



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



INSTITUTO DE POSTGRADO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN EDUCACIÓN SEXUAL

EDUCACION EN LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, A LAS MUJERES QUE ACUDEN AL CONTROL DE SU FERTILIDAD, AL CENTRO DE SALUD DE MIRA - CARCHI - GUÍA PRÁCTICA

Trabajo de Investigación previo a la obtención del Grado de Magíster en Educación Sexual

Autora: Sandra Elizabeth Cruz

Tutora: Dra. Eugenia Orbes

Año 2009

APROBACIÓN DE LA TUTORA

En calidad de tutora del Trabajo de Grado, presentado por la señora Sandra Elizabeth Cruz Gómez, para optar por el grado de Magíster en Educación Sexual, doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, Abril del 2009

Dra. Eugenia Orbes

CI: 100098656-0

**EDUCACION EN LOS DERECHOS SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS, A LAS MUJERES QUE ACUDEN AL CONTROL
DE SU FERTILIDAD, AL CENTRO DE SALUD DE MIRA - CARCHI-
GUÍA PRÁCTICA**

Por: Sandra Cruz Gómez

Trabajo de Investigación aprobado en nombre de la Universidad
Técnica del Norte, por el siguiente Jurado.

Dr. Mario Montenegro
CI:

Dra. Eugenia Orbes
CI:

Dr. Julio Miguel Andrade
CI:

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a Dios por darme la vida, a mi esposo que ha sido mi compañero y amigo en todo este camino recorrido, a mis hijos quienes con su comprensión y amor han apoyado el cumplimiento de este ideal.

A mis padres por darme el valor y la fuerza necesaria para culminar con mis sueños y a mis hermanos por el ejemplo de lucha y constancia en cada emprendimiento mío.

A las mujeres que acuden al Centro de Salud del Cantón Mira al control de su fertilidad, por darme la oportunidad de aprender sobre el tema, en función de sus experiencias de vida.

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a las y los docentes de la Universidad Técnica del Norte por su colaboración para la realización de esta tesis.

También quiero agradecer de una manera, muy especial, a mi Tutora Dra. Eugenia Orbes, por su asesoría y orientación para el desarrollo y culminación de esta tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Páginas preliminares	I
Lista de siglas	IX
Resumen	X

CAPÍTULO I MARCO REFERENCIAL

1.1.	Contextualización del problema	1
1.1.2.	Definición del problema	5
1.1.3.	Planteamiento del problema	7
1.4.	Objetivo General	8
1.4.1.	Objetivos Específicos	8
1.5.	Preguntas directrices	9
1.1.6.	Justificación	9

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

A	Fundamentación teórica	11
B	Posicionamiento teórico	11
2.1.	Teoría Base	12
2.1.1.	Realidad sobre población y fecundidad en el Ecuador	14
2.1.2.	Situación de la salud sexual y reproductiva en el Ecuador	20
2.1.3.	La morbi - mortalidad en el Ecuador. Causas	24
2.2.	Teoría existente	27
2.2.1.	Historia de la sexualidad	27
2.2.1.1.	El poder y la sexualidad	30
2.3.	Antecedentes históricos de los derechos sexuales y reproductivos	32
2.3.1.	Derechos sexuales y reproductivos	35
2.3.1.1.	Análisis de los derechos sexuales y reproductivos	39
2.3.1.2.	Importancia de los derechos sexuales y reproductivos para las mujeres	42
2.4.	Género. violencia y salud	45
2.4.1.	La socialización de género	48
2.4.1.1.	La violencia de género	50
2.5.	Salud sexual y reproductiva	51
2.6.	Los métodos anticonceptivos	53
2.7.	Aspectos legales	60
2.7.1.	Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia	60

2.7.2.	Ley sobre la educación de la sexualidad y el amor	65
--------	---	----

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1.	Tipo de estudio	68
3.2.	Diseño de la investigación	69
3.3.	Población y muestra	70
3.3.1.	Características de la población	71
3.3.2.	La muestra	71
3.4.	Variables	73
3.5.	Métodos	77
3.6.	Técnicas	77
3.7.	Instrumentos	78
3.8.	Procesos seguidos para categorizar el problema A investigar	79
3.9.	Proceso seguido para la solución viable	80
3.10.	Aplicación Práctica	80

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1.	Análisis de la encuesta realizada a las mujeres que asisten a la consulta	82
4.1.1.	Datos informativos	82
4.1.2.	Información sobre los métodos anticonceptivos	86
4.1.3.	Conocimiento y opinión sobre los métodos anticonceptivos	88
4.1.4.	Conocimiento y opiniones sobre salud sexual y reproductiva	96
4.1.5.	Atención, confidencialidad, discriminación en el momento de la atención	106
4.1.6.	Capacitación y empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos	116
4.2.	Análisis de la entrevista realizada a las pacientes que asisten a la consulta	123
4.2.1.	Datos informativos	123
4.2.2.	Antecedentes obstétricos	127
4.2.3.	Historia anticonceptiva	141
4.2.4.	Uso previo de anticonceptivos	142
4.2.5.	Método anticonceptivo actual	152
4.2.6.	Vida sexual activa	155
4.3.	Discusión de los resultados	157

CAPÍTULO V PROPUESTA

5.1.	Justificación	162
5.2..	Fundamentación teórica	165
5.2.1.	Principios bioéticos	166
5.2.2.	Etapas para la elaboración de la guía	167
5.2.2.1.	Caracterizar e identificar los factores de riesgo y problemas relacionados al grupo objetivo de la población	167
5.2.2.2.	Definir los objetivos de la guía	169
5.2.2.3.	Elaborar la guía práctica	170
5.2.2.4.	Validación y ensayos de la guía práctica	171
5.3.	Objetivos	173
5.3.1.	General	173
5.3.1.1.	Específico	173
5.4.	Factibilidad	173
5.5.	Ubicación Física	174
5.6.	Descripción de la propuesta	174
5.6.1.	Caracterización e identificación de los factores de riesgo y problemas relacionados con el desconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos y los métodos anticonceptivos de las mujeres que asisten al CSM	175
5.6.1.1.	Definición del grupo objetivo	175
5.6.2.	Elaboración de las bases técnicas de la guía	177
5.7.	Plan de ejecución	178
5.7.1.	Actividades	178
5.8.	Impacto	178
5.9.	Evaluación	179
	Conclusiones de la propuesta	179
	Recomendaciones de la propuesta	180
	Conclusiones de la investigación	182
	Recomendaciones de la investigación	184
	GUIA PRACTICA DE EDUCACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.	187
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	220
	ANEXOS	226

