	22.2
Esposo/Pareja	21	5.5
Ambos	221	58.3
Otra Persona	51	13.5
NS/NR	2	0.5
Ocupación de la Mujer		
Cuenta propia	84	22.2
Trabajadora de Hogar	21	5.5
No trabaja-Labores de Hogar	221	58.3
Otros	51	13.5
Ns/Nr	2	0.5

Fuente: Elaboración propia.

La edad de las entrevistadas demuestra una población joven. Cerca del 47% reporta edades menores a 29 años y alrededor de 35% de las entrevistadas registra edades entre 30 y 39. En general, más de 80% de las entrevistadas es menor de 40 años. Alrededor de 46% de las mujeres encuestadas ha terminado algún curso de la primaria y un porcentaje parecido (40%) ha terminado algún curso del nivel secundario.

Respecto a la condición migratoria, menos del 13% de las encuestadas es migrante reciente (- 5 años en residencia actual), 27% de ellas es migrante antigua (+ 5 años en residencia actual) y la restante mayoría (57%) no es migrante.

La mayoría de las mujeres (81%) aprendió español como primer idioma, un porcentaje significativo (15%) aprendió guaraní como primer idioma. Actualmente, la mayoría de ellas declaró hablar sólo español (68%), español y guaraní (27%) o español y otros idiomas (5%).

Aproximadamente la mitad de las mujeres ha tenido entre 1 y 3 embarazos (55%), mientras 17% de las entrevistadas declaró más de 6 embarazos. Es importante recordar que la Tasa Global de la Fecundidad de los municipios del Chaco, donde se llevó a cabo el

estudio, presenta diferencias significativas. Mientras, Villamontes reporta una tasa menor de fecundidad (4,6 vs. 3,9 del departamento de Tarija), en Machareti (5,3 vs. 5,2 del departamento de Chuquisaca), Charagua y Gutiérrez (6,7 y 8,3 respectivamente contra 4,2 del departamento de Santa Cruz). En general, todas las TGF superan el promedio nacional que es de 4,4 hijos por mujer (INE, 2003: 64-65).

El estado civil de las entrevistadas registra diferencias. Alrededor de 24% de ellas es casada y 61% de las entrevistadas declaran vivir en relación de concubinato.

La jefatura de hogar demuestra diferencias significativas. La jefatura es declarada por la mayoría de las entrevistadas (58%). La jefatura exclusivamente femenina de hogar alcanza 18% en el Chaco. Estas distribuciones porcentuales llevan a que la jefatura exclusivamente masculina sea registrada en 21 % de los hogares encuestados.

La ocupación de la mujer es un indicador de la participación de ella en el mercado laboral salarial. La ocupación con mayor registro (58%) es labores de casa, que según algunas de las entrevistadas ha sido reportada como “no trabajo”. Las que declararon cuenta propia incluyendo profesionales, independientes, y empleadora y/o socia registran 22% de las encuestadas.

En síntesis, el perfil de las mujeres entrevistadas apunta a una mujer joven con nivel de instrucción menor o igual a secundario, no migrante, hispano-parlante y con uno a tres embarazos.

Efectos de los desastres sobre las mujeres afectadas

Las mujeres reciben mayor impacto en los desastres, ya que como se dijo anteriormente, tienen que velar por el bienestar de la familia y sus hijos. Muchas veces ellas mismas están con algún embarazo o un parto reciente y período de postparto que puede demandar atención especial, lo cual se vuelve más complicado en situaciones de emergencia natural.

Contrario a las inundaciones, las sequías son procesos de mediano y largo plazo. Sin embargo, no dejan de impactar severamente en la población de los municipios afectados. El agua como elemento principal de su (como luego repite “vivir”, sugiero: cotidianeidad)

escasea gravemente, afectando no sólo su diario vivir, sino también a sus cultivos y animales, afectando severamente su seguridad alimentaria, con mayor intensidad en áreas rurales. Los problemas de salud de los residentes en todos los grupos etarios es otro de los desafíos que enfrentan los habitantes de los municipios afectados. Las sequías y sus consecuencias pueden abarcar períodos de 8 a 10 meses, empalmándose con el inicio del próximo ciclo de sequías.

La naturaleza de la sequía no siempre obliga a los habitantes a abandonar sus viviendas y mudarse a la casa de vecinos o parientes o buscar refugio en los albergues. Más del 90% de los residentes de los municipios donde el estudio se llevó a cabo no se ha mudado de sus casas.

Los desastres causan y/o profundizan problemas de salud, escasez de alimentos, agua y desafíos económicos que afectan la salud de la mujer y su familia. En el Chaco, las sequías del 2010 han afectado la salud de más de la mitad de las mujeres entrevistadas (51%). Por otro lado, los desafíos económicos generados por las sequías también tienen su efecto en la salud de las familias (64%). La falta de medicamentos es otro factor que afecta la situación de las mujeres en El Chaco (17%). La escasez de alimentos producidos en la zona todavía agrava más la salud de las familias (87%). En general, la salud de la mujer es afectada por varias causas en las emergencias naturales y no siempre recibe la atención oportuna.

Cuadro 24
Efectos de la sequía sobre la salud de las mujeres

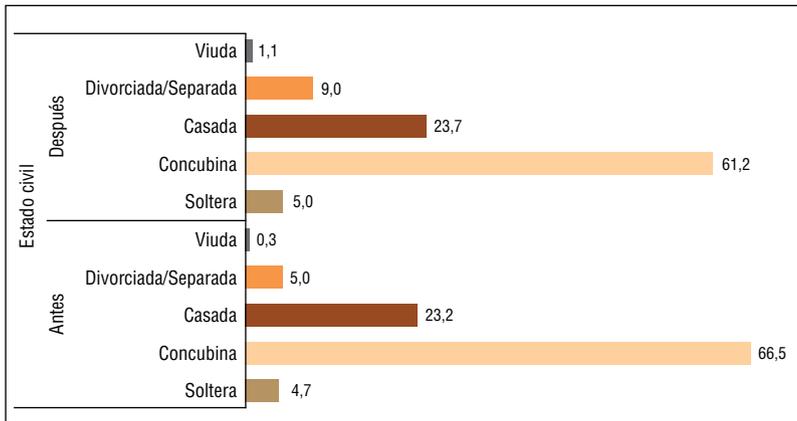
	Mujeres	Porcentaje
Total	379	100,0
Efectos en la salud debido a la emergencia		
Ninguno	7	1.8
Aspectos de salud	194	51.2
Económica afecta salud	241	63.6
Forma de vivir, cambios	97	25.6
Falta de medicamentos básicos	67	17.7
Escasez de alimentos que produce la zona	331	87.3
Otros problemas	9	2.4

Fuente: Elaboración propia.

Pese a los impactos mencionados, las sequías no han tenido mayor efecto en la estructura familiar. La gran mayoría de las mujeres vivía con su pareja antes (86%) y después (79%) de las sequías de 2010.

Otra de las características demográficas de las entrevistadas que permanece invariable es el estado civil, el cual no registra cambios significativos. El concubinato registró niveles similares (66% a 61%). El porcentaje de casadas se mantiene igual antes y después de las sequías (23% a 24%).

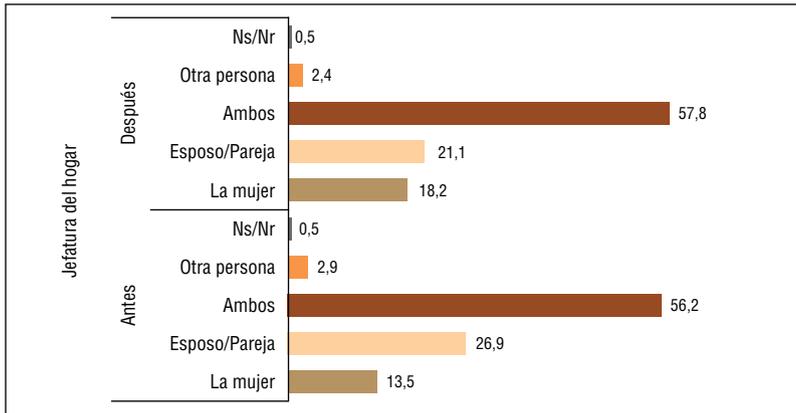
Figura 21
Efectos de la sequía sobre el estado civil de las mujeres



Fuente: Elaboración propia.

La jefatura del hogar, sin embargo, experimenta algunas modificaciones. La jefatura exclusivamente femenina de hogar reporta un leve ascenso (13% a 18%), en desmedro de la jefatura exclusivamente masculina (27% a 21%).

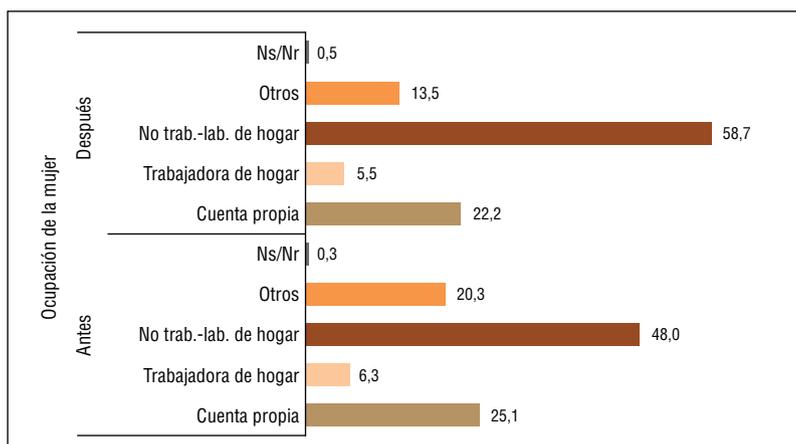
Figura 22
Efectos de la sequía sobre la Jefatura de Hogares



Fuente: Elaboración propia.

La ocupación de la mujer es afectada por las sequías. Los resultados del presente estudio demuestran cómo el porcentaje de mujeres ocupadas exclusivamente en labores de casa incrementa luego de las sequías de 2010 en el Chaco (48% a 58%). Posiblemente, su fuente de trabajo se vio afectada por las sequías y a la vez porque las emergencias aumentan las responsabilidades de la mujer para con su familia.

Figura 23
Efecto de la sequía sobre la ocupación de las mujeres



Fuente: Elaboración propia.

Pese al rol protagónico de las mujeres en cuanto a la protección y provisión de alimentos, agua, salud y refugio para todos los miembros de su familia, no se debe ignorar que ellas mismas enfrentan problemas de salud, en especial SSR, o se encuentran atravesando período de embarazo, parto y postparto que demandan cuidado especial. En los siguientes incisos se analizarán los desafíos de salud que las mujeres en particular han enfrentado durante y después de las sequías de 2010.

Necesidades de salud sexual reproductiva en situaciones de emergencias naturales

Perfil de las mujeres con embarazo-parto-postparto

La atención durante la gestación, parto y postparto se vuelve crucial, si la mujer está en una situación de emergencia natural. Alrededor de 37% de mujeres entrevistadas en el Chaco estuvo embarazada, teniendo un parto, atravesando el período postparto o

alguna combinación de las tres fases de la experiencia reproductiva, durante las sequías de 2010. Aunque el perfil de las entrevistadas en general fue objeto de estudio, es importante tener presente las características de este subgrupo de mujeres con necesidades especiales durante las emergencias naturales.

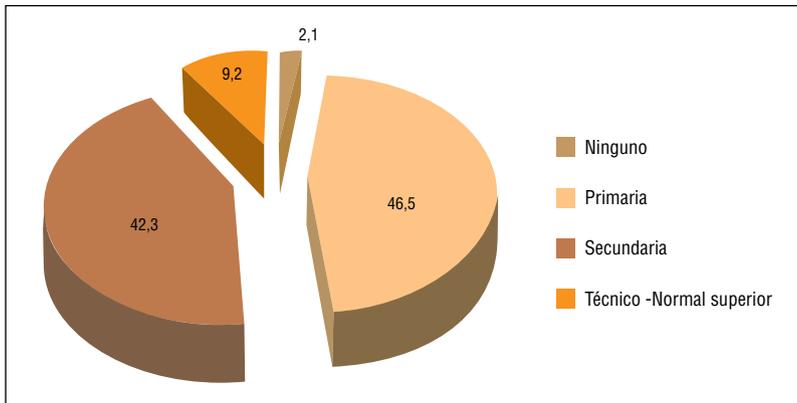
Las mujeres jóvenes constituyen la proporción significativa de las entrevistadas con reportes de embarazo, parto y postparto. La mayoría (64%) de ellas son menores a los 30 años y casi un tercio de ellas (30%) está entre 30-39 años de edad.

Cuadro 25
Edad de las mujeres con embarazo-parto-postparto

	Mujeres	Porcentaje
Total	142	100,0
Edad		
18-19	12	8,45
20-29	78	54,93
30-39	42	29,58
40-49	9	6,34
Ns/Nr	1	0,7

Fuente: Elaboración propia.

Figura 24
Nivel de instrucción de las mujeres con embarazo-parto-postparto



Fuente: Elaboración propia.

El nivel de instrucción de estas madres oscila entre primaria (46%) y secundaria (42%), guardando ligeras diferencias con los registros del perfil general de las entrevistadas.

La mayoría de estas madres (80%) aprendió español como el primer idioma, pese a su condición migratoria. Alrededor de 32% de ellas es migrante antigua, con más de cinco años de residencia en los municipios donde se llevó a cabo el estudio.

Cuadro 26
Condición de migración de mujeres con embarazo-parto-postparto

	Mujeres	Porcentaje
Total	142	100,0
Condición de migración		
No migrante	75	52,8
Migrante antiguo (+5 años)	46	32,4
Migrante reciente (-5 años)	18	12,7
Ns/Nr	3	2,1

Fuente: Elaboración propia.

Aunque que más de la mitad de ellas (64%) reporta hasta tres embarazos anteriores al presente, se debe resaltar el 18% de ellas ha tenido seis o más embarazos previos.

Cuadro 27
Número total de embarazos de las mujeres con embarazo-parto-postparto

	Mujeres	Porcentaje
Total	142	100,0
Número de Embarazos Totales		
Ninguno	0	0,0
1-3 Embarazos	91	64,08
4-5 Embarazos	26	18,31
6+ Embarazos	25	17,61

Fuente: Elaboración propia.

Analizar la ocupación de la mujer requiere de mucho cuidado. Generalmente las mujeres declaran no trabajar, pero en realidad

ellas siempre trabajan en labores de la casa, lo cual no es considerado como un trabajo porque no perciben ingreso. Por esta razón, la categoría de ‘no trabajo’ se ha unido la categoría de ‘labores de la casa’, resultando en un 70% de estas madres ocupadas en labores de casa.

Cuadro 28
La ocupación de las mujeres con embarazo-parto-postparto

	Mujeres	Porcentaje
Total	142	100,0
Ocupación de la Mujer		
Cuenta propia	23	16,2
Trabajadora de Hogar	6	4,23
No trabaja-Labores de Hogar	99	69,72
Otros	13	9,15
Ns/Nr	1	0,7

Fuente: Elaboración propia.

En general, el perfil de estas mujeres es mayormente de edades entre los 20 y 29 años, no migrantes, ocupadas en labores de la casa, con un nivel de instrucción primaria y secundaria, hispano parlantes, con hasta tres embarazos anteriores al presente. A pesar de su juventud, ellas enfrentaron diversos desafíos en diferentes etapas de su gestación y tuvieron que buscar soluciones pese a las inclemencias causadas por las sequías.

Necesidades de las mujeres durante el embarazo-parto postparto en las sequías de 2010

Alrededor de 75% de las embarazadas (de un total de 104 casos) durante las sequías del año 2010, reportaron algún problema como fiebre, pérdida de líquido, dolores, calambres o sangrado. Pese a los problemas de acceso por mal estado de caminos o escasez de transportes, más de 70% de ellas acudió a los servicios de salud. Sin embargo, la calidad de servicios de salud no era satisfactoria para cerca de 50% de las entrevistadas en los municipios donde se ha llevado a cabo la investigación.

“Ha sido muy triste para mí, porque cuando estaba embarazada de mi último hijo, en el chaco, por falta de agua, la sequía, el ganado, algunos no podían ni pararse, varios han muerto, teníamos que ver el atajado, dar agua al ganado. A los que han muerto mi esposo los ha llevado lejos para que no contaminen.

“El médico me dijo que la pérdida que tuve fue por el esfuerzo. Yo estaba bien, pero un dolor fuerte sentía, aquí abajo, me aguantaba, pero cuando salió sangre, me he asustado, mi otro hijo ha corrido al chaco avisar a su papá, después me han traído al hospital pero al niño no lo han podido salvar. Yo recién me estoy recuperando, estaba flaca como un hilo, no tenía ni fuerza, no podía atender a mis hijos y a mi esposo. Más bien ha venido mi cuñada y una sobrina, pero el problema ha sido justo cuando hemos perdido el ganado; y lo de mi hijo, tal vez ha sido imprudencia, no sé. Por suerte, mis otros hijos están bien, en el colegio”. 25 años-El Chaco

Los problemas identificados en estos centros de salud tienen que ver con largas esperas, no disponibilidad de personal, personal sin experiencia, trato poco amable, falta de medicina, sangre, instrumentos y camas, los cuales afectan seriamente la calidad de atención.

Respecto a las mujeres que dieron a luz durante las sequías de 2010, no se puede obtener mayor información, ya que tan sólo 11 de las entrevistadas tuvieron un parto. La cantidad reducida de estos casos no permite hacer un análisis en detalle de sus necesidades. Sin embargo, los problemas de salud y violencia contra las embarazadas son un fenómeno permanente y presente en todas las instancias. El Director del Hospital Mamerto Sauco- Charagua relata cómo las embarazadas son víctimas de la violencia y agresión, incluso hasta en el mismo hospital: “En cuanto a la violencia, hay que reconocer que somos una sociedad machista, por lo cual se trata mal a las mujeres, no les dejan utilizar métodos y hay violencia. Cuando estaba de turno, presencié cómo un marido agredía a una embarazada, le gritaba, entonces cómo será en su casa cuando no hay nadie. Se puso furioso, hemos tenido que llamar a la policía, lo sacamos, pero la

pobre señora joven lloraba, ya estaba a punto de tener su parto y mire cómo sucedió”.

Un total de 27 entrevistadas estuvo atravesando su período de postparto durante las sequías de 2010. Alrededor de 63% de ellas ha experimentado algún síntoma como visión borrosa, presión arterial elevada, ataques/convulsiones, pérdida de conciencia, fiebre o calentura, infecciones en la matriz, flujo vaginal y/o dificultades al orinar. La mayoría de ellas (59%) acudió al Centro de Salud, pese a los problemas de acceso, en especial transporte y el estado de las carreteras.

“Todo empezó cuando yo me vine a vivir aquí de ... a trabajar y lo conocí y me junté. Sólo tenía 13 años y estaba embarazada, desde ese momento empezó mi martirio porque mi marido se iba a trabajar y cuando llegaba se ponía a gritar y a golpearme porque para él siempre todo estaba mal hecho y sí, yo era un poco flojita porque era menor y por mi embarazo. Cuando me tocó tener a mi bebé lo tuve que tener en casa de mi suegra que era donde yo vivía, atendida por mis cuñadas debido a los celos enfermizos de mi marido pero gracias a Dios todo salió bien”. 19 años-El Chaco

Las mujeres, además de las complicaciones del embarazo, parto y postparto, enfrentan otros desafíos serios en relación a su salud en las situaciones de emergencias naturales.

Necesidades de atención a los posibles síntomas de ITS

Las mujeres están expuestas a mayor riesgo y reportan elevada vulnerabilidad por la falta de agua potable, la falta de higiene y otras carencias, que propician entorno favorable para las infecciones de transmisión sexual en situaciones de emergencias naturales. Estas carencias hacen mayor referencia a un conjunto de problemas de salud como alergias de la piel, infecciones, problemas intestinales, pero también ITS que pueden estar encubiertas.

Sin duda la detección de ITS requiere de exámenes de laboratorio. Sin embargo, para fines solamente indicativos, se ha preguntado a las entrevistadas sobre los posibles síntomas de ITS durante las sequías del 2010. Entre los síntomas más frecuentes figuran las infecciones vaginales, picazón y problemas al orinar.

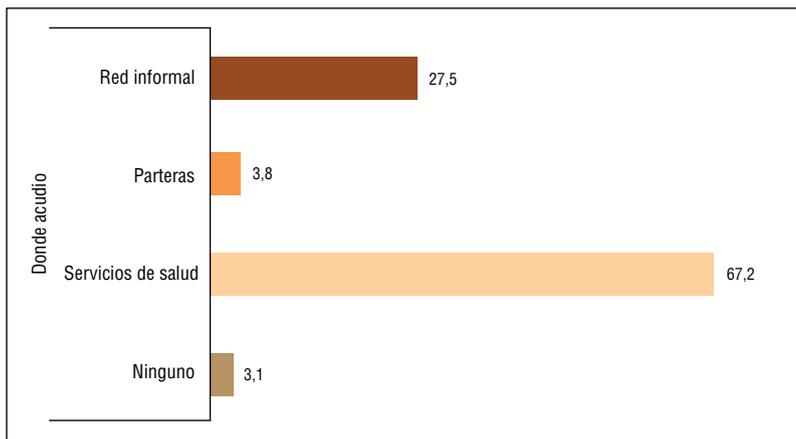
Cuadro 29
Posibles síntomas de ITS entre las entrevistadas en Chaco

	Mujeres	Porcentaje
Total	379	100,0
Posibles síntomas de ITS		
Ninguno	248	65,4
Infecciones vaginales	71	18,7
Ronchas	2	0,5
Flujo	17	4,5
Verrugas	1	0,3
Picazón	36	9,5
Problemas al orinar	46	12,1
Otro	14	3,7

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría (67%) de las entrevistadas visitó los centros de salud para recibir atención institucionalizada. Pero llama la atención que alrededor de 27% de ellas, habiendo detectado uno o más síntomas de ITS, acudió a las redes informales de amigos, vecinos, familiares, esposo o se atiende a sí misma.

Figura 25
Acceso a los servicios de salud para atención de ITS



Fuente: Elaboración propia.

Las emergencias naturales movilizan a todas las instancias gubernamentales, sociedad civil e instituciones locales y regionales para ayudar a las y los damnificados, pero esta ayuda se centra en agua, alimentos, refugio y generalmente no incluye las necesidades de la salud de las mujeres. El Alcalde de Macharetí explica que los esfuerzos se enfocaron “principalmente en la distribución de alimentos, maíz, fideo y azúcar... más de Caritas apoyó, se distribuyeron más de 20.000 litros de agua”.

Necesidades respecto al uso de los métodos de planificación familiar

La no disponibilidad de los métodos de planificación familiar en situaciones de emergencia puede resultar en embarazos no deseados y posiblemente a soluciones como aborto, que es otra de las amenazas que las mujeres deben enfrentar. Las estrategias de respuesta a la emergencia (primeros días y semanas), no incluyen la atención a ese aspecto importante para la vida reproductiva de las mujeres.

La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos modernos o tradicionales es considerable (56%). Sin embargo, las sequías incrementan el nivel de no-uso (44% a 47%) identificando las necesidades no satisfechas.

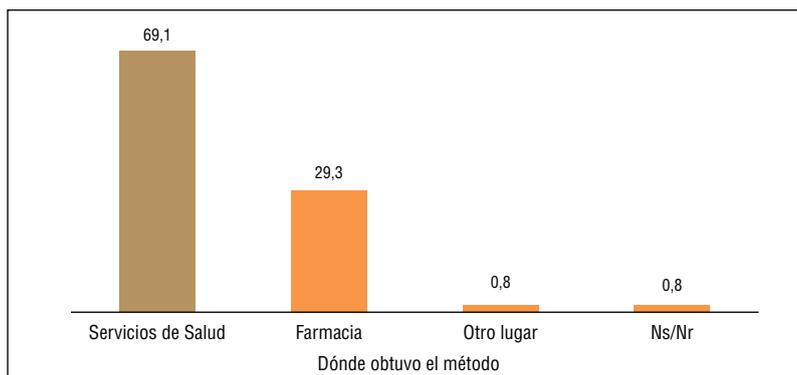
Cuadro 30
Uso de métodos de planificación familiar en Chaco

	Mujeres	Porcentaje
Uso de Métodos		
Total	379	100,0
Antes de la emergencia	248	65,4
No usa	167	44,1
Usa Modernos	159	42,0
Usa Tradicionales	52	13,7
Usa Tradicionales	1	0,3
Después de la emergencia		
No usa	179	47,2
Usa Modernos	123	32,5
Usa Tradicionales	76	20,1
Usa pero no especifica cuál	1	0,3

Fuente: Elaboración propia.

Comparando con el período anterior al desastre, el uso de métodos modernos disminuye en un 10% (42 a 32.5%). Este cambio marca las necesidades no satisfechas de las mujeres encuestadas en relación al uso de métodos modernos de planificación familiar en período posterior a las sequías. Si bien los métodos de anti-concepción moderna están disponibles en los Centros de Salud y las farmacias, algunas de las entrevistadas tuvieron dificultades de acceder a estos servicios durante las sequías de 2010.

Figura 26
Lugares de acceso para métodos de anticoncepción modernos



Fuente: Elaboración propia.

Los principales problemas para usuarias de métodos modernos han sido el transporte a los centros de provisión o desafíos económicos causados por el efecto de la sequía. Estos factores imposibilitan el acceso a estos métodos.

Cuadro 31
Chaco: Dificultades para conseguir métodos modernos

	Mujeres	Porcentaje
Total	123	100,0
Dificultad de conseguir PF		
Ninguna (consiguió)	86	69,9
Transporte, Acceso	17	13,8
No tenía dinero	6	4,9
Otra Razón	1	0,8
Ns/Nr	13	10,6

Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de las no-usuarias (64,8%) de métodos modernos de planificación, reportó la falta de información (sobre el método y el lugar para adquirirlo), y la no-disponibilidad del método como motivos de no-uso, sean durante o después de la sequías del 2010.

Cuadro 32
Chaco: Principal razón de no-uso de métodos modernos

	Mujeres	Porcentaje
Total	256	100,0
Principal razón de no uso de método moderno		
No conoce	24	9,4
Oposición de marido	17	6,6
Desea embarazarse	17	6,6
Falta de acceso, disponibilidad, información	166	64,8
Ns/Nr	32	12,5

Fuente: Elaboración propia.

Estos datos son indicativos de una necesidad de comunicación y capacitación a nivel comunitario.

Necesidad de enfrentar la alarmante violencia basada en género durante y después de los desastres

La violencia contra la mujer no sólo vulnera sus derechos humanos fundamentales, sino también contribuye a la mala salud de las mujeres (OMS, 2005). Visibilizar la violencia es necesario tanto para la salud de ella como también para el bienestar de sus hijos que presencian la cruda agresividad contra su madre a lo largo de su niñez.

La violencia contra la mujer, en especial en el contexto de la emergencia, es alarmante. Alrededor de 50% de las entrevistadas ha reportado haber experimentado algún tipo de violencia por parte de su pareja,²⁷ dato que supera el promedio departamental²⁸ (Chuquisaca 42,9%, Tarija 43,4%, Santa Cruz 45,6%). Las

27 Pese a que la boleta contenía preguntas respecto a la violencia de no pareja, el reducido número de casos (7 violencia física y 2 violencia sexual) no permite un análisis de este tipo de violencia.

28 ENDSA 2008: Cuadro 12.4.1. Tipos de violencia hacia las mujeres por tipo de persona (p. 305)

características socio-demográficas de las víctimas son similares al perfil general de las entrevistadas. Es importante notar que este indicador comprende violencia verbal, emocional, física, o sexual.

Cuadro 33
Chaco: Presencia de la violencia contra la mujer

	Mujeres	Porcentaje
Total	379	100,0
Indicador (Presencia de violencia)		
Ningún tipo de violencia	187	49,3
Violencia general por parte de pareja	187	49,3

Fuente: Elaboración propia.

La presencia de un tipo de violencia conlleva a otros. El registro de la violencia verbal-emocional, propicia el ambiente para la violencia física o sexual. Estos porcentajes tan elevados de agresión contra la mujer en el ámbito familiar posiblemente refleje la combinación de varios tipos de violencia.

“Hace varios años que vivía con mi esposo. Mi esposo me pegaba mucho, me hacía pasar vergüenza delante de sus amigos, me hacía hacer cosas que yo no quería, me humillaba, me amenazaba con quitarme a mis hijos. Él me pegaba con puñete, patadas, incluso una vez me echó gasolina en todo mi cuerpo: me quería quemar. Por eso tuve que escapar de mi casa y me vine a vivir aquí con mi familia hace 3 meses”. 30 años-El Chaco

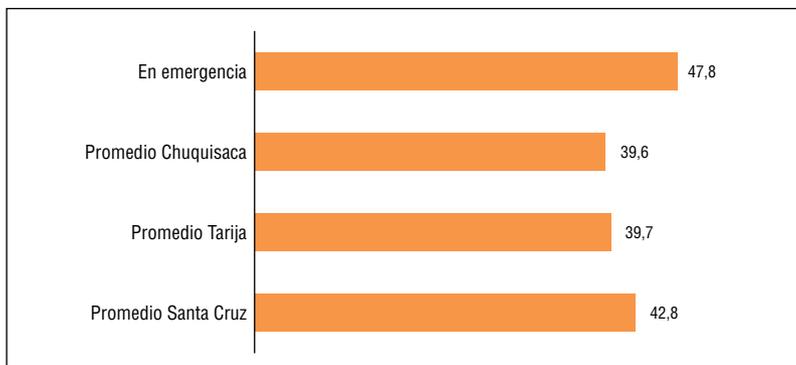
Violencia Verbal o Emocional

La agresión verbal o emocional es una de las violencias más generalizadas. Los datos de la encuesta registran que el 47%, (superando el promedio departamental: Chuquisaca 39,6%, Tarija 39,7%, Santa Cruz 42,8%)²⁹ de las mujeres en el Chaco ha experimentado

29 ENDSA 2008: cuadro 12.4.1 Tipos de violencia hacia las mujeres por tipo de persona (página 305).

algún tipo de violencia verbal o emocional como insultos, humillaciones, actos atemorizantes, gritos, romper objetos, amenazas de lastimar a ella o un ser querido para ella, o quitarle sus hijos.

Figura 27
Chaco: Violencia verbal-emocional contra la mujer



Fuente: Elaboración propia.

La encuesta indagó sobre los diferentes matices de la violencia verbal o emocional durante y después de la emergencia natural:

- El 40% de las mujeres entrevistadas reportó haber sido, una o varias veces, objeto de insultos o expresiones que les ha hecho sentir mal.
- La experiencia de haber sido denigrada o humillada, una o varias veces, ha sido confirmada por el 35% de ellas.
- Alrededor de 28% de las entrevistadas recibió amenazas personales y/o contra alguien importante para ellas de parte de sus parejas.
- Las amenazas de quitarle sus hijos que todavía es más dolorosa fue experimentada también por 11% de las entrevistadas.

Los estudios cualitativos demuestran de forma sistemática que, para las víctimas, el maltrato psíquico es más devastador que la violencia física (OMS, 2005). En este contexto, la elevada proporción de mujeres que reporta violencia verbal y emocional es alarmante.

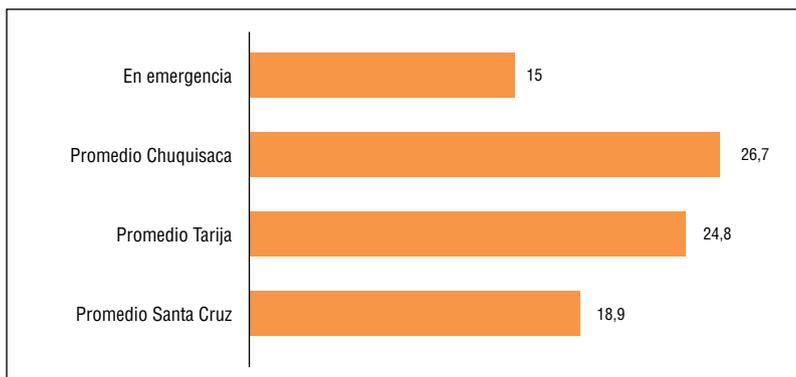
“Un día era cumpleaños de mi cuñado y fuimos, mi marido bebió y al final terminó celándome con mi cuñado. Me llevó a empujones a un rincón y empezó a golpearme y mi hija gritaba asustada. Más me dolían los gritos de mi niña que los golpes que recibía, me armé de valor lo empujé y lo mandé al piso y me eché a correr con mi niña. Habíamos avanzado un poco cuando escuché un disparo, regresé y encontré a mi marido tirado en el piso agonizando por que se había dado un tiro.

“Cuando aparecieron sus familiares lo primero que pensaron fue que yo lo había becho, días después me demandaron y hoy estoy en un juicio de 8 meses. Ya pasaron 2, pero sufro porque no puedo salir de la casa de mi suegra y bago todos los quehaceres de la casa, no puedo sacar a mi niña porque me tienen prohibido hasta que se aclare todo lo que pasó. Confío en que se aclarará todo y yo podré sacar a mi niña adelante”.
19 años-El Chaco

Violencia física

El 15% de las entrevistadas reportó la presencia de violencia física ejercida por su pareja, en situaciones de emergencia (Chuquisaca 25,2%, Tarija 24,8%, Santa Cruz 18,9%).