LISTA DE GRÁFICOS

Gráficos 1, 2,3,4,	Datos informativos	82
Gráfico, 5,	Métodos de control	86
Gráfico 6, 7	Lugares donde escuchó hablar de ellos	87
Gráfico 8	Qué sabe de los métodos de control	89
Gráfico 9	Cuáles son los métodos que conoce	90
Gráficos 10,11 y 12	Los métodos son buenos para la salud	91
Gráfico 13	Cuándo no se deben usar los métodos	94
Gráfico 14	Sabe cómo se utilizan los métodos	95
Gráfico 15	Ha escuchado sobre salud sexual y reproductiva	96
Gráfico 16 y 17	Dónde escucho hablar sobre este tema	97
Gráfico 18	Que entiende por salud sexual y Reproductiva	99
Gráfico 19	Ha escuchado hablar sobre los derechos sexuales reproductivos	100
Gráficos 20 y 21	Lugares donde escucho sobre el tema	101
Gráfico 22	¿Qué derechos sexuales y reproductivos conoce?	102
Gráficos 23, 24 y 25	Se cumplen los derechos	103
Gráfico 26	¿Cómo es la atención en el Centro De Salud?	106
Gráficos 27, 28 y 29	Confidencialidad de la información	107
Gráficos 30 y 31	Discriminación en la atención	110
Gráficos 32, 33 y 34	Características de la información recibida sobre salud sexual y reproductiva	112
Gráficos 35 y 36	Difusión de los derechos, mecanismos	115
Gráfico 37, 38 y 39	Disposición para capacitarse sobre el tema	117
Gráfico 40, 41 y 42	Formar organización	119
Gráfico 42	Sugerencias sobre el estudio	122
Gráficos del 1 al 5	Datos informativos entrevista	123
Gráficos del 6 al 16	Antecedentes obstétricos	127
Gráfico 17	Lugar de atención prenatal	137
Gráficos del 18 al 31	Formas de atención	138
Gráficos 32 y 35	Uso de otros métodos anticonceptivos	146
Gráfico 36 al 39	Forma de atención de planificación familiar en el C.S.M	149
Gráficos del 40 al 48	Aspectos de relación de pareja	151

LISTA DE SIGLAS

UTN	Universidad Técnica del Norte
CSM	Centro de Salud de Mira
SDSR	Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
PEA	Población Económicamente Activa
ONU	Organización de Naciones Unidas.
CONAMU	Consejo Nacional de la Mujer
CONASA	Consejo Nacional de Salud
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
ITS	Infección de Transmisión Sexual
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo
MAC	Métodos Anticonceptivos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
MSP	Ministerio de Salud Pública
SNS	Sistema Nacional de Salud
PLANESA	Programa de Educación de la Sexualidad y el Amor
ENDEMAIN	Encuesta Demográfica de Salud Materna e Infantil
CEPAR	Centro de Investigación de Paternidad Responsable
CEPAR	Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social
LMGYAI	Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia
VSA	Vida Sexual Activa
VIF	Violencia Intrafamiliar

EDUCACION EN LOS DERECHOS SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS, A LAS MUJERES QUE ACUDEN AL CONTROL
DE SU FERTILIDAD, AL CENTRO DE SALUD DE MIRA – CARCHI -
GUÍA PRÁCTICA

Autora: Sandra Elizabeth Cruz G

Tutora: Eugenia Orbes

Año 2007

RESUMEN

El desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos y la falta de libertad para optar por uno de ellos, en las mujeres de edad fértil que acuden al Centro de Salud de Mira, impiden el ejercicio y cumplimiento de sus derechos sexuales y reproductivos. El propósito de la investigación fue la elaboración de una Guía Práctica de Educación en los Derechos Sexuales y Reproductivos, para lo cual se analizó las condiciones socioeconómicas y culturales de las mujeres y sus parejas, el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, las condiciones que influyen para que sea el hombre quien tome la decisión al elegir el método. Se utilizó la metodología descriptiva. La encuesta se realizó en 221 mujeres y la entrevista 50 mujeres, a quienes previamente, se les aplicó la encuesta. Al analizar los resultados se encontró que el 36% de las mujeres están entre 18 a 25 años, el 49% se dedican a quehaceres domésticos, en su mayoría son de condiciones económicas bajas, el 40% tienen instrucción primaria, el 93% han escuchado hablar de métodos anticonceptivos, el 36% desconoce su utilización, el 68% no han escuchado hablar sobre los derechos sexuales y el 52% no sabe de que se trata, en el 48% existe la imposición del hombre en la decisión del método anticonceptivo que debe utilizar su pareja, de lo cual se concluye que existe una falta de empoderamiento de las mujeres sobre su salud y derechos sexuales y reproductivos, lo que ocasiona que muchas de mujeres utilicen métodos anticonceptivos en secreto de su pareja. Luego de conocer esta información se definió los contenidos de la Guía Práctica que incluye: derechos sexuales y reproductivos, clasificación, mecanismos de acción y uso correcto de los métodos anticonceptivos. La validación de la Guía se realizó mediante 3 talleres con las mujeres que participaron en la investigación. Se logró que las mujeres incrementen sus conocimientos en salud y derechos sexuales y reproductivos, profundicen el conocimiento de los métodos anticonceptivos y se empoderen de su cuerpo y de sus derechos sexuales y reproductivos.

EDUCATION IN SEXUAL AND REPRODUCTION RIGHTS FOR WOMEN
WHO GO TO THEIR FERTILITY CONTROL TO THE HEALTH CENTER
IN MIRA, CARCHI A PRACTICAL GUIDE

Author: Sandra Elizabeth Cruz G

Tutor: Eugenia Orbes

Year 2007

ABSTRACT

The ignorance of women in fertile age who come to the Health Center Mira about methods of contraception and the lack of freedom to choose one for themselves prevent them from the achievement of their sexual and reproduction rights. The purpose of the investigation was the elaboration of a Practical Guide of Education in Sexual and Reproduction Rights. For this purpose, the socio-economical and cultural conditions of the women and their partners were analyzed as well as their level of knowledge about methods of contraception, the conditions that influence on the fact that the man decides on the method. The descriptive method was used. The survey was performed with 221 women and the interview with 50 women to whom the survey had been applied before. When analyzing the results, it was found that 36% of the women are between 18 and 25 years old, 49% are housewives, most of them are in low economic position, 40% have elementary education, 93% have heard about methods of contraception, 36% do not know how to use them, 68% have not heard

about sexual rights and 52% do not know what they are about, 48% of their husbands have imposition in the decision about the method of contraception that should be used by the couple. Therefore it can be concluded that there is a lack of empowerment of the women over their health and sexual and reproduction rights with the consequence that many women use methods of contraception secretly without the knowledge of their husbands. With his information, the contents of the Practical Guide were defined including: sexual and reproduction rights, classification, action mechanisms and the correct use of the methods of contraception. The validation of the guide was performed by means of three workshops with the women who participated in the investigation. It was achieved that the women increase their knowledge about health and sexual and reproduction rights, that they increase their knowledge about methods of contraception and that they empower their body and their sexual and reproduction rights.