Figura 28
Chaco: Violencia física contra la mujer



Fuente: Elaboración propia.

El estudio indagó sobre la experiencia de diferentes tipos de violencia física experimentada por las entrevistadas:

- El 10% de las entrevistadas reportó que su pareja les lanzó algún objeto para lastimarlas o las golpeo en una o más ocasiones.
- El 9% de las mujeres fue objeto de empujones, aventeo o jalado de cabellos en una o más ocasiones.
- De igual manera, el 8% reportó haber sido golpeada con puñetes o algún otro objeto, en una o varias oportunidades.
- El 5% de las entrevistadas experimentó episodios de pateaduras o ser arrastradas por su pareja en una o más ocasiones.
- La amenaza con armas de parte de la pareja ha sido reportada por 1,5% de las mujeres.

Pese a estas experiencias tan violentas, 50% de entrevistadas no se ha defendido ante los episodios de violencia física.

Cuadro 34
Chaco: Reacción contra la violencia física

	Mujeres	Porcentaje
Total	379	100
Una sola vez	12	3,2
Más de una vez	42	11,1
Nunca	188	49,6
Ns/Nr	137	36,2

Fuente: Elaboración propia.

Para muchas mujeres es aceptable y normal que las mujeres reciban agresiones físicas de parte de la pareja. Además algunos patrones culturales muchas veces engendran actitud sumisa y de no defensa de parte de la mujer. Esta es una dimensión de VBG que amerita ser investigada en profundidad.

Violencia Sexual

“Yo era huérfana de padre y madre. A los 14 años me junté pero desde un principio mi marido era malo, me pegaba, me insultaba. Si yo decía algo en contra de alguien de su familia él me llevaba arrastrando de mis cabellos a pedir perdón de rodillas. A los 16 años me casé porque estaba embarazada, pero todo fue igual. Me decía que yo no sirvo para nada, que era gorda y fea; así paso el tiempo. Después llegó al extremo de llevar a la casa mujeres para demostrarme que yo no valía nada.

“Él nunca me daba dinero a pesar que era coronel y ganaba buen sueldo, pero todo se lo gastaba en bebidas alcohólicas y mujeres. Yo tenía que trabajar para mí y mis hijos. Lo demandé en una ocasión, pero sus influencias fueron más fuertes y no pasó nada. Un día me fui a trabajar; cuando volví lo encontré en la cama con mi hermana, fue lo último que me hizo, por lo que decidí a dejarlo.” 43 años-El Chaco

El 7,9% de las mujeres entrevistadas reportó haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja durante y después de las sequías. Este indicador es superior a los promedios de los tres departamentos de la región chaqueña (Chuquisaca 6,9%, Tarija 6,2%, Santa Cruz 5,9%).

Figura 29
Chaco: Violencia sexual contra la mujer



Fuente: Elaboración propia.

La Defensora del municipio de Gutiérrez confirmó la existencia de la violencia de todo tipo y la carencia de un protocolo para atender los casos:

“Específicamente no hay un protocolo, se atiende de manera general, principalmente los casos de violencia intrafamiliar. Hay bastantes denuncias, pero no se pueden atender por falta de recursos económicos y presupuesto de la oficina. Otras causas son que en el día muchas mujeres trabajan en el chaco, no se les puede ubicar y también por otras..., como amedrentamiento ellas no denuncian... Con la sequía se podría decir que estos casos aumentan relativamente, pero es constante este tipo de violencias. Se dan casos donde hay la denuncia y se procede a la investigación, en otros casos hay conciliación de partes o también denuncian y ya no vienen.”

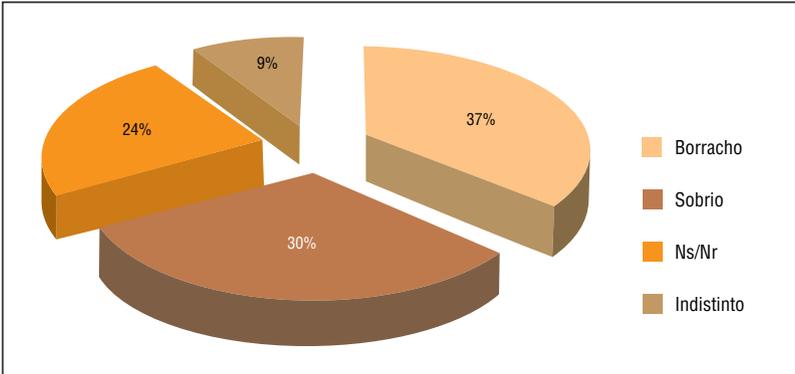
La Defensora de Villamontes explicó que “son muy pocos los casos que se llega a investigar, a veces les amenazan con quitarles a sus hijos, las golpean y no pasa nada... Hay que reconocer que se necesita un trabajo más amplio, no se trata sólo de encerrar al marido/la pareja, hay que prevenir en todos los niveles”.

Efecto del alcohol en los diferentes tipos de violencia

La violencia basada en género tiene raíces mucho más profundas y no puede ser explicada en ecuaciones simplista de relación causal de consumo de alcohol y la violencia contra las mujeres. Sin embargo, los testimonios de las entrevistadas permiten observar que el uso de bebidas alcohólicas es usado como excusa para cometer cualquier tipo de violencia.

Los episodios de agresión verbal o emocional se presentan con mayor intensidad (36%), cuando su pareja se encuentra en estado de ebriedad.

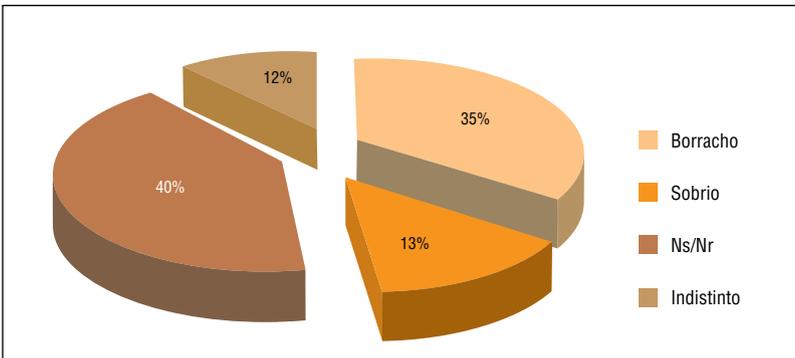
Figura 30
Chaco: Efecto de alcohol sobre la violencia verbal-emocional



Fuente: Elaboración propia.

Los episodios de violencia física se intensifican cuando la pareja se encuentra en estado de ebriedad, según 35,06% de las entrevistadas.

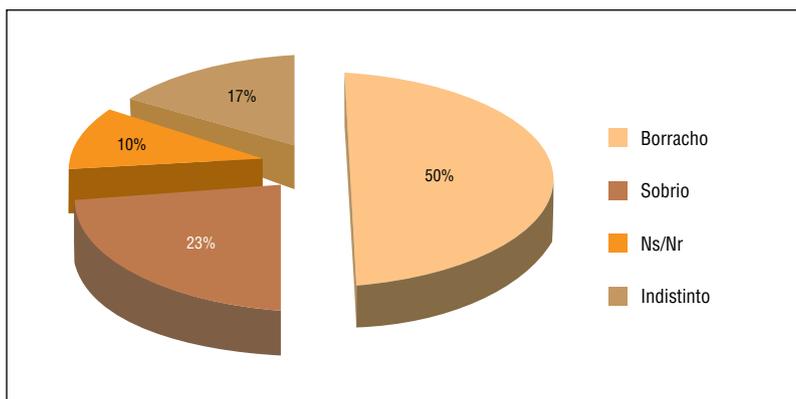
Figura 31
Chaco: Efecto de alcohol sobre la violencia física



Fuente: Elaboración propia.

Y, finalmente, la violencia sexual se acentúa con el consumo de alcohol, según la opinión de 50% de las víctimas.

Figura 32
Chaco: Efecto del alcohol sobre violencia sexual



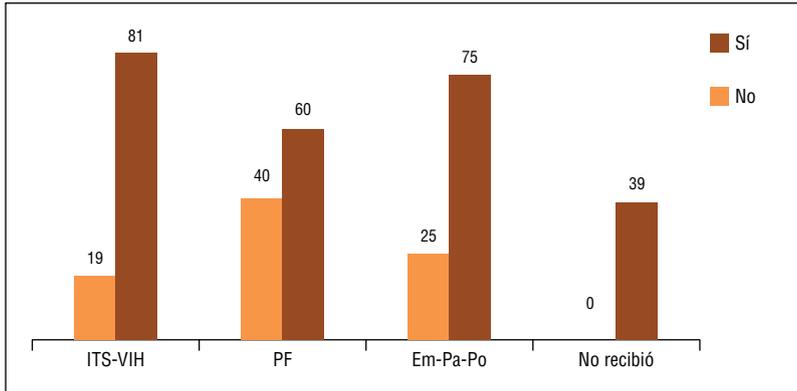
Fuente: Elaboración propia.

Necesidad de ofrecer información y capacitación respecto a la SSR y la VBG a las mujeres afectadas por los desastres

El problema de violencia contra mujeres propone un reto a enfrentar mediante medidas educativas, informativas, legales y psicológicas. Las campañas de información, comunicación y capacitación pueden llegar a resultar efectivas, cuando se ofrecen tanto a las mujeres como a los hombres en los contextos de emergencia natural. Las instituciones gubernamentales, las ONGs de Derechos Humanos y Derechos de las mujeres juegan un rol decisivo en promover estas campañas.

La necesidad de recibir información y capacitación sobre diferentes aspectos de SSR es apremiante. Alrededor de 75% no ha recibido información sobre problemas de embarazo, parto y postparto. El 60% de ellas no ha recibido información sobre los métodos de planificación familiar, y un 81% no ha recibido información sobre ITS-VIH.

Figura 33
Chaco: Acceso a información



Fuente: Elaboración propia.

Además un 56,46% de las entrevistadas, reportó no haber recibido ninguna orientación respecto a la VBG durante o después de la sequía. La necesidad de distribución de material audiovisual al respecto es más notoria, ya que el 64,12% reportó no haber recibido ningún material pertinente.

Cuadro 35
Chaco: Recepción de información sobre VBG

	Mujeres	Porcentaje
Total	379	100
Recibió: Información sobre la violencia basada en género		
Si	163	43,0
No	214	56,5
Ns/Nr	2	0,5
Tríptico-Material Audiovisual sobre VBG		
Si	136	35,9
No	243	64,1

Fuente: Elaboración propia.

La defensora del municipio Gutiérrez confirma que no se tiene un programa de capacitación y que falta realizar la promoción con

cartillas en las poblaciones más alejadas. Actualmente, no se tiene un programa de capacitación y el tema de violencia no ha sido coordinado y no se ha trabajado. La Defensora de Villamontes afirma que tuvieron un programa de prevención de ITS y violencia, pero que ha sido muy esporádico.

Conclusiones

En los municipios visitados, las autoridades cuentan con recursos, preparación y presupuesto excesivamente limitados y no logran abarcar las necesidades de las mujeres en situación de desastre. El desafío más grande para el sector salud es llegar con atención competente a las mujeres que viven en las comunidades alejadas de difícil acceso. Por otro lado, pese a su deseo y convicción de proveer y proteger los derechos humanos y en especial los derechos de las mujeres, las organizaciones de derechos humanos y defensoría del pueblo se ven impedidas de cumplir por los escasos recursos destinados a estas instituciones, y por las limitaciones organizativas que enfrentan en diferentes municipios.

En relación al objetivo principal del estudio de identificar las necesidades de SSR de las mujeres de 18 a 49 años en los contextos de las sequías en el Chaco, se evidencia las siguientes:

- Las mujeres enfrentan varios desafíos en relación a su salud. Aquéllas con un embarazo durante la sequía reportaron síntomas de consideración como fiebre, pérdida de líquido, dolores, calambres o sangrado. Asimismo, las madres lactantes en etapa de postparto tuvieron que lidiar con dolencias tales como visión borrosa, presión arterial elevada, ataques/convulsiones, pérdida de conciencia, fiebre o calentura, infecciones en la matriz, flujo vaginal y problemas al orinar. A pesar de que algunas de ellas acudieron a los centros de salud, la calidad de atención no fue óptima. Las madres expresaron su insatisfacción por las largas esperas, la no disponibilidad de personal o personal sin experiencia, poca amabilidad de parte de los funcionarios, la falta de medicina, de sangre, de

instrumentos y de camas. Esto demuestra una imperativa necesidad de mejorar tanto accesos a los centros de salud como la calidad de atención que éstos ofrecen. Los mismos reclamos fueron registrados por mujeres que acudieron a los centros de salud, por posibles síntomas de ITS.

- El uso de los métodos modernos de planificación familiar se ha visto reducido en períodos de sequía. Responder oportunamente a esta necesidad previene los embarazos no deseados y posibles abortos.
- La presencia de todos los tipos de violencia, sea verbal-emocional, física o sexual, es elevada en el contexto de las sequías. Esto es indicativo de una necesidad sentida que debe llamar la atención de todas las instituciones y organizaciones locales y regionales, por su carácter atentatorio a los derechos humanos de las víctimas.
- La falta de campañas informativas y educativas se siente en las zonas azotadas por las sequías, en especial campañas en relación a la SSR y la prevención de VBG.

Las sequías no pueden convertirse en un pretexto para violar los derechos humanos de las mujeres, en especial en lo que se refiere a la SSR y la VBG, ya que éstos se constituyen en dos pilares importantes del mejoramiento de la calidad de sus vidas.



Foto 2. Mujer sacando agua en un atajado, utilizado también por animales.³⁰

30 Foto: gentileza de Subgobernador de Cordillera, Lic. Richard Moreno.

CAPÍTULO V

Las inundaciones y las sequías: Comparaciones, conclusiones y recomendaciones

La sequía y la inundación son fenómenos totalmente diferentes. Sin embargo, identificar las necesidades de las mujeres afectadas tanto en las inundaciones como en las sequías constituye uno de los objetivos principales del estudio.

Las inundaciones son eventos temporales, mientras las sequías son procesos de mediano y largo plazo. Las inundaciones tienen efectos repentinos, intensivos en un período corto, destrazan las viviendas, los centros de educación y de salud, y afectan seriamente las infraestructuras carreteras entre otras. En cambio, las sequías son procesos relativamente lentos que van profundizando sus impactos con el paso del tiempo. Las sequías, siendo un proceso acumulativo, no cambian la situación de las familias tan drásticamente como es el caso de las inundaciones. Esta diferencia conceptual comparativa permite discutir si estas diferencias entre tales fenómenos naturales generan también necesidades y respuestas diferenciadas en las mujeres en períodos de emergencias naturales.

Comparaciones

La comparación consiste en analizar las similitudes y diferencias en las características de las mujeres afectadas por la sequía y la inundación, los efectos diferenciados de los desastres sobre ellas,

especialmente en cuanto a su salud sexual reproductiva, y violencia basada en género.

Perfil de las mujeres afectadas por los desastres

Es notorio que los perfiles de las entrevistadas en ambos contextos presentan muy pocas diferencias:

- En general, más de 70% de las entrevistadas es menor de 40 años, tanto en la región del Chaco, como en el departamento del Beni.
- Cerca de la mitad (46-51%) de las entrevistadas ha terminado algún curso de primaria y un porcentaje similar (40 a 43%) algún curso de la secundaria.
- Más de 50% de las entrevistadas es residente permanente en ambos contextos. Aunque se debe destacar que el 25% de las mujeres entrevistadas en Chaco corresponde a migrantes antiguas.
- Más de 80% de las entrevistadas aprendió español como primer idioma en su niñez.
- Aproximadamente la mitad de las mujeres ha tenido entre 1 y 3 embarazos; aunque se debe destacar el porcentaje significativo (27%) de las mujeres con más de 6 embarazos en ambos contextos.
- El estado civil de las entrevistadas es similar en ambos contextos. Alrededor de 23% de ellas es casada, y entre 61% (Chaco) y 72% (Beni) vive en concubinato.
- La jefatura de hogar demuestra diferencias significativas entre ambas regiones. Mientras que en el Chaco la mayoría de las mujeres declara co-jefatura de hogar junto a su pareja (58%), en el Beni el porcentaje es mucho menor (39%). La jefatura exclusivamente masculina de hogar alcanza a 21% en Chaco y 44% en Beni.
- La ocupación con mayor registro corresponde a labores de casa (+ 55%), según declaración de las entrevistadas en ambos contextos.

Es importante resaltar que algunas características de las mujeres contribuyen a profundizar sus vulnerabilidades sociales lo que intensifica la gravedad de los impactos de los desastres.

Efectos de los desastres sobre las mujeres afectadas

Las consecuencias de los desastres son similares en ambos contextos, excepto en relación con el desplazamiento de sus hogares:

- Al contrario de la emergencia natural de la sequía, la inundación obliga a las familias a dejar su hogar y trasladarse a albergues y/o a casa de familiares, vecinos o a otros lugares.
- Los desastres causan y/o profundizan problemas de salud por diferentes vías, como escasez de alimentos, agua, y pérdida de la producción local. Todo ello afecta la salud de la mujer y su familia.
- Las estructuras de las familias, el estado civil y la jefatura de hogar no se ven afectados por los desastres, sean éstas inundaciones o sequías.
- Los desastres obligan a las mujeres a dedicar más tiempo a los quehaceres del hogar y la familia, reduciendo sus actividades económicas remuneradas.

Los desastres afectan algunos aspectos y dejan invariables otras dimensiones de la vida de las mujeres. Aunque las estructuras de las familias no son afectadas por los desastres, las responsabilidades de las mujeres se incrementan dentro de su hogar, estén en su propia vivienda o fuera de ésta. Ellas tienen que cubrir las necesidades de todos los miembros, sean ellas de salud, seguridad y protección; además de enfrentar desafíos nuevos en las tareas regulares como preparar alimentos y proveer agua potable.

Los desafíos de salud de las mujeres en los desastres

En las condiciones de desastres, en las que la falta o el exceso de agua producen amenazas para la salud de todos, las mujeres son

las más afectadas. Las complicaciones de salud, en especial SSR, y/o embarazos, partos y postpartos, demandan cuidados especiales. Sin embargo, no siempre las mujeres reciben o tienen acceso a la atención de salud durante los desastres.

Durante las emergencias de 2010, más de un tercio de mujeres entrevistadas estuvo embarazada o teniendo un parto, o atravesando el período de postparto, o alguna combinación de las tres fases de la experiencia reproductiva. Los problemas con probables consecuencias graves como fiebre, pérdida de líquido, dolores, calambres o sangrado durante su embarazo fueron reportados por ellas. Pese al número reducido de casos de mujeres con parto, los problemas como convulsiones, parto prolongado y/o sangrados fueron mencionados por las entrevistadas. De igual manera, las madres lactantes informaron de síntomas con consecuencias graves durante postparto, tales como visión borrosa, presión arterial elevada, fiebre-calentura o infecciones en la matriz. Así problemas de acceso y calidad insatisfactoria de los servicios de salud han sido identificados como desafíos mayores por parte de las mujeres que debieron acudir a ellos.

Cerca de la mitad de las entrevistadas reporta síntomas, tales como infecciones vaginales, ronchas, llagas, picazón y otros que pueden derivar en ITS, por lo que debieron enfrentar los mismos desafíos de acceso y calidad de los servicios de salud.

Los desafíos de VBG en los contextos de desastres

Sin duda, el resultado poco esperado de la investigación fue la presencia muy generalizada de violencia basada en género en los períodos post emergencias en ambos contextos. Los niveles registrados de violencia en este estudio superan los niveles promedios departamentales de VBG reportados por la ENDSA 2008. Por estas razones, examinando las correlaciones y asociaciones entre diferentes variables para poder identificar factores que podrían contribuir a la identificación de necesidades al respecto, de las mujeres en situación de vulnerabilidad y riesgo.

El estudio multipaís de la OMS (2005), identifica algunos factores personales, de pareja y de carácter social como aquellos

que pueden contribuir a la protección de la mujer. Entre factores personales de la mujer, se ha visto el grado de instrucción, su autonomía financiera, registro de victimización anterior, historial de violencia en la familia en su niñez, el nivel de potenciación de su capacidad o empoderamiento y apoyo social. Entre los factores relacionados con su pareja, se identifica el grado de comunicación, su situación laboral, el consumo de alcohol y drogas, el grado de agresividad física con otros hombres, y la existencia de violencia entre los padres en su niñez. En lo relacionado con los factores sociales, se menciona el grado de desigualdad económica entre hombres y mujeres, actitudes hacia los roles asignados a hombres y mujeres, violencia contra la mujer, los niveles de autonomía y movilidad de la mujer, intervención de los familiares más cercanos y vecinos en los episodios de violencia entre-pareja. Es importante resaltar que los factores que contribuyen a la protección de la mujer contra violencia tienen que ver principalmente con su proceso de empoderamiento.

En dicho estudio (OMS, 2005), se han detectado evidencias de relación de la violencia con la edad, estado civil y la educación de la mujer. En la mayoría de los países comprendidos en el estudio, las mujeres jóvenes entre 15-19 años, tienen mayor riesgo de ser víctimas de violencia física o sexual, o ambos por parte de su pareja. Aunque es sorprendente que, en varios entornos nacionales, las mujeres separadas o divorciadas reportaron mayor nivel de violencia que las casadas. El efecto protector del nivel de instrucción se visibiliza cuando la mujer reporta niveles de instrucción terciario es decir, uno de los factores con mayor potencial de protección ante la violencia es haber logrado niveles de educación superior.

A la luz de las evidencias encontradas en esos estudios, se ha procedido a elaborar un modelo logístico³¹ que nos permita identificar las variables que podrían tener efecto de protección para

31 En estadística, la regresión logística RL es un modelo de regresión para variables dependientes o de respuesta binomialmente distribuidas. Es útil para modelar la probabilidad de un evento como función de otros factores. Es usada extensamente en las ciencias médicas y sociales.

las mujeres en contextos de desastres, tanto en Beni como en el Chaco. Este modelo logístico, además de incluir variables socio-demográficas de la mujer, incorporó algunas variables relacionadas con información y conocimiento, y también otras relacionadas con comportamientos

Es importante notar que la presencia de violencia intrafamiliar o doméstica es tan generalizada entre las entrevistadas, que no muestra cambios significativos por el efecto de las variables edad, nivel de instrucción, idioma hablado, categoría ocupacional, ni siquiera la jefatura de hogar. La revisión de los resultados particulares y el modelo inicial,³² que incluye todas las variables confirman esta aseveración. En otras palabras, al menos ninguna de estas características ha demostrado ser significativamente importante para reducir la probabilidad de exposición de la encuestada a la VBG, como sugieren los estudios de la OMS (2005).

Cuadro 36
Análisis multivariante de la VBG

Variables Independientes		O.R.	Signif
Región	Chaco		*
	Beni	1.757	***
N° de embarazos	0 - 3		
	4 - 5	1.467	**
	6 y +	1.330	
Condición de migración	No migrante		**
	Migrante antiguo	0.621	**
	Migrante reciente	0.872	
M. de anticoncepción	Usa Modernos		**
	No usa	0.711	*
	Usa Tradicionales	1.218	
Estado civil	Otras		***
	Concubina	3.504	***
	Casada	3.303	***

(***) Significativas al 1% (**) significativas al 5% (*) significativas al 10%

32 Favor revisar Anexo 1.

Sin embargo, existen algunas variables que pueden generar mayor probabilidad de experimentar violencia que otros: (i) La presencia de VBG es 1,75 veces más probable en las zonas de emergencia de inundación (Beni) que en las zonas de desastres por sequía (Chaco). (ii) Las mujeres con 4-5 embarazos reportan 1,47 veces más riesgo de sufrir VBG en comparación con las que tienen entre 0 y 3 embarazos; (iii) Las migrantes antiguas son menos propensas a sufrir violencia (OR=0,621); (iv) El riesgo de sufrir violencia para las mujeres concubinas (3,504) y para las casadas (3,303) es mayor que las solteras u otro estado civil. En resumen, en este estudio no se ha podido identificar factores protectores esperados. Por lo tanto, la presencia alarmante de la VBG en contextos de desastres y su prevención debe formar parte de las estrategias de reducción de desastres considerando los diferentes grupos de mujeres.

Cadena de violencias: presencia simultánea de violencias

La presencia generalizada (más de 50%) de la violencia contra la mujer, en especial de parte de la pareja, obliga a realizar una mirada más atenta a las cifras obtenidas por el estudio. Es oportuno notar que las mujeres experimentan no solamente un tipo de violencia; pues varios tipos de violencia son reportados por las encuestadas. El registro de violencia física está acompañado por violencia verbal-emocional; y de la misma manera, la presencia de violencia sexual generalmente está escoltada por la violencia verbal-emocional.

Cuadro 37
Presencia simultánea de tipos de violencia

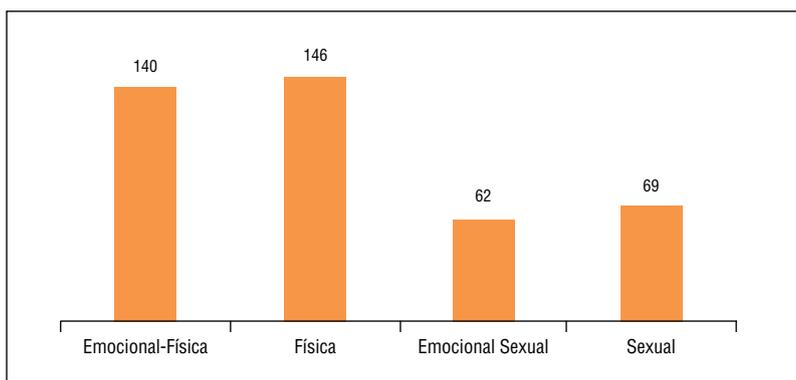
	Mujeres (Frecuencia Simple)
Total Mujeres Encuestadas	643
Total Mujeres-VBG Pareja	361
VBG-Verbal Emocional	348
VBG-Física	146
VBG-Sexual	69
VBG-Verbal emocional y física	140
VBG-Verbal emocional y sexual	62

Fuente: Elaboración propia.

En este sentido se hace necesario resaltar algunas de las asociaciones entre diferentes tipos de violencia para generar evidencias que puedan guiar las estrategias de prevención. Usando las frecuencias simples de la violencia en ambos contextos, se puede poner en manifiesto que:

- El 96% (140/146) de las mujeres que reportaron violencia física han experimentado violencia emocional y verbal.
- El 90% (62/69) de las mujeres que han experimentado violencia sexual han reportado también violencia emocional y verbal.

Figura 34
Asociación entre tipos de violencia



Fuente: Elaboración propia.

En este contexto, se hace necesario resaltar que si bien las estrategias de prevención de la violencia deben considerar todo tipo de violencia, la atención especial debe enfocarse hacia la violencia verbal-emocional. Este tipo de violencia, además de ser la más generalizada (cerca de 50%), tiene varios efectos importantes.

La violencia verbal-emocional es considerada la más leve entre todos los tipos de violencia, sin embargo el maltrato psíquico es más devastador que la violencia física (OMS, 2005). Además,

este tipo de violencia se convierte en antesala para otros tipos de violencia, sea física o sexual. Finalmente, la mayoría de las potenciales víctimas de las violencias física y sexual, reportan la presencia de la violencia verbal-emocional. Enfocar la atención hacia la prevención de este tipo de violencia contribuiría significativamente a la prevención de otros tipos de violencia contra las mujeres.

A pesar de la presencia elevada y compleja de la VBG y las necesidades insatisfechas de las mujeres en relación a su SSR, estos problemas no figuran entre las prioridades en las primeras fases de las estrategias de mitigación del desastre, provengan éstas de instituciones públicas, privadas o de agencias internacionales.

Prioridades en ayuda humanitaria

Una revisión de las noticias en periódicos nacionales en relación a las ayudas humanitarias, tanto de parte del gobierno, ONGs, Agencias Internacionales y las gobernaciones de diferentes departamentos, demuestra que el enfoque principal de estas ayudas no incluye las necesidades de salud de las mujeres:³³

- En el caso de Beni, el enfoque inmediato es establecer los albergues y luego ver asuntos de alimentos, agua, y todos los enseres básicos que se perdieron por el paso de la inundación. Como primera ayuda, llegan las carpas, colchonetas, mosquiteros, y herramientas para preparar lugares aptos para el traslado de las familias afectadas, para que tengan un refugio para niños, adultos mayores, mujeres gestantes y para todas las familias. Respecto a la provisión de agua, los envíos contienen pastillas de cloro, baldes de purificación de agua, equipos de control de la calidad de agua y depósitos. La distribución de ropa es otra necesidad urgente para aquellas personas que

33 Ver anexos del resumen de las noticias de Periódicos desde 2010 en relación a la ayuda humanitaria en las emergencias naturales.

tan sólo pudieron salvar sus vidas ante el eminente peligro de las inundaciones. Proveer medicamentos, en especial para combatir enfermedades respiratorias, se vuelve de vital importancia para evitar la propagación de las enfermedades entre niños y mayores. La distribución de alimentos como maíz, arroz, arveja, sal, harina y azúcar figuran entre los principales insumos distribuidos. La alimentación y atención a los animales también es esencial e incluye el reparto de heno y otros alimentos para el ganado, y de los equipos de técnicos en veterinaria que atienden al mismo.

- En el caso del Chaco, el enfoque principal es el reparto de raciones suficientes de alimentación a las familias, incluyendo los adultos mayores, niños y madres gestantes; y también se promueven los mecanismos de alimento por trabajo. Al mismo tiempo, se organiza una distribución de agua para el consumo humano e higiene, mediante la instalación de tanques, reservorios comunales, dotación de insumos para el tratamiento y almacenamiento de agua a nivel domiciliario, dotación de agua segura mediante cisternas. También resalta la distribución de semillas de autoconsumo como frejol y maíz, provisión de insumos para producción, asistencia técnica para la diversificación de producción para reducir la vulnerabilidad de medios económicos de vida, y finalmente dotación de semillas de forraje, forman parte de las estrategias de intervención humanitarias para el corto, mediano y largo plazo.

Según lo reportado en los periódicos, la alimentación, agua, y techo constituyen las principales prioridades en situaciones de emergencia. La atención a la salud reproductiva-que es un elemento crucial y que otorga a las damnificadas el bienestar básico y la dignidad humana-no recibe el mismo tratamiento.

De igual manera, las necesidades de las mujeres expuestas a la violencia doméstica no figuran entre las prioridades, aunque la VBG es generalizada, como ya se mencionó. El consumo de alcohol por parte de la pareja influye notoriamente en la incidencia y la

intensidad de todos los tipos de violencia: verbal, emocional, física o sexual. La debilidad de las instituciones públicas y otras a nivel local y departamental contribuye a la carencia de campañas de información, capacitación y educación de la población en general y de las mujeres en particular respecto a sus derechos humanos fundamentales y el ejercicio pleno de éstos en los contextos de desastres.

Las acciones basadas en el conocimiento permiten allanar el camino para terminar con la violencia contra las mujeres, lo cual es un imperativo moral (UN-Women, 2010). La información y conocimiento generados por este estudio abren el camino para visibilizar la VBG en un contexto poco analizado como es el caso de las emergencias naturales.

Conclusiones generales

Este capítulo permite concluir que, si bien los fenómenos naturales son totalmente diferentes y con características muy diversas, la vulnerabilidad y las necesidades de las mujeres son muy similares, independientemente del contexto y el tipo de la emergencia natural. Las necesidades de atención en salud reproductiva, los desafíos enfrentados durante el embarazo, parto y postparto, el tratamiento de las ITS, las demandas de planificación familiar y, particularmente la necesidad de prevenir y proteger a las mujeres de los diferentes tipos de violencia ejercida por su pareja, son imperativos ya que se trata de los derechos fundamentales.

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994), por primera vez las necesidades de SSR de los refugiados fueron reconocidas: “En la planificación e implementación de las actividades de asistencia de los y las refugiadas, especial atención debe darse a las necesidades de los niños y mujeres refugiados. Los refugiados deben contar con acceso a acomodación adecuada, educación, servicios de salud, incluyendo la planificación familiar”. Todavía, lamentablemente, estos objetivos quedan lejos de cumplirse para las personas que viven en situaciones de emergencia natural.