CAPÍTULO I

1. MARCO REFERENCIAL

1.1. CONTEXTUALIZACION DEL PROBLEMA

En Ecuador, el Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo, como problemas de salud pública y garantiza el acceso a los servicios públicos de salud, sin costo para las usuarias, de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita. La salud reproductiva del país se caracteriza por la alta tasa de paridad (Tasa global de fecundidad 3.3)¹,

“Reducido espaciamiento intergenésico, inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas y alto índice de embarazo en adolescentes. El riesgo de embarazos no deseados que determinan un aumento de la morbilidad y mortalidad de mujeres en edad fértil es un factor asociado a la falta de educación, incluyendo la educación sexual y reproductiva.

Las elevadas tasas de embarazos no planificados (17.6%) y no deseados (18.7%), refleja la falta de acceso a servicios integrales de salud sexual y reproductiva y demuestra la restricción del derecho fundamental de las parejas a decidir sobre el número y espaciamiento de los nacimientos”²

En el país existe un promedio de mortalidad materna de 67 mujeres por cada 100 mil nacimientos, el 77 por ciento de las muertes se debe a causas obstétricas directas, de ellas, el 20 por ciento corresponde a niñas y adolescentes de entre 10 y 14

¹ ENDEMAIN 2004

² MSP. Plan de Acción. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. 2006 - 2008

años.

Este reconocimiento evidencia la necesidad de políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva que garanticen el acceso de mujeres, y hombres, incluidas las y los adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género y contribuyan a erradicar conductas de riesgo, imposición, estigmatización y explotación de la sexualidad. En pleno siglo XXI se supone que deberían estar erradicadas las conductas de riesgo, imposición, estigmatización y explotación de la sexualidad, pero lamentablemente no es así

Según datos del DNI, “Tres de cada 10 niñas son abusadas sexualmente, la mayoría de las veces por su propio padre o padrastro. Seis de cada 10 mujeres viven o han vivido situaciones de imposición por parte de su pareja. El uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, se sitúa alrededor del 14%, siendo menor en el área rural

En relación al maltrato y imposición, estos dos aspectos tienen tasas de incidencia claramente ascendentes. De una tasa de 34,27 en 1995 se eleva a 53,58 por 100 000 habitantes en el 2005. Sin embargo, el ENDEMAIN (2004), reporta el hecho de que el 40,8% de las mujeres indígenas son violentadas físicamente e incluyen también un 34,7% de mujeres que refieren maltrato psicológico.

El empleo de los métodos anticonceptivos que determina el número de hijos que van a tener, el tiempo de distancia entre cada uno de ellos y en que momento tenerlos, influye en las posibilidades de la mujer para incorporarse al mercado laboral, continuar y/o culminar sus estudios, participar en la vida pública y, sobre todo, en acuerdos de equidad y respeto en la vida sexual de pareja”³

En el ámbito de planificación familiar, el Estado garantiza el derecho de mujeres y hombres para decidir de manera libre, voluntaria, responsable, autónoma, sin coerción, imposición, ni discriminación, sobre el número de

³ DNI Violencia Sexual 2006

hijas/os que puedan procrear, mantener y educar, en igualdad de condiciones, así como a como a acceder a la información necesaria.

El Ministerio de Educación, en coordinación el Ministerio de Salud Pública y con otras instituciones especializadas en género y otras competencias afines, elaboran políticas y programas educativos de implementación obligatoria en establecimientos de educación a nivel nacional, para la difusión y orientación en materia de salud sexual y reproductiva, a fin de prevenir el embarazo en adolescentes, VIH-SIDA y otras afecciones de transmisión sexual. Como lo sostiene la Socióloga Gayne Villagómez. “En el Ecuador estamos viviendo momentos de importantes definiciones en relación a la vigencia y garantía de los derechos sexuales y reproductivos”⁴, porque aún no se supera el problema del poder del hombre.

“El contagio de VIH en los matrimonios y parejas fijas, aumenta por la promiscuidad de los hombres, según especialistas.

En los últimos tres años 761 mujeres han sido contagiadas de VIH por sus esposos o parejas fijas, según los datos de la Dirección Provincial de Salud.

La incidencia de contagio de esa enfermedad a mujeres dentro de sus hogares aumenta cada año. En el 2005 se registraron 206 casos; en el 2006, 271, lo que evidencia un incremento del 3,4% de Mientras que de enero a septiembre del 2007 se han reportado 284 nuevos casos”⁵

El Ministerio de Salud, tiene un sistema de atención en Salud Sexual y

⁴ VILLAGÓMEZ G. Los Derechos Sexuales y Reproductivos en el Ecuador. Revista Aportes Andinos. Quito- Ecuador 2006

⁵ HUACON C. Estadísticas de amas de casa víctimas en la elevación del SIDA. Revista

Reproductiva que cubre a un grupo poblacional de mujeres. El propósito de estos servicios son brindar asesoría y atención prenatal, natal, post-natal, métodos anticonceptivos, en forma gratuita, a todas las mujeres que acuden a los diferentes servicios de salud.

“Según estudios realizados por el Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU), el 96 por ciento de mujeres, comprendidas entre los 15 y 49 años, conoce o ha oído hablar de algún método anticonceptivo. El 76 por ciento en áreas urbanas usa métodos anticonceptivos, mientras que en área rural llega al 67% es uso”⁶.

No obstante la atención primaria que brinda los Ministerios de Salud Pública y de Educación no cumplen con las expectativas de las mujeres en lo que se refiere a salud sexual y reproductiva, lo que se evidencia, en la baja atención de este grupo poblacional, por lo que tanto hombres como mujeres no conocen como funcionan sus cuerpos y por ende no mantienen una salud sexual y reproductiva satisfactoria.

El cantón Mira, es el de más reciente creación de la provincia del Carchi (1980), según el último censo poblacional, la ciudad de Mira está constituida por la siguiente población adulta en el área urbana: 1345 mujeres y 1200 hombres, en el sector periférico 1457 mujeres y 1566 hombres.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEN), el 89 % de la población económicamente activa (PEA), se dedican a la tarea agrícola; el 7 % realiza diversas actividades sociales, especialmente empleados públicos, profesores de nivel primario y medio, empleados privados y

⁶ MSP. Plan de Acción. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. 2006

otros, el 4% se dedica a la comercialización de bienes y productos de primera necesidad, actividades que se manifiestan en las ferias semanales en donde se demuestra la producción de la zona.