Recomendaciones

Considerando los resultados del análisis cuanti y cualitativo, las siguientes recomendaciones tratan de responder a los desafíos de SSR y VBG en los contextos de inundaciones y sequías:

- Incluir el enfoque de género en las estrategias de respuesta a las emergencias naturales supone principalmente incluir la atención a la SSR y VBG en los paquetes convencionales de ayuda humanitaria de distribución universal que se dan en los primeros días y semanas de las emergencias naturales.
- Mejorar la respuesta de las instituciones de salud ante las emergencias, prestando especial atención al mejoramiento de la calidad de los servicios de la salud en situaciones de desastres. La capacitación de personal que pueda atender casos de emergencias por problemas de SSR y VBG es crucial para la atención de las mujeres en las inundaciones y las sequías.
- Apoyar a las instituciones locales y departamentales de defensa de los DD.HH. para poder responder a situaciones en cuanto a la VBG en las comunidades afectadas por fenómenos naturales.
- Reforzar y consolidar los Centros de Operación de Emergencia (COE) locales para diseñar, lanzar y hacer seguimiento a las actividades y gestión integral de reducción de los desastres tanto en la fase de prevención, y preparación como en la mitigación de las amenazas naturales.
- Entrenar y capacitar a los activistas, funcionarios y voluntarios para responder a interacciones relacionadas con SSR y VBG.
- El tratamiento de la VBG requiere de organizaciones especiales con un enfoque único de atención de las víctimas de violencia. Las defensorías están comprometidas con la misión de apoyar y ayudar, pero necesitan soporte institucional y recursos para poder dar cumplimiento a sus responsabilidades.
- Incluir a los hombres en talleres y capacitaciones sobre equidad de género y la prevención de violencia, especialmente en Beni.
- Enfocar la campaña de información y capacitación en los efectos de las bebidas alcohólicas y los daños causados a la

salud y el bienestar de las mujeres. El tema debe tratarse en talleres específicos para hombres y mujeres.

- Realizar un estudio específico sobre las adolescentes, orientado a analizar su vulnerabilidad en cuanto a la VBG, especialmente la violencia sexual, a fin de implementar programas educativos y preventivos para ellas.
- Profundizar los estudios cualitativos que rescaten las vivencias y experiencias de la cotidianidad de las mujeres tanto en contextos de sequía como en las inundaciones, para socializar con carácter preventivo.

La perspectiva de género, especialmente relacionada con SSR y VBG, debe ser incorporada en todas las políticas, planes y procesos de decisión sobre la gestión de desastres, abarcando todas las etapas desde la evaluación de riesgos, la alerta temprana, la gestión de información, la mitigación y la reconstrucción (NN. UU-EIRD, 2005).

El presente estudio pone en evidencia que las emergencias naturales no son la única causa de los desastres sufridos tanto en Beni como en el Chaco. Las vulnerabilidades físicas, económicas, ambientales y sociales juegan un rol importante en la determinación de la gravedad del desastre.

Las mujeres reportan diferentes tipos de vulnerabilidades adicionales, durante y después de los desastres, sobre todo porque experimentan problemas de salud relacionados con SSR y complicaciones de embarazo, parto y post parto, y porque son las principales víctimas de todo tipo de violencia doméstica perpetrada por su pareja.

Las estrategias de mitigación de los desastres, se enfocan hacia las necesidades de alimentación, agua potable y refugio para los damnificados, dejando las necesidades de SSR en un segundo plano.

Tanto los desastres como las estrategias de respuesta ante éstos, no son neutros al género. Esto exige una revisión de las estrategias para incorporar consideraciones de género tanto en la fase de prevención, preparación, como en las fases de respuesta y reconstrucción.

Bibliografía

CHARVERIAT, T.

2000 Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en Fay, Marianne; F. Ghesquier; T. D. Solo. Desastres Naturales y Pobres Urbanos. Banco Mundial.

DEFENSA CIVIL BOLIVIA

(s/f) Plan de Contingencia para la sequía del chaco boliviano.

ENARSON, E.

2000 Gender and Natural Disasters. IPCRR Working Paper No.1. Organización Internacional de Trabajo.

GAMARRA DE GUARDIA, Alba

s/f Diagnóstico Sobre el Desarrollo Rural en el Chaco Boliviano.

GUSMAN, Nadine

2011 La Violencia contra las mujeres. Ponencia en la XXII Reunión Bienal de Investigadores en Reproducción Humana. Panamá, octubre, 2011.

HEISE, L.; J.P. Tanguy; A. Germain

1994 Violence Against women. The Hidden Health Burden. World Bank Discussion Paper 255.

INE

2002 BENI, Resultados Departamentales.

- 2005 Atlas Estadístico de Municipios 2005.
 2008 Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Informe preliminar.
 2011 Estadísticas de Medio Ambiente 2000-2009.

INE; UNFPA; USAID; CODEPO; CNPV.

- 2003 Bolivia: Niveles y Tendencias y Diferenciales de la Fecundidad 2003.

INSTRAW; UNFPA

- 2008 Salud Sexual y Reproductiva y Violencia en Personal Vulnerables: La Tormenta Noel en República Dominicana.

MARIE STOPS INTERNATIONAL AUSTRALIA

- s./f Sexual and Reproductive Health in Crisis Situation.

VERVEER, Melanne

- 2011 Ambassador-at-Large for Global Women's Issues delivers remarks on expansion magazine's 50 most powerful women of 2011. México D.F., 17 de agosto.

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES; SEDES: Chuquisaca, Santa Cruz, Beni y Tarija; FAM-Bolivia, OPS/OMS

- 2007 Atlas de Salud Departamental Santa Cruz 2005.
 2007 Atlas de Salud 2005. Departamento de Chuquisaca.
 2010 Atlas de Salud 2006 -2008 Departamento de Beni.
 2010 Atlas de Salud 2006 - 2007 Departamento de Tarija.
 2010 Índice de Salud Municipal 2009.

NN.UU-ERID

- 2004 Vivir con Riesgo. Informe Mundial sobre iniciativas para la reducción de desastres.
 2005 Conferencia Mundial sobre Reducción de los Desastres. Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015. Aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres.

OMS

- 2002 Informe Mundial sobre Violencia y la Salud-Resumen.
 2005 Estudio multipaís de la OMS sobre la Salud de la Mujer y violencia doméstica.

OXFAM

2009 Cambio Climático, Adaptación y Pobreza en Bolivia. La Paz

PINTO, Guido; M. Kincaid; B. Murillo

2010 The relationship between domestic violence and reproductive health and family planning services in Bolivia, 2003. Población y Salud Mesoamérica. vol. 7, No. 2, 4. enero-junio.

PNUD

2007 Objetivos de Desarrollo del Milenio Beni, Situación antes del fenómeno del niño.

PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS DE LAS NACIONES UNIDAS

2006 Diagnóstico de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en el Chaco Boliviano Coordinación: Carmen Barragán, PMA.

RED HUMANITARIA

2010 Reporte Misión de Valoración y validación de Información. Sequía El Chaco, Bolivia.

UNFPA

2008 UNFPA Strategy and Framework for Action Addressing Gender Based Violence 2008-2011.

UNFPA; Corporación de Desarrollo y Paz del Magdalena Medio; CDPMM s/f Informe Técnico Final. Estrategia de atención humanitaria a la situación de emergencia invernal, con enfoque diferencial y de fortalecimiento de las redes de base en colaboración con socios locales en la región del Magdalena medio.

UN-WOMEN

2010 The Annual Report. The United Nation Trust Fund to End Violence Against Women.

VIDECICODI/OXFAM/NCCR North South/FUNDEPCO

2008 Atlas de Amenazas, Vulnerabilidades y Riesgos de Bolivia.

Fuentes consultadas por medio electrónico

- 4/09/2011 <http://www.ine.gob.bo/publicaciones/visorPdf.aspx?codigo050801&tipo=1>,
- 6/09/2011 http://www.alianzarural.org.bo/WebPar/Downloads/Análisis_Social_Chaco.pdf,
- 9/09/2011 <http://www.ine.gob.bo/publicaciones/visorPdf.aspx?Codigo011003&tipo1> (Machareti)
- 9/09/2011 <http://www.ine.gob.bo/publicaciones/visorPdf.aspx?Codigo060303&tipo1> (Vilamontes)
- 9/09/2011 <http://www.ine.gob.bo/publicaciones/visorPdf.aspx?Codigo070705&tipo1> (Gutierrez).
- 9/09/2011 <http://www.ine.gob.bo/publicaciones/visorPdf.aspx?Codigo070702&tipo1> (Charagua).

ANEXOS

ANEXO 1

Variables observadas en el modelo (y: violencia por parte de la pareja)

	Test- χ^2	Frecuencia	Efecto Particular De la variable	
			OR	Sig.
Estado Civil	0,000			
Soltera		23		
Concubina		422	10,1	0,000
Casada		147	9,7	0,000
Divorciada ¥		1	--	--
Separada		40	3,2	0,098
Viuda		8	2,2	0,436
Ns/Nr ¥		2	--	--
Rango de Edad (*)	0,168			
18-19		44		
20-29		264	1,679	0,115
30-39		210	2,096	0,028
40-49		122	1,405	0,337
Ns/Nr ¥		3	--	--
Nivel de Instrucción (*)	0,708			
Ninguno		19		
Primaria		308	0,92	0,861
Secundario		265	1,009	0,985
Téc-Normal-Ed.Sup		49	0,643	0,419
Ns/Nr ¥		2	--	--
Idiomas que habla (*)	0,585			
Sólo español		493		

Español y/o Otros		42	1,392	0,323
Español y Guaraní		106	0,834	0,398
Ns/Nr ¥		2	--	--
Categoría Ocupacional (*)	0,431			
Cuenta propia		125		
Trabajadora de Hogar		54	1,425	0,299
No trabaja-Labores de Hogar		373	0,86	0,470
Otros		88	0,817	0,470
Ns/Nr ¥		3	--	--
Jefatura del hogar (**)	0,000			
Sólo mujer		105		
Sólo hombre		197	2,783	0,000
Ambos u otra persona		341	1,91	0,004

(¥) No se calcularon los OR debido a la poca cantidad de casos.

(*) Se excluyeron estas variables debido a ser poco significativas (>0.05).

(**) Se excluyó a esta variable ya que no era significativa en el modelo multivariado (>0.05).

ANEXO 2

Resumen de periódicos en relación a la ayuda a los damnificados

BENI:

Fuente	Informe	Alimentos y agua para consumo humano	Alimentos para consumo animal	Medicamentos para atención a damnificados	Equipos (cargas, mosquiteros, herramientas)	Combustible	Personal médico (Veterinarios)	Kit de higiene	Viviendas
La palabra del Beni Trinidad, 25 sept. 2010	Los miembros del grupo SAR junto a los Bomberos Voluntarios, lograron hasta la fecha dar una cantidad suficiente de agua y algunos alimentos.	×							
La palabra del Beni Trinidad, 13 sept. 2010	Desde el pasado sábado 10 de septiembre, las comunidades más azotadas por la sequía y que más necesitan por las condiciones de vida de sus habitantes, comenzaron a recibir ayuda alimentaria de parte de la Prefectura del Beni a través de Defensa Civil, se informó ayer.	×							
Noticias 2010 Erbol periódico digital Trinidad, Beni, 9 Abril (ERBOL)	Defensa Civil y el PMA entregan Un total de 14,5 toneladas de alimentos para un período de 30 días.	×							
Noticias 2010 Erbol periódico digital La Paz, 6 Mar (ERBOL)	Nemesia Achacollo, instruyó como una de las medidas inmediatas el envío de otras 120 toneladas de alimentos en la siguiente semana para el ganado existente en esta región.		×						

Fuente	Informe	Alimentos y agua para consumo humano	Alimentos para consumo animal	Medicamentos para atención a damnificados	Equipos (carpas, mosquiteros, herramientas)	Combustible	Personal médico (Veterinarios)	Kit de higiene	Viviendas
Noticias 2010 Erbol periódico digital La Paz, 4 Marzo (ERBOL)	Como Gobierno se ayuda con combustible, para el traslado del ganado, así como la asistencia con 50 técnicos veterinarios para el Beni. Vásquez informó que entre el viernes y sábado, se tiene previsto llevar 100 toneladas de heno para la alimentación del ganado en Beni.		x			x	x		
Noticias 2010 Erbol periódico digital Trinidad, Beni, 18 Febrero	La prefectura ya destinó alimentos para la atención de la emergencia en el municipio; con la Cruz Roja se coordina este trabajo.	x							
Noticias 2010 Erbol periódico digital Santa Cruz, 9 Febrero (Erbol) Más ayuda para Trinidad	La Dirección General de Emergencias trasladó esta mañana hasta la <u>ciudad de Trinidad</u> 30 toneladas de alimentos, colchonetes, vituallas y medicamentos para las familias afectadas por las inundaciones.	x			x				
Noticias 2010 Erbol periódico digital Trinidad, Beni, 1 Febrero (Erbol Patujú)	10 toneladas de ayuda humanitaria llegaron este lunes hasta la <u>ciudad de Trinidad</u> , capital del departamento del Beni consiste en alimentos, kit de higiene personal, colchones, carpas y herramientas.	x			x		x		
Noticias 2010 Erbol periódico digital Trinidad, 30 Enero (Erbol/tomado de La Palabra)	500 mil bolivianos al Comité de Operaciones de Emergencia (COE) departamental para atender la situación de emergencia a causa de las inundaciones, para la compra de medicamentos, carpas y vituallas que serán distribuidos a los municipios que tienen problema con el agua por el rebalse de los ríos.	x			x				
Noticias 2010 Erbol periódico digital Trinidad, 6 Enero (Erbol/tomado de El Deber)	Entre las medidas de respuesta a una eventual emergencia, las autoridades locales establecieron los lugares donde se evacuará a las familias afectadas y la forma de aprovisionamiento de alimentos	x							

Fuente	Informe	Alimentos y agua para consumo humano	Alimentos para consumo animal	Medicamentos para atención a damnificados	Equipos (carpas, mosquiteros, herramientas)	Combustible	Personal médico (Veterinarios)	Kit de higiene	Viviendas
Noticias 2010 Erbol periódico digital La Paz, 5 Enero (Erbol)	Riberalta: Arribo de una aeronave trasladando alimentos, medicamentos y vituallas para ser dispuestos por el COE ante la posibilidad de atender a familias damnificadas por inundaciones.	x		x					
Noticias 2010 Erbol periódico digital Trinidad, 30 Noviembre (Patujú-Erbol)	Entregan viviendas gratuitas a familias damnificadas por inundaciones en Trinidad.								x
Trinidad, Beni, 9 Abril (Erbol). 2010	Un total de 14,5 toneladas de alimentos para un período de 30 días fueron entregadas ayer 8 de abril por Defensa Civil y el Programa Mundial de Alimentos, a 250 familias afectadas por las inundaciones en el municipio de Trinidad, Beni, según Onda Local.	x							
ERBOL. 24 Marzo 2010	"Tenemos alrededor de 5.400 familias damnificadas. El domingo salió una embarcación al Mamoré llevando alimentos y medicamentos para atender a familias que se encuentran en las orillas del río pasando Santa Ana. También hemos atendido con el barco hospital a la zona del Tipnis, de la misma manera al sur del departamento."	x		x					
Trinidad, 6 Enero (Erbol/tomado de El Deber) 2010	Ya procedimos al traslado de cerca de 15 toneladas de alimentos al municipio de San Ignacio, y se están llevando otra cantidad de alimentos y vituallas a Santa Ana y otros municipios amenazados por las inundaciones."	x							
ERBOL La Paz, 11 Febrero 2010	La Dirección General de Emergencias trasladó esta mañana hasta la <u>ciudad de Trinidad</u> 30 toneladas de alimentos, colchonetes, vituallas y medicamentos para las familias afectadas por las inundaciones.	x			x				

Fuente	Informe	Alimentos y agua para consumo humano	Alimentos para consumo animal	Medicamentos para atención a damnificados	Equipos (carpas, mosquiteros, herramientas)	Combustible	Personal médico (Veterinarios)	Kit de higiene	Viviendas
El Diario y ABI 18 de febrero de 2010 Trinidad	El sistema nacional de Defensa Civil envió alimentos, carpas, herramientas y vituallas a algunas de las comunidades afectadas por las riadas.	x			x				
ERBOL Comunicaciones – Periódico Digital Viernes 14 de enero del 2011	El Programa Mundial de Alimentos (PMA) y Defensa Civil entregaron 14, 5 toneladas de alimentos.	x							
La Palabra del Beni 01 febrero 2011	“Se cuenta con 750 quintales de arroz de 30 kilogramos cada bolsa, 180 bolsas de arveja de 50 kg cada una, 6.000 kg de sal y 3.000 litros de aceite de comer. Alimentos donados por la Organización de Ayuda Alimentaria del sistema de las Naciones Unidas.	x							
La palabra del Beni Trinidad, 07 octubre 2011	Han recibido un total de 12.366 kg. de harina, 4.200 Kg. de azúcar, cantidad similar de arroz, maíz, la entrega se efectúa de acuerdo a una tabla de valores establecida por el Ministerio de Defensa.	x							
La palabra del Beni Trinidad, 05 octubre 2011	La Prefectura repartió más de 1.250.000 litros de agua, alimentos, medicamentos y vituallas.	x		x					

Chaco:

Fuente	Informe	Alimentos y agua para consumo humano	Alimentos para consumo animal	Medicamentos para atención a damnificados	Equipos (carpas, mosquiteros, herramientas)	Combustible	Personal médico Veterinarios/ insumos veterinarios	Kit de higiene	Semillas	Viviendas	Atención a salud sexual y reproductiva de la mujer
Martes, 9 de noviembre del 2010	El director nacional de Defensa Civil, general Gustavo Gandarillas, informó ayer que desde el 1 de enero hasta el presente se envió una tonelada de alimentos a las zonas afectadas por las inundaciones y los desbordes de ríos, al igual que una considerable cantidad de medicamentos para la atención de enfermedades respiratorias e intestinales.	x		x							
El Diario Santa Cruz - Bolivia 12 de octubre de 2010	“...Por lo que el PMA hasta el momento, entregó 114 toneladas de alimento para 15 días, para 5.500 familias de los municipios más afectados: Gutiérrez, Charagua y Lagunillas”.	x									
El Mundo Santa Cruz - Bolivia 29 de septiembre de 2010	Transporte y personal listos para ingresar al Chaco para distribuir alimentos El Centro de Operaciones de Emergencia Departamental (COED), junto con el Programa Mundial de Alimentos (PMA) y Defensa Civil, envió ocho camiones con 115 toneladas de alimentos a la provincia de Cordillera, con el fin de combatir la sequía que ha venido azotando este año a esta región. La ayuda, consistente en arroz, harina, aceite, frejol y sal, beneficia a seis mil 270 familias de los municipios de Lagunillas, Gutiérrez y Charagua.	x									
El Diario Santa Cruz - Bolivia 14 de septiembre de 2010	“...Las cinco cisternas (agua) no abastecen y nos va a hacer pelear, por eso exigimos se cumpla el compromiso de poder trae inmediatamente 10 cisternas y que se modifique la parte del contrato que dice que sólo se lleve cuatro viajes por día”.	x									

Fuente	Informe	Alimentos y agua para consumo humano	Alimentos para consumo animal	Medicamentos para atención a damnificados	Equipos (carpas, mosquiteros, herramientas)	Combustible	Personal médico Veterinarios/ insumos veterinarios	Kit de higiene	Semillas	Viviendas	Atención a salud sexual y reproductiva de la mujer
El Deber Santa Cruz - Bolivia 01 de septiembre de 2010	Por su parte, la Asociación de Ganaderos de San José de Chiquitos recibió alimento para el hato ganadero de parte de la Gobernación de Santa Cruz ante gestiones realizadas por la Subgobernación la Alcaldía y Agasajo. Indico que recibieron 100 toneladas de bagazo hidrolizado de la cuales 50 son para San José, 25 para San Miguel y 25 para San Rafael.		x								
El Deber Santa Cruz - Bolivia 11 de agosto de 2010	Ganaderos de Camiri recibieron 26 toneladas de bagazo hidrolizado Con 26 toneladas métricas de bagazo hidrolizado que llegaron ayer a Camiri, la ayuda que presta el gobierno departamental dotando de este alimento a los pequeños y medianos ganaderos supera las 100 toneladas, lo que reduce en algo la falta de forraje como efecto de la prolongada sequía que afecta al Chaco.		x								
26 DE JUNIO DE 2010 REDACCIÓN AGENCIAS	La ración seca fortificada donada por el PMA será distribuida entre los 16 municipios del Chaco de Santa Cruz, Tarija y Chuquisaca, aclaró Fernández.	x									
El Deber Santa Cruz - Bolivia 28 de septiembre de 2010	Chaco cruceño Envían alimentos a familias El Programa Mundial de Alimentos (PMA) y Visión Mundial están entregando, desde hace una semana, alimentos para 45 días a 7.012 familias damnificadas por la sequía en los municipios del chaco cruceño Cuevo, Camiri, Gutiérrez, Charagua y Lagunillas. Se trata de maíz, harina, arroz, sal, frejol y aceite.	x									

Fuente	Informe	Alimentos y agua para consumo humano	Alimentos para consumo animal	Medicamentos para atención a damnificados	Equipos (carpas, mosquiteros, herramientas)	Combustible	Personal médico Veterinarios/ insumos veterinarios	Kit de higiene	Semillas	Viviendas	Atención a salud sexual y reproductiva de la mujer
20 de enero de 2006 http://www.la-prensa.com.bo	Desarrollo Rural y Defensa Civil acuerdan proyecto de emergencia Los beneficiarios identificados son aquellos pequeños y medianos productores agropecuarios de las Zonas del Altiplano y del Chaco Boliviano, afectados por los fenómenos climatológicos suscitados como consecuencia del fenómeno de El Niño 2009-2010 y sequía recurrente (2008-2010). Con los recursos previstos en el convenio, el Viceministerio de Defensa Civil y el Viceministerio de Desarrollo Rural y Agropecuario serán las instancias que implementarán la atención a la emergencia agropecuaria, con la provisión de insumos agropecuarios, particularmente: semilla forrajera, alimento para ganado e insumos veterinarios.		x				x		x		
Los Tiempos Cochabamba - Bolivia 04 de noviembre de 2010	También cubrirá el reparto de vales de comida, la distribución de semillas, complementada con la rehabilitación de los suelos, y la mejora de las prácticas de producción y posteriores a la cosecha, la distribución de vitaminas y sales, o el tratamiento veterinario para prevenir la pérdida de grandes cantidades de ganado.	x					x		x		
Martes, 9 de noviembre del 2010	El Gobierno construyó 418 viviendas y las entregó a comienzos de noviembre a los damnificados de las riadas que perdieron sus casas y sus tierras ubicadas en las riberas del Río Grande.								x		

ANEXO 3

Encuestas y formularios

UNFPA-CIDES/UMSA
ENCUESTA - MUJERES EN SITUACIONES DE RIESGO, INUNDACIÓN

Formulario No. _____

Ubicación geográfica: Departamento _____
Municipio _____ /Zona/ Comunidad _____
Nombre y clave del/de la encuestadora _____ / _ / _ /
Día ___ Mes ___ Año ___ Hora de inicio de la encuesta _____ Hora de conclusión de la encuesta _____

SECCIÓN 1: ANTECEDENTES DE LA ENCUESTADA

No.	PREGUNTAS	CATEGORIA DE LA RESPUESTA	PASE
101	¿Me puede decir por favor cuántos años tiene? ¿En qué fecha nació? / _ / _ / _ / _ /	Años cumplidos _____ (Si la mujer es menor a 18 años o mayor a 50, no proceder con la encuesta.)	
102	¿Dónde nació usted?	1. Municipio _____ 2. Departamento _____	

103	¿Desde cuándo vive aquí?	Meses /__/__/ Años /__/__/ Siempre /__/__/ (pasa) →																		
104	¿Dónde vivió hace 5 años (2005)?	1. Municipio _____ 2. Departamento _____																		
105	¿Usted ha estudiado? ¿Cuál fue el nivel del último curso que aprobó?	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">NIVEL</th> <th style="text-align: center;">CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sin educación formal</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Primario</td> <td>2 /__/__/</td> </tr> <tr> <td>Secundario</td> <td>3 /__/__/</td> </tr> <tr> <td>Técnico</td> <td>4 /__/__/</td> </tr> <tr> <td>Escuela normal</td> <td>5 /__/__/</td> </tr> <tr> <td>Universidad</td> <td>6 /__/__/</td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL	CURSO	Sin educación formal	1	Primario	2 /__/__/	Secundario	3 /__/__/	Técnico	4 /__/__/	Escuela normal	5 /__/__/	Universidad	6 /__/__/	Otro	7	
NIVEL	CURSO																			
Sin educación formal	1																			
Primario	2 /__/__/																			
Secundario	3 /__/__/																			
Técnico	4 /__/__/																			
Escuela normal	5 /__/__/																			
Universidad	6 /__/__/																			
Otro	7																			
106	A: ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió en su niñez? B: ¿Qué idiomas habla ahora?	<p style="text-align: center;">A</p> 1. Aimara 2. Quechua 3. Español 4. Guaraní 5. Otro Especificar	<p style="text-align: center;">B</p> 1. Aimara 2. Quechua 3. Español 4. Guaraní 5. Otro(s) Especificar																	

SECCIÓN 2: SITUACIÓN DE EMERGENCIA

Ahora, le vamos a preguntar sobre la situación de emergencia de Inundación que ha experimentado entre el año 2010 al presente

No.	PREGUNTAS	CATEGORIA DE LA RESPUESTA		PASE
201	<p>¿Qué situaciones cambiaron en la salud de las mujeres con la Inundación?</p> <p>Respuestas Múltiples</p> <p>Leer las alternativas y marcar</p>	<p>1. Afectaciones de la Salud</p> <p>2. No se tiene adecuada atención en salud</p> <p>3. Bajos ingresos económicos, afectan salud familiar</p> <p>4. Cambio de la forma de vivir, menor actividades de prevención</p> <p>5. Falta de medicamentos básicos</p> <p>6. Desplazamiento a otros sitios.</p> <p>7. Escasez de alimentos que produce la zona</p> <p>8. Otro.....</p>		
Actividad Principal de la Encuestada		Antes de la Emergencia Inundación	Durante y después la Emergencia Inundación	PASE
202	<p>¿Me puede decir por favor cuál fue (era) su principal actividad u ocupación?</p> <p>1. Trabajadora manual</p> <p>2. Empleada</p> <p>3. Trabajadora por cuenta propia</p> <p>4. Empleadora o socia</p> <p>5. Trabajadora o aprendiz no remunerada</p> <p>6. Profesional/independiente</p> <p>7. Trabajadora del hogar</p> <p>8. No está trabajando</p> <p>9. Labores de casa</p> <p>10. Otro..... Especificar</p>			

SECCIÓN 3: MATERNIDAD SEGURA

Nos gustaría preguntarle acerca de todos los embarazos, hijos e hijas nacidos vivos que usted ha tenido.

No.	PREGUNTAS	CATEGORÍA DE LA RESPUESTA	PASE
301	¿Se ha embarazado alguna vez?	Sí1 No2 →	401
302	Ha tenido algún embarazo que terminó en :	1. Pérdida /_/_ 2. Nacido muerto /_/_ 3. Aborto espontáneo /_/_ 4. Aborto provocado /_/_ 5. Nacidos vivos /_/_ TOTAL /_/_ CONFIRMAR CON LA ENTREVISTADA	
303	¿Cuántos hijos propios tiene ahora? (ANOTE NÚMERO)	/_/_	

A continuación le vamos a preguntar sobre sus experiencias en emergencias, inundaciones a partir del año 2010 hasta la actualidad.

303	¿Desde que comenzó la emergencia de inundación Ud., estaba: Tomar en cuenta desde el año 2010 al 2011	1. Embarazada 2. A punto de dar a luz (parto) 3. En post parto 4. No estaba embarazada (PASE) →	401
-----	--	--	-----

Ahora le voy a preguntar acerca de su maternidad, cómo fue en su embarazo, en el parto y el postparto.

Es importante averiguar SONDEAR sobre este proceso de la salud materna durante la emergencia

PREGUNTAR POR FILA: A: Embarazo, B: Parto y C: Postparto

No.	PREGUNTAS	EMBARAZO	PARTO	POSPARTO
304	En los embarazos, en el parto, postparto, generalmente pueden haber malestares de salud LEER LAS OPCIONES:	A 1. Vómitos 2. Fiebre 3. Pérdida de líquido 4. Dolores 5. Calambres 6. Sangrado 7. Otros.....	B 1. Parto prolongado 2. Sangrado excesivo 3. Placenta no salía 4. Desgarros genitales 5. Bebé mal acomodado 6. Pérdida de líquido 7. Otras.....	C 1. Dolores de cabeza 2. Visión borrosa, como estrellitas 3. Presión arterial elevada 4. Ataques/ convulsiones 5. Pérdida de conciencia 6. Fiebre o calentura 7. Infección en la matriz 8. Flujo vaginal y/o mal olor 9. Dolor o ardor al orinar 10. Otro.....

305	<p>Buscó atención o ayuda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personal servicio de salud 2. ONG' s 3. Partera 4. Médico tradicional 5. Amigos, vecinos 6. Familiares, esposo 7. Se atendió usted misma 8. Otro.... 			
306	<p>¿Cuál fue la principal dificultad que tuvo para llegar hasta el Servicio de Salud?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de transporte 2. Mal estado de los caminos 3. El servicio de salud queda lejos 4. Otra dificultad..... 			
307	<p>¿Dónde acudió al servicio de salud? ¿Cómo la han tratado, cómo fue la atención? ¿Tuvo alguna dificultad?</p> <p>INDAGAR</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Larga espera (mucho) 2. Incómoda 3. Personal poco amable, nos trataron mal 4. Personal sin experiencia poco capacitado 5. Personal nunca disponible 6. No había medicinas /sangre/instrumental/ camas 7. No quisieron atendernos 8. Nos enviaron a otro servicio de salud 9. Otros problemas..... 			

308	Si Ud., ha tenido algún malestar y no acudió a buscar ayuda, ¿cuál fue la razón principal? 1. Dificultades de transporte 2. Problemas de acceso por la emergencia 3. No sabían (no sabía) dónde acudir 4. La razón principal era de noche 5. No tenía dinero 6. Estaba sola / no había quien la acompañe 7. Otra razón.....			
-----	---	--	--	--

SECCIÓN 4: PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Ahora le preguntaremos sobre aquellas situaciones de emergencia como inundaciones, donde a veces se dificulta el acceso a métodos de planificación familiar.

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS		Antes de la Emergencia Inundación	Durante y Después la Emergencia Inundación	PASE
401	¿Usted o su pareja han estado utilizando algún método anticonceptivo para postergar o evitar el embarazo?	Sí No (PASE) →	Sí No. (PASE) →	405
402	¿Qué método utilizó? NO LEER OPCIONES 1. Esterilización femenina 2. Esterilización masculina 3. Píldoras anticonceptivas 4. DIU 5. Inyectables 6. Implantes 7. Condón masculino 8. Condón femenino 9. Amamantamiento (MELA) → PASE 405 10. Método de ritmo / Calendario → PASE 405 11. Retiro antes de la eyaculación → PASE 405 12. Otros (especificar)..... MARQUE EL PRINCIPAL			
403	¿Dónde obtuvo el método anticonceptivo? 1. Hospital Público 2. Hospital de la Seguridad Social 3. Centro o Posta de Salud Público 4. ONG's 5. Clínica privada 6. Consultorio Médico/ 7. Farmacia 8. Distribuidor comunitario 9. Promotor de salud 10. OTRO (especificar).....			

<p>404</p>	<p>A veces los métodos no están disponibles, ¿Alguna vez NO pudo o se le dificultó conseguir el método?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas de transporte 2. Dificultades de acceso por la emergencia 3. No sabían (no sabía) dónde acudir 4. No tenía dinero 5. No estaba disponible 6. Otra razón..... 7. Especificar 8. Pudo conseguir siempre <p>NO LEER OPCIONES</p>	<p>→</p>	<p>→ Todos Pasan A 501</p>	
<p>405</p>	<p>¿Cuál fue la principal razón para que no esté utilizando un método anticonceptivo MODERNO en ese momento?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No conoce 2. Falta de acceso 3. Método no disponible 4. Muy costoso 5. No sabe dónde conseguir un método 6. Falta de información 7. Pareja se opone 8. Sexo infrecuente/pareja ausente 9. Porque quiere embarazarse 10. Otro (especificar)..... 			

SECCIÓN 5. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR)

En situaciones de emergencia como inundaciones, a veces se tiene otras prioridades o en otros casos no está disponible o se dificulta el acceso a servicios de salud. Es importante conocer la situación de SSR de la población.

	SSR	Antes de la emergencia de Inundación	Durante y después de la emergencia de Inundación	PASE
501	<p>¿Ha tenido alguno de estos síntomas? LEER TODAS LAS OPCIONES, RESPUESTAS MÚLTIPLES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infecciones vaginales 2. Ronchas 3. Flujo 4. Llagas 5. Verrugas 6. Picaazón 7. Problemas al orinar 8. Otro..... 9. Ninguno → PASE 505 			
502	<p>Donde buscó atención o ayuda: NO LEER OPCIONES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Del personal de un servicio de salud 2. ONG's 3. De personas de la comunidad que saben (partera, médico tradicional) 4. De amigos, vecinos o familiares, esposo 5. Se atendió usted misma 6. Otro.... Especificar 			
503	<p>¿Qué dificultades tuvo para llegar a un Servicio de Salud? SI LA RESPUESTA ES 'SÍ', PREGUNTE:</p> <p>¿Cuál fue la principal dificultad que tuvo para llegar hasta el Servicio de Salud?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de transporte 2. Mal estado de los caminos 3. El servicio de salud queda lejos 4. Otra dificultad..... 5. Ninguna dificultad 	→	→	Todos Pasan A 601

504	¿En el caso que UD. Tuvo malestares ¿Cuál fue la razón principal por la que no buscó ayuda? 1. Dificultades de transporte 2. Problemas de acceso por la emergencia 3. No sabían (no sabía) dónde acudir 4. No tenía dinero 5. Estaba sola / no había quien la acompañe 6. Otra razón.....			
-----	--	--	--	--

SECCIÓN 6: COMUNICACIÓN Y CAPACITACIÓN EN SSR

En los casos de emergencias naturales como inundaciones, es necesario que la población esté permanentemente preparada y tenga acceso a información y capacitación, pero muchas veces no se da. Esta sección es acerca de esta situación.