El Centro de Salud de Mira se crea hace 32 años, como una Unidad Operativa que depende del Centro de Salud Hospital Área 3 el Ángel. Tiene el servicio de ginecología al que acuden las mujeres que se encuentran en edad fértil para ser atendidas en los diferentes aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

En la práctica de trabajo, se observa que se incumplen los derechos sexuales y reproductivos en la elección de los métodos anticonceptivos, lo cual es visto en la familia como algo natural, aspecto que no es considerado como problema por las mujeres que asisten a los servicios por métodos anticonceptivos.

La imposición ejercida en la elección del método anticonceptivo, o en la no utilización del mismo, es aceptada por los patrones culturales, heredados de generación en generación, que además culpan a la mujer por las consecuencias de estas prácticas como son los embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual, entre otras. Estas actitudes sociales también se manifiestan en muchos profesionales de la salud, lo que provoca que los servicios de salud adolezcan de criterios objetivos y científicos y sean no apropiados para las mujeres que buscan atención médica a consecuencia de la imposición.

1.1. 2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La mayoría de usuarias que acuden a los servicios del Centro de Salud de Mira, son de condiciones socioeconómicas bajas, con una educación formal primaria y media, se dedican a quehaceres domésticos, desconocen sobre los derechos sexuales y reproductivos, como consecuencia no ejercen el control del número y espaciamiento de sus embarazos, para evitar embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual.

En el Centro de Salud de Mira, entre el 2000 - 2004, el incumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos afecta a la salud sexual y reproductiva de las mujeres; la tasa de embarazos no deseados aumenta, se incrementan de forma significativa los abortos provocados en condiciones de riesgo de morbilidad y mortalidad materna. Se observa que las mujeres que viven con parejas violentas no pueden tomar sus propias decisiones sobre los métodos anticonceptivos.

El sistema de salud sexual y reproductiva del Mira, a pesar de su cobertura, no garantiza la información y la atención en los métodos anticonceptivos a las mujeres, especialmente en el área rural por la discontinuidad temporal en la provisión de los insumos médicos, por desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, porque sus parejas no les permiten la utilización de un método anticonceptivo. Además las grandes distancias a las que se encuentran las viviendas en el sector rural y la falta de transporte, dificultan el acceso de las mujeres a este servicio de salud.

Un factor que se observó en las mujeres que acuden al Centro de Salud

de Mira, es el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, siendo su pareja quien decide sobre que método anticonceptivo usar, o la no utilización de este.

También se detectó que no tienen conocimientos científicos del uso, la efectividad, mecanismos de acción, contraindicaciones de los métodos anticonceptivos, y manejan mitos y creencias de los mismos: “la T de cobre se incrusta en el cerebro del niño”, “las inyecciones dan cáncer”, la píldora engorda”⁷ lo cual provoca resistencia a la utilización de los mismos.

Si bien los programas de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud Pública, establecen el derecho a la información oportuna y adecuada para las usuarias, los profesionales de la salud no brindan un asesoramiento e información suficiente de los derechos, lo cual no contribuye a la capacitación y al cambio de actitudes y comportamientos de las mujeres. Surgiendo la necesidad de la elaboración de material que permita la difusión amplia y permanente de los derechos sexuales y reproductivos, de los métodos anticonceptivos y puedan alcanzar una salud sexual - reproductiva de calidad y una relación de pareja en donde existan: equidad, respeto, responsables, libertad y afecto.

1.1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los condicionantes socio-económicos, el nivel de conocimientos de los derechos sexuales – reproductivos y de los métodos

⁷ Comentario de las pacientes

anticonceptivos, que influyen en el comportamiento de las mujeres, al elegir el método para el control de la fertilidad, y qué propuesta viable se puede proponer para fomentar la salud sexual y reproductiva?

1.1.4. OBJETIVO GENERAL

Elaborar una Guía Práctica de educación en los derechos sexuales y reproductivos, para las mujeres que acuden al control de su fertilidad, al Centro de Salud de Mira – Carchi, como un apoyo para fomentar la salud sexual y reproductiva.

1.1. 4.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Analizar las condiciones socio - económicas de las usuarias que acuden al Centro de Salud de Mira, al control de su fertilidad.

-Determinar el nivel de conocimientos que tienen las mujeres sobre los métodos anticonceptivos, derechos sexuales y reproductivos.

-Conocer que método anticonceptivo utilizan y quién elige el método de las usuarias que acuden al control de la fertilidad.

-Determinar el marco teórico y metodológico para el diseño de la Guía Práctica de Educación en derechos sexuales y Reproductivos.

-Validar la guía, mediante procesos de capacitación a las mujeres que acuden al Centro de Salud de Mira para el control de su fertilidad.

1.1.5. PREGUNTAS DIRECTRICES

¿Cuáles son las condiciones socio - económicas de las usuarias que acuden al control de la fertilidad?

¿Cuáles son los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos y de los derechos sexuales y reproductivos?

¿Qué métodos anticonceptivos utilizan y quién elige el método en las usuarias que acuden al control de la fertilidad del Centro de Salud de Mira?

¿Qué contenidos teóricos y metodológicos son los que sustentarán el desarrollo de la guía práctica, para que se constituyan en fuente de capacitación y mejoramiento del control de su fertilidad?

¿Cuáles son los cambios que se observan en el manejo de los derechos sexuales y reproductivos, en las mujeres que reciben la capacitación con el empleo de la guía práctica?

1.1.6. JUSTIFICACIÓN

En el Centro de Salud de la Ciudad de Mira, provincia del Carchi, no existen estudios sobre: la salud sexual y reproductiva de la mujer, los métodos anticonceptivos, la capacidad de decidir sobre su fertilidad y tampoco se ha diseñado una Guía Práctica en educación de los derechos sexuales y reproductivos que sirva de base para contribuir al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva.

En el Centro de Salud de Mira, se observó que las mujeres desconocen sobre los métodos anticonceptivos, porque la mayoría se dedican a quehaceres domésticos y a artesanas, son de bajos recursos económicos y tienen un nivel educativo de primaria y secundaria, por esto fue importante diseñar y validar la Guía Práctica sobre los métodos anticonceptivos y los derechos sexuales y reproductivos para llegar a este tipo de población desfavorecida.

La realidad sociocultural de las mujeres en edad fértil que acuden al Centro de Salud, evidenció que no participan en la toma de decisiones en los métodos anticonceptivos, la palabra del hombre es la que se respeta. La intervención oportuna y continua, servirá para satisfacer la necesidad de capacitación en los derechos sexuales y reproductivos y en los métodos anticonceptivos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

A. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La salud sexual y reproductiva se convierte en un proceso social en la construcción de la familia. El cumplimiento de este objetivo promueve nuevas culturas de salud y desarrollo así como reformas institucionales, también prevé la fundamentación con otros temas afines como los derechos sexuales y reproductivos.

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”⁸

Las mujeres aprenden en la vivencia de su sexualidad, que la salud sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano, a través de formas que enriquecen y realzan su personalidad, la comunicación y el amor, que la salud sexual es la capacidad de mujeres y hombres para disfrutar y expresar su sexualidad y hacerlo sin riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, sin embarazos no deseados, ni coerción, imposición y discriminación.

La educación de los derechos sexuales y reproductivos y sobre los

⁸ CIPD. Derechos reproductivos y salud reproductiva. Capítulo VII, 7.2. El Cairo 1994

métodos anticonceptivos, apoya a que las mujeres tengan una vida sexual informada, placentera y segura, basada en la autoestima, en un acercamiento positivo a la sexualidad humana y en el respeto mutuo de las relaciones sexuales.

Estos conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos, debería realizarse con el apoyo de los Centros de Salud y de la educación formal.

B. POSICIONAMIENTO TEÓRICO

El conocimiento de la realidad en el Centro de Salud de Mira, permite a la investigadora, determinar que solo la difusión y capacitación de lo que son los derechos sexuales y reproductivos y los métodos anticonceptivos, puede modificar de forma progresiva el concepto que tienen las mujeres sobre sí mismas y empoderarlas en la importancia de la salud sexual y reproductiva y en el manejo de sus derechos sexuales y reproductivos.

La aplicación de una guía práctica de educación, las predispondrá para que adopten con conocimiento y responsabilidad nuevas actitudes encaminadas a conseguir una vida sexual y reproductiva satisfactoria. Las normas y leyes ya están establecidas en nuestro país, por ejemplo en 1994 se aprueban los derechos sexuales y reproductivos, en 1998 se promulgan las normas y procedimientos para la atención de la salud reproductiva, en el mismo año se crea la ley para la educación sexual y el

amor, en 2005 se publica en el Registro Oficial N° 566 la política de salud y derechos sexuales. Lo que falta es la difusión y conocimiento en todos los centros de salud.

El conocimiento de: los derechos sexuales y reproductivos como mecanismos esenciales del disfrute de una vida sexual sana, placentera, satisfactoria y sin riesgos; del derecho que tienen mujeres y hombres a decidir conjuntamente en pareja los hijos que quieran y puedan mantener, en condiciones satisfactorias y; del espaciamiento entre uno y otro hijo, solucionará muchos de los problemas que se presentan en el Centro de Salud.

Las mujeres que acuden al Centro de Salud de Mira, tienen el derecho de conseguir una salud sexual y reproductiva satisfactoria con información oportuna y adecuada, con la posibilidad de elección de los métodos para planificar su familia de acuerdo a sus necesidades, con estrategias para prevenir las infecciones de transmisión sexual y SIDA, el cáncer cérvico úterino y de mama y el derecho de acceder a servicios de salud de calidad, sin discriminación de sexo edad, etnia, clase social, estado civil.

Estos antecedentes reafirman la necesidad de educar para evitar que los efectos en la salud de las mujeres embarazadas y maltratadas presenten:

- Riesgo dos veces mayor de aborto
- Niños con peso bajo al nacer
- Morbi-mortalidad materna ,
- Imposición intrafamiliar,
- Desnutrición,
- ITS- VIH SIDA, entre otros.

Los derechos sexuales y reproductivos serán más violentados en lo que se refiere al control de métodos anticonceptivos, si no existe la planificación de una guía práctica de educación para, en forma progresiva, eliminar estos riesgos y prevenir problemas de salud.

2.1. TEORÍA BASE

2.1.1. REALIDAD SOBRE POBLACIÓN Y FECUNDIDAD EN EL ECUADOR

Estamos a las puertas del próximo milenio, y la población ecuatoriana está muy cerca de sobrepasar los 12 millones y medio. Hasta la mitad del siglo XX, la población nacional era predominantemente rural. Al entrar en el próximo milenio, una mayoría estará ubicada en las ciudades. A lo largo de los últimos cincuenta años, el país vivió un acelerado proceso de urbanización. Este hecho presupone una serie de consecuencias para la familia y la salud reproductiva.

Crecimiento de la población del Ecuador 1997 - 2000

POBLACION TOTAL⁹

AÑO	CIFRA
1997	11'936.858
1998	12'174.628
1999	12'411.232
2000	12'646.095

POBLACION MASCULINA

AÑO	CIFRA
1997	5'996.368
1998	6'115.124
1999	6'233.243
2000	6'350.427

POBLACION FEMENINA

AÑO	CIFRA
1997	5'940.490
1998	6'059.505
1999	6'177.989
2000	6'295.668

En el análisis de la población del Ecuador, la fecundidad es una variable muy importante para evaluar el crecimiento poblacional del Ecuador, el comportamiento reproductivo de la población caracteriza la dinámica demográfica. Según las estadísticas realizadas por ENDEMAIN

“En los años comprendidos del 94 al 99, la tasa de fecundidad en el Ecuador es de 3 - 4 hijos por mujer, en el área rural esta tasa es de 4 - 4 hijos sustancialmente más elevada que la tasa de fecundidad de la región urbana, en los años del 94 - 99 presenta un patrón típico en edades bajas de 15 a 19 años principalmente, por el comportamiento de nupcialidad de estas mujeres, la fecundidad llega a su punto mas alto, en las edades comprendidas entre 20 y 24 años y disminuye a los 30 años, por considerar que el ideal reproductivo se

⁹ Fuente (2003). CONADE, INEC, CELADE, FNUAP. Quito Ecuador

ha cumplido.”¹⁰

El País ha experimenta descenso sostenido de la fecundidad a partir de la segunda mitad de la década de los 60, la fecundidad en el área rural se mantiene alta de 1-5 hijos. En los últimos tres años baja el deseo de tener hijas/os, en las mujeres que ya tienen un hijo, en la mujeres que no tienen hijos, se mantiene estable.