No.	PREGUNTAS	CATEGORÍA DE LA RESPUESTA	PASE
601	Recibió alguna información orientación o capacitación en SSR, tales como: Embarazo, Parto, Postparto, Planificación Familiar e ITS-VIH	1. Embarazo 2. Parto 3. Postparto 4. Planificación Familiar 5. ITS-VIH 6. No recibió	
602	¿Ha recibido alguna charla/información sobre violencia que las mujeres experimentan?	1. Sí 2. No	
603	¿Ha recibido algún tríptico, cartilla o material audio-visual sobre la violencia que las mujeres experimentan?	1. Sí 2. No	
604	Basado en su experiencia ¿Considera necesario en la situación posterior a la emergencia, recibir información y servicios sobre salud reproductiva, para proteger a las mujeres?	1. Sí Porque 2. No Porque	

SECCIÓN 7: VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (Encuesta de la OMS)

Quando dos personas viven juntas sea por matrimonio o acuerdo personal, por lo general comparten buenos y malos momentos. En situaciones de emergencia, cuando surge una inundación, todas pasan circunstancias muy delicadas y pueden presentarse encuentros no muy agradables. Ahora quisiera preguntarle acerca de sus relaciones de pareja (actual o anterior) durante el último desastre que sucedió aquí.

De nuevo le aseguro la confidencialidad. Si alguien aparece al medio de la encuesta, cambiaré de tema de conversación. Además tenga la seguridad que sus respuestas se mantendrán en secreto, y cómo le mencioné antes, no tiene que responder ninguna pregunta si no lo desea.

701	Como consecuencia de la emergencia de Inundación: ¿Usted tuvo que dejar su hogar?...	1. Sí 2. No (PASE) →	705
702	¿Dónde se fue a vivir?	1. Casa de familiares 2. Donde vecinos 3. Albergues 4. Otro.....	
703	¿Con cuántas personas compartía en ese lugar?	/ / /	
704	¿Cuánto tiempo vivieron fuera de su casa?	En meses / / /	
705	¿Qué dificultades enfrentaron en relación a la seguridad... usted y sus nin@s?		
706	¿Han formado algún comité de vigilancia o cuidado de las mujeres y nin@s?	1. Sí 2. No 3. Otro	
707	¿Experimentó alguna violencia física de parte de su pareja desde que sucedió la emergencia de inundación? ¿Puede recordar cuántas veces? NO TIENE PAREJA → PASA 713	1. Sí Cuántas veces..... 2. No	

Las siguientes preguntas puntuales plantean cosas que ha sucedido a muchas mujeres y que quizás puede ser que le haya sucedido a usted también:

Antes y/o durante-después de la emergencia, alguna vez su pareja ha:	ANTES DE LA INUNDACIÓN	DURANTE O DESPUÉS DE LA INUNDACIÓN
	Con qué frecuencia. 1. Una sola vez 2. Alguna vez 3. Muchas veces 4. No se acuerda 5. Nunca	Con qué frecuencia 1. Una sola vez 2. Alguna vez 3. Muchas veces 4. No se acuerda 5. Nunca

708	A. ¿Insultado o hecho sentir mal a usted sobre sí mismas?		
	B. ¿Denigrado o humillado?		
	C. ¿Cometido actos para atemorizarla a propósito (por ejemplo mirándola de cierta manera o gritando y rompiendo cosas)?		
	D. ¿Amenazado con hacerle daño a usted o a alguien importante para usted?		
	E. ¿Amenazó con quitarle su/s hijos?		
	F. Estos casos suceden más cuando él esta: 1. Tomado/Borracho 2. Sobrio 3. Indistinto		
709	A. ¿Le pegó o le tiro algo que podía lastimarla?		
	B. ¿Le empujó, la aventó o jaló el pelo?		
	C. ¿Le pegó con los puños o con algún objeto que podía lastimarla?		
	D. ¿Le pateó, arrastró o pegó?		
	E. ¿La asfixió o quemó a propósito?		
	F. ¿En estos casos, usted se ha defendido o luchó?		
	G. ¿La amenazó con una pistola, navaja o cualquier otra arma en su contra?		
	H. ¿A quién acudió para pedir ayuda?	Parentesco/amistad/..... Institución/.....	Parentesco/amistad/..... Institución/.....
	I. Estos casos suceden más cuando él esta: 1. Tomado/Borracho 2. Sobrio 3. Indistinto		

710	A. ¿Él le obligó a sostener relaciones sexuales cuando usted no quería?		
	B. ¿A quién acudió para pedir ayuda?	Parentesco/amistad/..... Institución/.....	Parentesco/amistad/..... Institución/.....
	C. Estos casos suceden más cuando él esta: 1. Tomado/Borracho 2. Sobrio 3. Indistinto.		
711	¿Su pareja le ha obligado a: 1. regularizar/o hacer bajar su período/ sangrado/ regla? 2. abortar?		
712	¿Durante el embarazo, la abofeteó, le pegó o la maltrató?		
713	A. ¿Experimentó alguna violencia física de otro hombre? 1. Sí 2. No → PASE 801		
	B. ¿Quién lo hizo?: 1. Padre/Padrastro 2. Hermano 3. Primo 4. Amigo 5. Otro.....		
	C. ¿A quién acudió para ayuda?	Parentesco/ amistad/..... Institución/.....	Parentesco/amistad/..... Institución/.....
714	A. Experimentó violencia sexual de parte de otro hombre (no su pareja)? 1. Pariente; 2. En el trabajo 3. Policía/Soldado 4. Algún amigo de la familia 5. Algún s sacerdote 6. Padre o pastor religioso		
	B. ¿A quién avisó?	Parentesco/amistad/..... Institución/.....	Parentesco/amistad/..... Institución/.....

SECCIÓN 8: ESTRUCTURA FAMILIAR Y EL ESTADO CIVIL

Los desastres a veces obligan a parejas a migrar para buscar trabajo, y muchas veces hasta las parejas llegan a tener situaciones difíciles que los lleva a separarse o el hombre abandona la familia. Esta parte de la encuesta recoge información sobre estos temas:

		Antes de la emergencia Inundación	Durante y después de la emergencia Inundación
801	Su pareja vive con usted desde antes, durante y después de la emergencia: Nunca tuvo pareja (PASE) → 803 Si Abandonó la familia Se fue con otra mujer Migró a la ciudad a buscar trabajo Migró al exterior a buscar trabajo Si vive Otro.....		
802	¿Su pareja le da o manda dinero para mantenimiento de la familia?	1. Sí 2. No	1. Sí 2. No
803	¿Habido algún miembro de su familia que falleció durante y/o después del desastre? ¿Quiénes?		Parentesco (edad) _____/___/___ _____/___/___ _____/___/___
804	Su estado civil antes y durante-después de la emergencia:	1. Soltera 2. Concubina 3. Casada 4. Divorciada 5. Separada 6. Viuda	1. Soltera 2. Concubina 3. Casada 4. Divorciada 5. Separada 6. Viuda
805	¿Quién ha sido o es el/la jefe de su hogar?	1. Yo misma 2. Esposo/Pareja 3. Ambos 4. Padre/madre 5. Otra persona.	1. Yo misma 2. Esposo/Pareja 3. Ambos 4. Padre/madre 5. Otra persona.

Muchísimas gracias por su tiempo y por proveernos tanta información valiosa. Como mencioné al inicio, toda la información que nos dio es absolutamente confidencial y no será compartida con nadie de manera particular.

UNFPA-CIDES/UMSA

ENCUESTA - MUJERES EN SITUACIONES DE RIESGO, INUNDACIÓN

Formulario No. _____

Ubicación geográfica:	Departamento _____
	Municipio _____ /Zona/ Comunidad _____
Nombre y clave del/de la encuestadora _____ / / / /	
Día __ Mes __ Año __ Hora de inicio de la encuesta _____ Hora de conclusión de la encuesta _____	

SECCIÓN 1: ANTECEDENTES DE LA ENCUESTADA

No.	PREGUNTAS	CATEGORIA DE LA RESPUESTA	PASE
101	¿Me puede decir por favor cuántos años tiene? ¿En qué fecha nació? / / / / / / / /	Años cumplidos _____ (Si la mujer es menor a 18 años o mayor a 50, no proceder con la encuesta.)	
102	¿Dónde nació usted?	1. Municipio _____ 2. Departamento _____	
103	¿Desde cuándo vive aquí?	Meses / / / / Años / / / / Siempre / / / / (pasa) →	
104	¿Dónde vivió hace 5 años (2005)?	1. Municipio _____ 2. Departamento _____	

105	¿Usted ha estudiado? ¿Cuál fue el nivel del último curso que aprobó?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center; width: 50%;">NIVEL</th> <th style="text-align: center; width: 50%;">CURSO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sin educación formal</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Primario</td> <td>2 / / /</td> </tr> <tr> <td>Secundario</td> <td>3 / / /</td> </tr> <tr> <td>Técnico</td> <td>4 / / /</td> </tr> <tr> <td>Escuela normal</td> <td>5 / / /</td> </tr> <tr> <td>Universidad</td> <td>6 / / /</td> </tr> <tr> <td>Otro</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table>		NIVEL	CURSO	Sin educación formal	1	Primario	2 / / /	Secundario	3 / / /	Técnico	4 / / /	Escuela normal	5 / / /	Universidad	6 / / /	Otro	7	
NIVEL	CURSO																			
Sin educación formal	1																			
Primario	2 / / /																			
Secundario	3 / / /																			
Técnico	4 / / /																			
Escuela normal	5 / / /																			
Universidad	6 / / /																			
Otro	7																			
106	A: ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió en su niñez? B: ¿Qué idiomas habla ahora?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Aimara</td> </tr> <tr> <td>2. Quechua</td> </tr> <tr> <td>3. Español</td> </tr> <tr> <td>4. Guaraní</td> </tr> <tr> <td>5. Otro</td> </tr> <tr> <td>Especificar</td> </tr> </tbody> </table>	A	1. Aimara	2. Quechua	3. Español	4. Guaraní	5. Otro	Especificar	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">B</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Aimara</td> </tr> <tr> <td>2. Quechua</td> </tr> <tr> <td>3. Español</td> </tr> <tr> <td>4. Guaraní</td> </tr> <tr> <td>5. Otro(s)</td> </tr> <tr> <td>Especificar</td> </tr> </tbody> </table>	B	1. Aimara	2. Quechua	3. Español	4. Guaraní	5. Otro(s)	Especificar			
A																				
1. Aimara																				
2. Quechua																				
3. Español																				
4. Guaraní																				
5. Otro																				
Especificar																				
B																				
1. Aimara																				
2. Quechua																				
3. Español																				
4. Guaraní																				
5. Otro(s)																				
Especificar																				

SECCIÓN 2: SITUACIÓN DE EMERGENCIA

Ahora le vamos a preguntar sobre la situación de emergencia de Sequía que ha experimentado entre el año 2010 al presente.

No.	PREGUNTAS	CATEGORIA DE LA RESPUESTA		PASE
201	<p>¿Qué situaciones cambiaron en la salud de las mujeres con la emergencia de la Sequía?</p> <p>Respuestas Múltiples</p> <p>Leer las alternativas y marcar</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Afectaciones de la Salud 2. No se tiene adecuada atención en salud 3. Bajos ingresos económicos, afectan salud familiar 4. Cambio de la forma de vivir, menor actividades de prevención 5. Falta de medicamentos básicos 6. Desplazamiento a otros sitios. 7. Escasez de alimentos que produce la zona 8. Otro..... 		
Actividad Principal de la Encuestada		Antes de la Emergencia Sequía	Durante y después la Emergencia Sequía	PASE
202	<p>¿Me puede decir por favor cuál fue (era) su principal actividad u ocupación?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trabajadora manual 2. Empleada 3. Trabajadora por cuenta propia 4. Empleadora o socia 5. Trabajadora o aprendiz no remunerada 6. Profesional/independiente 7. Trabajadora del hogar 8. No está trabajando 9. Labores de casa 10. Otro..... Especificar 			

SECCIÓN 3: MATERNIDAD SEGURA

En esta sección, nos gustaría preguntarle acerca de todos los hijos e hijas nacidos vivos que usted ha tenido desde 2010 al presente.

No.	PREGUNTAS	CATEGORÍA DE LA RESPUESTA	PASE
301	¿Se ha embarazado alguna vez?	Sí1 No2 →	401
302	¿Cuántos embarazos a tenido?	/ _ / _ /	
303	Ha tenido algún embarazo que terminó en :	1. Pérdida / _ / _ / 2. Nacido muerto / _ / _ / 3. Aborto espontáneo / _ / _ / 4. Aborto provocado / _ / _ / 5. No	
304	¿Cuántos hijos tiene? (ANOTE NÚMERO)	/ _ / _ /	

A continuación le vamos a preguntar sobre sus experiencias en emergencias (Sequías o inundaciones) a partir del año 2010 hasta la actualidad.

303	¿Desde que comenzó la emergencia de sequía Ud., estaba: Tomar en cuenta desde el año 2010 al 2011	1. Embarazada 2. A punto de dar a luz (parto) 3. En post parto 4. No estaba embarazada (PASE) →	401
-----	--	--	-----

En el siguiente bloque sobre la salud materna

PREGUNTAR POR FILA: Primero A: Embarazo, después, B: Parto y finalmente C: Postparto

No.	PREGUNTAS	EMBARAZO	PARTO	POSPARTO
304	En los embarazos, en el parto, postparto, generalmente pueden haber malestares de salud Ha tenido algun problema de salud como:	A 1. Vómitos 2. Fiebre 3. Pérdida de líquido 4. Dolores 5. Calambres 6. Sangrado 7. Otros..... 8. Ninguno (PASE) → 308	B 1. Parto prolongado 2. Sangrado excesivo 3. Placenta no salía 4. Desgarros genitales 5. Bebé mal acomodado 6. Pérdida de líquido 7. Otras..... 8. Ninguno (PASE) → 308	C 1. Dolores de cabeza 2. Visión borrosa, como estrellitas 3. Presión arterial elevada 4. Ataques/ convulsiones 5. Pérdida de conciencia 6. Fiebre o calentura 7. Infección en la matriz 8. Flujo vaginal y/o mal olor 9. Dolor o ardor al orinar 10. Otro..... 11. Ninguno (PASE) → 308

305	<p>Buscó atención o ayuda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Personal servicio de salud 2. ONG's 3. Partera 4. Médico tradicional 5. Amigos, vecinos 6. Familiares, esposo 7. Se atendió usted misma 8. Otro.... 9. Ninguno <p>(PASE) → 308</p>			
306	<p>¿Cuál fue la principal dificultad que tuvo para llegar hasta el Servicio de Salud?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de transporte 2. Mal estado de los caminos 3. El servicio de salud queda lejos 4. Otra dificultad..... 5. Ninguna dificultad 			
307	<p>Dónde acudió al servicio de salud, ha tenido algunos problemas o inconvenientes como:</p> <p>INDAGAR (Cómo la han tratado, cómo fue la atención)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Larga espera (mucho) 2. Incómoda 3. Personal poco amable, nos trataron mal 4. Personal sin experiencia poco capacitado 5. Personal nunca disponible 6. No había medicinas /sangre/instrumental/ camas 7. No quisieron atendernos 8. Nos enviaron a otro servicio de salud 9. Otros problemas (especifique) <p>Ninguno</p>			

308	¿Cuál fue la razón principal por la que no buscó ayuda? 1. Dificultades de transporte 2. Problemas de acceso por la emergencia 3. No sabían (no sabía) dónde acudir 4. La razón principal era de noche 5. No tenía dinero 6. Estaba sola / no había quien la acompañe 7. Otra razón..... Especificar			
-----	---	--	--	--

SECCIÓN 4: PLANIFICACIÓN FAMILIAR**Explicar sobre la emergencia y uso de algún método anticonceptivo.**

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS		Antes de la Emergencia Inundación	Durante y Después la Emergencia Inundación	PASE
401	¿Usted o su pareja estaban utilizando algún método anticonceptivo para postergar o evitar el embarazo?	Sí No (PASE) →	Sí No. (PASE) →	404
402	<p>¿Qué método utilizó?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esterilización femenina 2. Esterilización masculina 3. Píldoras anticonceptivas 4. DIU 5. Inyectables 6. Implantes 7. Condón masculino 8. Condón femenino 9. Anticoncepción de emergencia 10. Amamantamiento (MELA) 11. Método de ritmo 12. Retiro antes de la eyaculación 12. Otros (especificar)..... <p>SÓLO MARQUE EL PRINCIPAL MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO.</p>			
403	<p>¿Dónde obtuvo el método anticonceptivo?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hospital Público 2. Hospital de la Seguridad Social 3. Centro o Posta de Salud Público 4. ONG's 5. Clínica privada 6. Consultorio Médico/ 7. Farmacia 8. Distribuidor comunitario 9. Promotor de salud 10. OTRO (especificar)..... 			