El ENDEMAIN informa otros datos como:

“En el 2004 las mujeres comprendidas en edades de 15 a 24 años representan más de la tercera parte (38%) de la población clasificadas como mujeres en edad fértil. Es la mayor generación registrada en el Ecuador, esta es una población de alto riesgo en materia de Salud Sexual y Reproductiva, por estar propensa a infecciones de transmisión sexual, VIH, SIDA

A nivel nacional el 64% de todas las mujeres requieren utilizar un método para controlar su fertilidad, el grupo que más solicita la regulación de su fecundidad es de 30 a 39 años”¹¹

La presencia de estos datos confirma la importancia de la salud sexual y reproductiva, que educa en el control y regulación de la fertilidad, el uso correcto de métodos anticonceptivos, que permita el espaciamiento o limitaciones de los embarazos, entre otros aspectos.

En Ecuador los métodos anticonceptivos más utilizados es la

¹⁰ CEPAR. ENDEMAIN 2000. Quito Ecuador

¹¹ IBID

esterilización femenina el 22,5%, y entre los naturales el ritmo con el 7,9%, que son más utilizados en las zonas residenciales, en las zonas urbanas (71,9%) es decir que una de cada cuatro mujeres en la ciudad están salpingectomizadas (ligadas y cortadas las trompas de Falopio). En las zonas rurales la prevalencia alcanza al 57,5%, llama la atención el uso del método del retiro del pene constituido como el tercer método en uso y el primero dentro de los denominados naturales.

Los métodos anticonceptivos más utilizados en las mujeres en edades comprendidas entre 15 y 49 años son:

MÉTODO	PORCENTAJE
Ritmo	10,60%
Coito interrumpido	0,30%
Píldora	21,90%
Condón	3,20%
DIU	24,10%
Inyección	5,80%
Métodos vaginales	0,70%
Vasectomía	0,30%
Ligadura	32,00%
Implantes	0,20%
Otro	0,90%
TOTAL	100.00% ¹²

La estadística evidencia que el 31% del total de mujeres utilizan algún método anticonceptivo y es un porcentaje mínimo de varones que utilizan el preservativo. En el Ecuador, la responsabilidad de usar los métodos

¹² INEC. Métodos Anticonceptivos

anticonceptivos es exclusiva de la mujer (96,4%), el 32% han sido esterilizadas (salpigectomizadas) y apenas un 0,3% de los hombres se practica la vasectomía.

Los datos confirman que el mantenimiento de una salud sexual y reproductiva responsable y gratificante, requiere de un proceso educativo planificado y permanente, pues todavía la sexualidad está en el ámbito privado

En nuestro país y en el resto de los países de América Latina, la intimidación sexual y reproductiva es un problema social con grandes repercusiones dentro del núcleo familiar y en la sociedad. Esta realidad motiva que el Ministerio de Salud Pública con el apoyo de otras organizaciones asuma la responsabilidad, que corresponde en defensa de los derechos humanos y de los derechos sexuales y reproductivos, sobre todo con el grupo más vulnerable que son las mujeres en edad fértil, que tienen problemas en la relación de pareja y en la imposición que ejerce el esposo para la elección de los métodos anticonceptivos

La imposición ejercida por la pareja en la elección del método anticonceptivo, se opone al ejercicio de una sexualidad libre y sana y expone a las mujeres a embarazos no deseados, a infecciones de transmisión sexual, aspecto que repercuten la salud sexual y

reproductiva de las mujeres.

Existen limitados estudios acerca de la existencia de imposición en la elección de los métodos anticonceptivos no solamente a nivel de la ciudad de Mira, si no a nivel de todo el país, de allí la necesidad de investigar para identificar las causas que producen este tipo de imposición y que pasan desapercibidas por quienes trabajan en el sector de salud.

En las estadísticas que se presentan en la provincia del Carchi en la Comisaría de la Mujer y la Familia de Tulcán, se encontró que desde el mes de Enero del 2000 hasta el mes de Abril del mismo año apenas 12 son agresiones sexuales y psicológicas (no hay número exacto de agresiones sexuales solamente)¹³.

En datos más recientes se comprueba que las denuncias aumentan, entre el año 2003 al 2004 en la ciudad de Mira se producen cinco denuncias de imposición sexual, el dato es muy importante pues antes no se registra ninguna denuncia. Nunca se registra denuncias sobre violación de los derechos sexuales y reproductivos.

De los datos obtenidos, se deduce que es trascendental conocer la forma

¹³ Información de la Comisaría de la Mujer y la Familia de Tulcán

de pensar y sentir de las mujeres de Mira, quienes sin un proceso de verdadero conocimiento no podrán hacer cumplir las leyes y derechos conseguidos, por ejemplo, la imposición ejercida en la elección del método anticonceptivo es aceptada y las normas de la cultura culpan a la mujer de la imposición perpetrada en su contra. Estas actitudes sociales inclusive manifiestan muchos profesionales de la salud, lo que da como consecuencia servicios de salud inadecuados o inapropiados para las mujeres que buscan atención médica a consecuencia de la imposición.

En el Centro de Salud de Mira en los años comprendidos del 2000 al 2004, la trasgresión de los derechos sexuales y reproductivos afecta la salud sexual y reproductiva de las mujeres, la tasa de embarazos no deseados aumenta, de igual forma, el índice de abortos no deseados se realizaron en condiciones de riesgo. Las mujeres que viven con parejas violentas no pueden tomar sus propias decisiones sobre los métodos anticonceptivos. Esta imposición sexual contribuye a la presencia de abortos espontáneos y a un aumento de infecciones de transmisión sexual, tales como gardenella, HPV, entre otros.

2.1.2. SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL ECUADOR

Según el ENDEMAIN, la información sobre sexualidad que las mujeres de

15 a 24 años de edad recibieron en torno a estos temas es variable; la frecuencia de respuesta a nivel nacional oscila del 81% para la “menstruación o regla” al 67% para el “desarrollo del cuerpo en la pubertad” y “métodos anticonceptivos”. Para todos los temas se encuentra que la mención es siempre superior en el área urbana que en la rural, especialmente con respecto al tema “infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA”. Aunque con bajo número de casos, en la región Insular, para casi todos los temas, se presentan los más altos porcentajes de respuesta, en comparación con las otras tres regiones.

El comportamiento sexual y la exposición al embarazo en este grupo de mujeres son de vital importancia, pues, éste incidirá en el comportamiento inmediato de la fecundidad del país.

“Cerca de la mitad de las mujeres de 15 a 24 años de edad (47%), ha tenido al menos una relación sexual, porcentaje mayor al encontrado en las encuestas de 1994 (41%) y 1999 (44%), siendo más frecuente la primera relación clasificada como pre marital que la marital (37% y 10%, respectivamente). Las pre maritales aumentaron en 7 puntos porcentuales entre las dos últimas encuestas, incremento que es del orden del 24 por ciento”¹⁴.

El aumento en el porcentaje de mujeres con experiencia sexual entre las encuestas de 1999 y 2004, se debe fundamentalmente al incremento ocurrido en las adultas jóvenes del área urbana y de la región Costa.

Las relaciones prematrimoniales tienen un incremento en todos los grupos poblacionales, especialmente entre mujeres residentes en sectores urbanos, de la Costa y Galápagos, y en aquellas de mayor instrucción.

¹⁴ ENDEMAIN 2004

La proporción de mujeres con experiencia sexual es bastante similar entre las áreas urbana y rural, sin embargo, se aprecia frecuencias más altas de relaciones pre- marital en el área urbana.

Según la encuesta del 2004, la experiencia sexual está relacionada con la edad de la mujer, pues varía del 27% en mujeres de 15-19 años al 70% entre las que tienen 20-24 años. Así mismo, la experiencia sexual se relaciona en forma inversa con el nivel educativo, pues, desciende del 72% en las que no tienen educación formal al 35% en las que tienen instrucción superior.

La proporción de mujeres con experiencia sexual pre marital es casi el triple en las mujeres de 20-24 años (56%) que en las de 15-19 años (22%). Igual que con la experiencia sexual total, las relaciones pre - maritales descienden a medida que aumenta el nivel educativo de la mujer, pero independientemente del mismo, la experiencia sexual pre marital siempre predomina sobre la marital.

De las mujeres de 15 a 24 años de edad con experiencia sexual, sólo el 14% reportó haber usado un método anticonceptivo en la primera relación sexual, siendo el uso mayor en la relación pre marital (15%) que en la marital (9%). El menor uso de anticonceptivos en la primera relación sexual se da en mujeres rurales, de la Costa e Insular, de 20-24 años de edad, de bajos niveles de instrucción e indígenas, comportamiento similar cuando la primera relación fue pre- marital.

El 39% de las mujeres de 15 a 24 años ha tenido al menos un embarazo, proporción constituida por el 22% que se clasifica como marital y el 17% como pre-marital. Con respecto a la edad agrupada, se observa que la proporción con al menos un embarazo varía del 20% en las adolescentes de 15-19 años al 61% en las jóvenes de 20-24 años

Ocho de cada diez mujeres con experiencia sexual han tenido al menos un embarazo, pero al contrario de la primera relación sexual, es mayor el porcentaje de embarazos clasificados como maritales que los premaritales (47% versus 37%). El porcentaje con experiencia de embarazo es algo más alto en mujeres rurales, de la Costa y Sierra, de 20-24 años de edad y en mujeres con menor instrucción.

Entre las mujeres adolescentes (15-19 años), tres de cada cuatro, con experiencia sexual, han tenido también experiencia de embarazo, y de ellas casi la mitad ha tenido un embarazo producto de relaciones premaritales

Contrario a lo que ocurre con todos los embarazos, clasificados por área, nivel de instrucción y grupo étnico, aquellos producto de relaciones premaritales son más frecuentes en mujeres del área urbana, con mayores niveles de instrucción y en mujeres mestizas, siendo por lo tanto lo contrario cuando los embarazos se clasifican como maritales.

El conocimiento de estos datos, permite reconocer que es urgente en el Ecuador la construcción democrática y participativa de una Política de Estado que proyecte soluciones a largo plazo para los problemas que enfrentan, particularmente en el campo de la salud y derechos sexuales y reproductivos de la mujer.

Es impostergable la aplicación de la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor (1998) y la Política Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (2004). Este compromiso debe ser cumplido en cada uno de los Centros de Salud como un esfuerzo coordinado para promover la vivencia positiva de la sexualidad y prevenir los embarazos

tempranos no deseados y las ITSVIH/ SIDA en estos grupos poblacionales.

2.1.3. LA MORBI - MORTALIDAD EN EL ECUADOR. CAUSAS

La mortalidad materna se refiere a aquellas defunciones a consecuencia de complicaciones causadas por el embarazo y el parto. Estas complicaciones pueden suceder durante el embarazo o el parto, o pueden ocurrir hasta 42 días después del parto. Por cada mujer que perece, muchas más sufrirán lesiones, infecciones y trastornos como consecuencia de las complicaciones del embarazo o el parto, tal como la fístula obstétrica. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la mortalidad y trastornos maternos pueden evitarse con intervenciones sanitarias apropiadas.

Entre algunas de las causas médicas directas de mortalidad materna se encuentran la hemorragia o sangrado, infección, aborto en condiciones de riesgo, trastornos por hipertensión, y parto obstruido. Otras causas incluyen el embarazo ectópico, embolia, y riesgos relacionados con el uso de anestesia. Condiciones médicas tales como la anemia, diabetes, malaria, infecciones de transmisión sexual (ITS), y otras también pueden aumentar el riesgo de las complicaciones a que está expuesta una mujer durante el embarazo y el parto y que, por tanto, son causas indirectas de mortalidad y morbilidad maternas.

La tasa de mortalidad maternal en Ecuador continúa a un nivel inaceptablemente alto. A pesar de que las cifras de mortalidad materna varían grandemente según su procedencia y son altamente polémicas, los mejores cálculos obtenidos para Ecuador indican que aproximadamente entre unas 500 y 700 mujeres y niñas, mueren cada año a causa de

complicaciones relacionadas con el embarazo.

“Más de 500.000 mujeres y niñas mueren en todo el mundo cada año a causa de las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Más del 99% de estas defunciones ocurren en países en desarrollo tales como Ecuador; pero las defunciones maternas solamente cuentan parte de la historia. Por cada mujer o niña que muere a consecuencia de causas relacionadas con el embarazo, habrá de unas 20 a 30 más que desarrollen trastornos a corto y largo plazo, tales como fístula obstétrica, ruptura del útero, o enfermedad pélvica inflamatoria.

Además, cada año, de unas 10.000 a 21.000 mujeres y niñas ecuatorianas sufrirán trastornos a consecuencia de las complicaciones del embarazo y el parto”¹⁵

La mayoría de las defunciones maternas ocurren durante el parto o el puerperio, si surgiesen complicaciones, el cuidado obstétrico de urgencia, los asistentes de parto cualificados, la atención posparto y el transporte a servicios médicos serían todos componentes necesarios de las estrategias dirigidas a reducir la mortalidad materna. Por lo común estos servicios son particularmente escasos en áreas rurales, y por ello deberán tomarse medidas especiales para aumentar la provisión de servicios en estas áreas.