404	<p>A veces los métodos no están disponibles, ¿Alguna vez NO pudo o se le dificultó conseguir el método?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Problemas de transporte 2. Dificultades de acceso por la emergencia 3. No sabían (no sabía) dónde acudir 4. No tenía dinero 5. No estaba disponible 6. Otra razón..... <p>Especificar →</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Pudo conseguir siempre → 			Todos Pasan A 501
405	<p>¿Cuál fue la principal razón para que no esté utilizando un método anticonceptivo moderno en ese momento?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No conoce 2. Falta de acceso 3. Método no disponible 4. Muy costoso 5. No sabe dónde conseguir un método 6. Falta de información 7. Pareja se opone 8. Sexo infrecuente/pareja ausente 9. Porque quiere embarazarse 10. Otro (especificar)..... 			

SECCIÓN 5. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR)

ITS-VIH		Antes del desastre	Durante y después del desastre	PASE
501	<p>¿Ha tenido alguno de estos síntomas? LEER TODAS LAS OPCIONES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Infecciones vaginales 2. Ronchas 3. Flujo 4. Llagas 5. Verrugas 6. Picazón 7. Problemas al orinar 8. Otro..... 			
502	<p>¿Dónde buscó atención o ayuda:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Del personal de un servicio de salud 2. ONG's 3. De personas de la comunidad que saben (partera, médico tradicional) 4. De amigos, vecinos o familiares, esposo → 5. Se atendió usted misma 6. No buscó (PASE) → 504 7. Otro..... Especificar 	→	→	504
503	<p>¿Tuvo alguna dificultad para llegar hasta un Servicio de Salud? SI LA RESPUESTA ES 'SÍ', PREGUNTE:</p> <p>¿Cuál fue la principal dificultad que tuvo para llegar hasta el Servicio de Salud?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de transporte 2. Mal estado de los caminos 3. El servicio de salud queda lejos 4. Otra dificultad..... 5. Ninguna dificultad 	→	→	Todos Pasan A 601

504	<p>¿Cuál fue la razón principal por la que no buscó ayuda?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dificultades de transporte 2. Problemas de acceso por la emergencia 3. No sabían (no sabía) dónde acudir 4. No tenía dinero 5. Estaba sola / no había quien la acompañe 6. Otra razón..... <p>Especificar</p>			
-----	---	--	--	--

SECCIÓN 6: COMUNICACIÓN Y CAPACITACIÓN EN SSR

No.	PREGUNTAS	CATEGORÍA DE LA RESPUESTA	PASE
601	Recibió alguna información orientación o capacitación sobre SSR Embarazo, Parto, Postparto, Planificación Familiar e ITS-VIH	1. Embarazo 2. Parto 3. Postparto 4. Planificación Familiar 5. ITS-VIH 6. No recibió	
602	¿Ha recibido alguna charla/información sobre violencia que las mujeres experimentan?	1. Sí 2. No	
603	¿Ha recibido algún tríptico, cartilla o material audio-visual sobre la violencia que las mujeres experimentan?	1. Sí 2. No	
604	¿Considera necesario en la situación posterior a la emergencia, recibir información y servicios sobre salud reproductiva, para proteger a las mujeres?	1. Sí Porque 2. No Porque	

SECCIÓN 7: VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO (Encuesta de la OMS)

Quando dos personas viven juntas sea por matrimonio o acuerdo personal, por lo general comparten buenos y malos momentos. En situaciones de emergencia, cuando surge una sequía o viene inundaciones, todos pasan circunstancias muy delicadas y pueden presentarse encuentros no muy agradables. Ahora quisiera preguntarle acerca de sus relaciones de pareja (actual o anterior) durante el último desastre que sucedió aquí.

De nuevo le aseguro la confidencialidad. Si alguien aparece al medio de la encuesta, cambiaré de tema de conversación. Además tenga la seguridad que sus respuestas se mantendrán en secreto, y como le mencioné antes, no tiene que responder ninguna pregunta si no lo desea.

701	Como consecuencia de la emergencia de Sequía, ¿usted tuvo que dejar su hogar?...	1. Sí 2. No (PASE) →	705
702	¿Dónde se fue a vivir?	1. Casa de familiares 2. Donde vecinos 3. Albergues 4. Otro.....	
703	¿Con cuántas personas compartía en ese lugar?	/ / /	
704	¿Cuánto tiempo vivieron fuera de su casa?	En meses / / /	
705	¿Qué dificultades enfrentaron en relación a la seguridad usted y sus nin@s?		
706	¿Han formado algún comité de vigilancia o cuidado de las mujeres y nin@s?	1. Sí 2. No 3. Otro	
707	¿Experimentó alguna violencia física de parte de su pareja desde que sucedió la emergencia de sequía? ¿Puede recordar cuántas veces? NO TIENE PAREJA → PASA 713	1. Sí Cuántas veces..... 2. No	

Las siguientes preguntas puntuales plantean cosas que ha sucedido a muchas mujeres y que quizás puede ser que le haya sucedido a usted también:

Antes y/o durante-después del desastre, alguna vez su pareja ha:	No → Pase al siguiente inicio Sí →	¿Se acuerda con qué frecuencia sucedía antes de la emergencia sequía? 1. Una vez 2. Alguna vez 3. Muchas veces 4. No se acuerda	Durante u después de la emergencia sequía ¿Con qué frecuencia ha sucedido? 1. Una vez 2. Alguna vez 3. Muchas veces
--	--	---	---

708	A. ¿Insultado o hecho sentir mal a usted sobre sí misma antes?	No → Pase al siguiente inicio Sí →		
	B. ¿Denigrado o humillado?	No → Pase al siguiente inicio Sí →		
	C. ¿Cometido actos para atemorizarla a propósito (por ejemplo mirándola de cierta manera o gritando y rompiendo cosas)?	No → Pase al siguiente inicio Sí →		
	D. ¿Amenazado con hacerle daño a usted o a alguien importante para usted?	No → Pase al siguiente inicio Sí →		
	E. ¿Amenazó con quitarle su/s hijos?	No → Pase al siguiente inicio Sí →		
	F. Estos casos suceden más cuando él está: 1. Tomado/Borracho 2. Sobrio 3. Indistinto	No → Pase al siguiente inicio Sí →		
709	A. ¿Le pegó o le tiro algo que podía lastimarla?			
	B. ¿Le empujó, la aventó o le jaló el pelo?			
	C. ¿Le pegó con los puños o con algún objeto que podía lastimarla?			
	D. ¿Le pateó, arrastró o le pegó?			

	E. ¿La asfixió o quemó a propósito?			
	F. ¿En estos casos, usted se ha defendido o luchó?			
	G. ¿La amenazó con o utilizó una pistola, navaja o cualquier otra arma en su contra?			
	H. ¿A quién acudió para pedir ayuda?	Hacer lo mismo que 614		
	I. Estos casos suceden más cuando él esta: 1. Tomado/Borracho 2. Sobrio 3. Indistinto			
710	A. ¿Él le obligó a sostener relaciones sexuales cuando usted no quería?			
	B. ¿Ud. sostuvo relaciones sexuales no deseadas porque tenía miedo de los que podía hacer su pareja?			
	C. ¿El la obligó a realizar actos sexuales que usted sintió degradantes o humillantes?			
	D. ¿A quién acudió para pedir ayuda?			
	E. Estos casos suceden más cuando él está: 1. Tomado/Borracho 2. Sobrio 3. Indistinto			

711	<p>¿Su pareja le ha obligado a:</p> <ol style="list-style-type: none"> regularizar/ o hacer bajar su período/ sangrado/ regla? ¿a abortar? 			
712	¿Durante el embarazo, la abofeteó, le pegó o la maltrató?			
713	A. ¿Experimentó alguna violencia física de otro hombre?			
	<p>B. ¿Quién lo hizo?:</p> <ol style="list-style-type: none"> Padre/Padrastro Hermano Primo Amigo Otro..... 			
	C. ¿A quién acudió para ayuda?			
714	A. Experimentó violencia sexual de parte de otro hombre (no su pareja)?			
	<p>B. ¿Quién lo hizo?:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pariente Alguien en el trabajo Policía/Soldado Algún amigo de la familia Algún s sacerdote Padre o pastor religioso 			
	C. ¿A quién avisó?			
	<p>D. Estos casos suceden más cuando él está:</p> <ol style="list-style-type: none"> Tomado/Borracho Sobrio Indistinto 			

SECCIÓN 8: ESTRUCTURA FAMILIAR Y EL ESTADO CIVIL

Los desastres a veces obligan a parejas a migrar a buscar trabajo, y muchas veces hasta las parejas llegan a tener situaciones difíciles que los lleva a separarse o el hombre abandona la familia. Esta parte de la encuesta recoge información sobre estos temas:

Estructura Familiar/Estado Civil		Antes de la emergencia Sequía	Durante u después de la emergencia Sequía
801	Su pareja vive con usted desde antes, durante y después de la emergencia: Nunca tuvo pareja (PASE) → 803 Si Abandonó la familia Se fue con otra mujer Migró a la ciudad a buscar trabajo Migró al exterior a buscar trabajo Otro.....		
802	¿Su pareja le da o manda dinero para mantenimiento de la familia?	1. Sí 2. No	1. Sí 2. No
803	Su estado civil antes y durante-después de la emergencia:	1. Soltera 2. Concubina 3. Casada 4. Divorciada 5. Separada 6. Viuda	1. Soltera 2. Concubina 3. Casada 4. Divorciada 5. Separada 6. Viuda
804	¿Quién ha sido o es el/la jefe de su hogar?	1. Yo misma 2. Esposo/Pareja 3. Ambos 4. Padre/madre 5. Otra persona.	1. Yo misma 2. Esposo/Pareja 3. Ambos 4. Padre/madre 5. Otra persona.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:

No. Encuesta:

Nombre Encuestadora:

Buenos Días/Buenas Tardes

Como usted puede ver en mi credencial de CIDES-UMSA, estamos haciendo una investigación sobre las experiencias y necesidades de las mujeres entre 18-49 años en las situaciones de emergencias naturales como sequía o inundaciones con el fin de hacer recomendaciones pertinentes a las instituciones responsables.

Usted ha sido elegida al azar, como una especie de sorteo, para participar en este estudio. La encuesta llevará aproximadamente 20 minutos.

Antes de pedir su permiso quisiera asegurarle la absoluta confidencialidad. Esto quiere decir que todas sus respuestas se mantendrán estrictamente confidenciales y que no se guardará ningún registro o dirección en la encuesta que se llenaría. Al mismo tiempo, esta información bajo ninguna circunstancia será compartida con miembros de su familia o vecinos de aquí. Además, no se trata de un examen con respuestas correctas e incorrectas. Toda la información que usted nos proporcione es válida.

Además quisiera enfatizar sus derechos: 1) Usted puede terminar y/o interrumpir la encuesta en cualquier momento; 2) Usted puede no responder alguna preguntas si así lo ve conveniente; 3) Usted estará sola en la entrevista y nadie más tiene que participar o escuchar lo que usted responde.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria, pero sus experiencias pueden ser de mucha utilidad para otras mujeres.

¿Tiene usted alguna pregunta?

¿Es usted mayor a 18 años? No..... → AGRADEZCA A LA PERSONA Y TERMINE

¿Desde el 2010 ha tenido que vivir la experiencia de alguna emergencia por desastres como sequía o inundaciones? No..... → AGRADEZCA A LA PERSONA POR SU TIEMPO Y TERMINE.

¿Está de acuerdo en responder la encuesta?

No está de acuerdo..... → AGRADEZCA A LA PERSONA POR SU TIEMPO Y TERMINE

¿Está de acuerdo con la Encuesta?



¿Éste es un buen momento para hablar?

Es muy importante respetar la privacidad. ¿Es éste un buen lugar para llevar a cabo la encuesta o hay alguna otra parte que usted prefería ir?

PARA QUE LO LLENE LA ENCUESTADORA

Certifico que leí el procedimiento de consentimiento a la persona participante.

Firma:

ENCUESTA INSTITUCIONAL - CENTROS DE SALUD

Nombre del Centro de Salud:

Encargado/a Institucional (Nombre y Cargo):

Fecha:

1. Existe protocolo y documentación necesaria para atender pacientes durante el desastre?
2. Existe protocolo y Normativas necesarios para atender a mujeres que han sido víctimas de violencia durante o después de un desastre?
3. Tienen registro de mujeres atendidas durante y después del desastre?
4. Cuáles fueron las razones de su visita:
 - a. Control Prenatal
 - b. Parto
 - c. Complicaciones de la violencia de la pareja
 - d. Complicaciones de violencia sexual
5. Durante-Después del desastre han llegado a las comunidades y/o zonas afectadas con alguna charla, material audio-visual, cartillas o campañas educativas para mujeres damnificadas en relación al SSR y VBG?
6. ¿Durante-Después del desastre han usado los medios de comunicación como la radio con contenidos informativos y educativos para las mujeres?
7. Durante-Después del desastre han repartido algunos servicios de SSR especial para las damnificadas?
8. Durante-Después del desastre tenían preparación especial para atender casos de emergencias de mujeres por razones de SSR o violencia sexual?
9. Qué necesitan para prestar servicios adecuados a las damnificadas de desastres?

ENCUESTA INSTITUCIONAL - DERECHOS HUMANOS (LEGAL, POLICIAL, ONGS, DEFENSORÍA)

Nombre del Centro de Salud:

Encargado/a Institucional (Nombre y Cargo):

Fecha:

1. ¿Existe protocolo y documentación necesaria para atender reclamos de las víctimas de violencia basado en género durante y después de los desastres?
2. ¿Tienen registro de estas mujeres atendidas durante y después del desastre?
3. ¿Cuáles fueron las razones de su visita?:
 - a. Maltratos psicológicos
 - b. Maltratos verbales
 - c. Maltratos físicos
 - d. Lesiones y golpes
 - e. Violencia sexual (pareja y/u otros)
4. ¿Cuántos casos han sido investigados?
5. ¿Qué atención les han prestado?
6. ¿Durante-Después del desastre han organizado alguna campaña o talleres para prevenir la violencia contra mujer?
7. ¿Durante-Después del desastre han usado los medios de comunicación como la radio con contenidos informativos y educativos para las mujeres?
8. ¿Qué necesitan para poder atender a los casos de violencia que las mujeres experimentan durante y después de los desastres?

ENCUESTA INSTITUCIONAL - MUNICIPIO

Nombre del Centro de Salud:

Encargado/a Institucional (Nombre y Cargo):

Fecha:

1. ¿Existe algún comité o comisión para atender la población en desastres?
2. ¿En el desastre del 2010 cómo ayudaron al a población afectada y damnificada?
3. ¿Durante-Después del desastre han usado los medios de comunicación como la radio con contenidos informativos y educativos para las mujeres?
4. ¿Qué necesitarían para poder atender mejor a las mujeres en la situación de emergencia natural como la sequía?

“...este libro –centrado en el estudio de las inundaciones en el Beni y de las sequías en el Chaco– adquiere enorme importancia, pues no sólo pone atención a dos asuntos escasamente estudiados: la salud sexual y reproductiva, y la violencia en esas situaciones de desastre o emergencias naturales que –al margen de su gravedad– no detienen los ciclos de la vida, por lo que ambos asuntos no pueden estar ausentes en las respuestas que se den a los desastres. Su importancia también radica en los esfuerzos realizados por la autora por distinguir los riesgos y vulnerabilidades tanto en salud como en violencia según el tipo de desastre natural del que se trata. Pero, por sobre todo, radica en mostrar entre sus hallazgos que, más allá de las especificidades de las inundaciones y las sequías, los riesgos y vulnerabilidades de las mujeres en el marco de ambos fenómenos naturales son una constante, sobre todo frente al embarazo, parto y postparto, frente al tratamiento de infecciones de transmisión sexual, como de prevención y protección ante la violencia de todo tipo ejercida principalmente por la pareja.”

Ivonne Farah



Organización
Mundial de la Salud



ISBN: 978-99954-1-488-7



9 789995 414887