Los esfuerzos para reducir la mortalidad y morbilidad maternas también deben abordar los factores sociales y culturales que influyen en la salud de la mujer y su acceso a los servicios. La baja posición social de una mujer, la falta de acceso a recursos y control de los mismos, la escasez de oportunidades de educación, deficiente nutrición, y la falta de poder decisorio contribuyen de manera significativa a los resultados adversos del embarazo. La existencia de leyes y políticas tales como aquellas que dictan que una mujer obtenga primero el permiso de su cónyuge o padres,

¹⁵ www.worldpop.org

tal vez desanimen a las mujeres a acudir a los servicios de salud que necesitan, en particular si se busca discreción, como cuando se acude a servicios de planificación familiar, aborto o para el tratamiento de ITS.

La mayoría de estas defunciones pueden evitarse con servicios sanitarios eficaces en función de los costos. La reducción de la mortalidad materna y los trastornos relacionados con la maternidad, dependerán de poder identificar y mejorar aquellos servicios de importancia crítica para la salud de las mujeres y niñas, tales como la atención prenatal, atención obstétrica de urgencia, atención post - parto adecuada para las madres y sus bebés, y servicios de planificación familiar y de ITS/VIH/SIDA.

En Ecuador como en la mayoría de los países en desarrollo, el acceso a servicios de maternidad sin riesgos en áreas rurales es más limitado que en las áreas urbanas.

“Esto es inquietante para Ecuador ya que aproximadamente 4 de cada 10 (39 por ciento) personas en el país viven en áreas rurales. En general, Ecuador recibió una evaluación de 50 en cuanto al acceso, con un promedio de 32 en el acceso rural y de 68 en el acceso urbano, mostrando grandes diferencias en el acceso a los servicios.

Las diferencias mayores en las evaluaciones del acceso rural y urbano a los servicios se encuentran cuando se toma en cuenta la prestación de servicios por personal cualificado (29 comparado con 77), el tratamiento de las complicaciones del aborto (25 comparado con 67), y la hospitalización de 24 horas (50 comparado con 87).

Las evaluaciones del acceso rural variaron de 24 a 50, lo que sugiere una urgente necesidad de ampliar el acceso a una variedad de servicios. A pesar de que el acceso urbano recibió evaluaciones relativamente altas en algunos servicios, las evaluaciones todavía indican necesidad de mejora, especialmente en los servicios de

aborto seguro”¹⁶

La mortalidad materna se constituye en un indicador sensible que genera un alto compromiso con la seguridad social y el desarrollo humano, por eso en el año de 1998, el Ecuador lo declaró mediante Acuerdo Ministerial N° 1804, “Prioridad de Estado”. En el mismo año el Honorable Congreso nacional Reforma la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia y en el año de 1999, se dictan las Normas Nacionales de Salud Reproductiva. En el año 2005 se publica el “Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna”, y en enero del 2006 se actualiza el Manual `para la Vigilancia Epidemiológica e Investigación de la Mortalidad Materna.

2.2. TEORÍA EXISTENTE

2.2.1. HISTORIA DE LA SEXUALIDAD

La sexualidad evoluciona junto con el conocimiento del ser humano. “En la Prehistoria es una simple satisfacción del impulso reproductivo, la preocupación por la sexualidad no cuenta demasiado en las primitivas comunidades cavernarias por la vida totalmente insegura de los primeros hombres”¹⁷

La sexualidad pasa a ocupar un lugar importante en la civilización con el descubrimiento de la agricultura; por cuanto, las tribus se establecen por períodos prolongados en territorios fijos. En esta época mujeres y hombres conocen el placer de reproducirse. En este momento, la humanidad identifica a la mujer (da vida) con la tierra (da frutos). Así nace

¹⁶ www.worldpop.org

¹⁷ www.revistahistoriadelasexualidad.htm

un culto a la sexualidad femenina que es relegada con las religiones judaica, cristiana e islámica.

“En las culturas helénica y latina el acto sexual llega a ser una manifestación religiosa. Las orgías dedicadas a Dionisio o Baco, divinidad masculina de la sexualidad, son al principio verdaderos rituales del amor”¹⁸. Con el correr del tiempo esta creencia pierde su base religiosa y se transforma en exceso hedonista. En este período se consolida la exaltación del potencial sexual masculino, a través de las imágenes divinas como Zeus y, especialmente Apolo.

La religión judía es una de las primeras en reprimir la sexualidad, particularmente la de las mujeres que son consideradas simples objetos sexuales. En el Antiguo Testamento, la función de la mujer es procrear, perpetuar, y servir a las hijas/os. El cristianismo cambia esta visión pero al pasar a ser religión oficial del imperio romano se convierte en una fuerza política y represiva.

Las religiones imponen los referentes de la sexualidad. El cristianismo designa la sexualidad como algo impuro. El islamismo reprime aún más ferozmente a las mujeres, y continúa esa injusta práctica hasta ahora. En el Oriente, la sociedad busca el conocimiento y el desarrollo de las funciones sexuales. En la India son famosos los libros sagrados del erotismo hindú, como el Kama Sutra.

Esto no quiere decir que en estas culturas el desarrollo de la sexualidad triunfa. Las conveniencias políticas y las concepciones machistas mantienen gran número de costumbres atroces y represivas contra las

¹⁸ Cfr. www.revistahistoriadelasexualidad

mujeres y las clases más humildes.

En Occidente, la represión político-religiosa de la sexualidad y sus manifestaciones se aplica hasta bien entrado el siglo XX. Entre el siglo XVIII y el siglo XX, se realizan diferentes cambios en la mentalidad social, que marcan el camino hacia la revolución sexual, que ocurre en la década de 1960 y desemboca en las actuales concepciones.

La sexualidad tiene momentos históricos por ejemplo, a finales del siglo XVIII el Marqués de Sade introduce en Francia, una nueva visión del placer sexual que es malentendida, al considerarla como incitación a la perversión y al crimen. En el siglo XIX, se estudia con mayor serenidad, la represión de sociedades puritanas, como la de Inglaterra en la época de la reina Victoria. Al inicio del siglo XX el principio movimiento de liberación femenina, sitúa a la mujer en un plano de igualdad con el hombre. Y empiezan a desecharse los tabúes sobre el cuerpo y su capacidad sexual.

El psicólogo Sigmund Freud, expone sus revolucionarias teorías sobre la sexualidad humana, que conducen a una verdadera revolución sexual. Mujeres y hombres comienzan a preocuparse por entender mejor el desarrollo de sus capacidades y habilidades sexuales. Las dos guerras mundiales aumentan la permisividad sexual en la sociedad y propician la liberación conceptual sobre el sexo.

Estos movimientos sobre la sexualidad, originan mediante las investigaciones realizadas entre 1920 y 1980, el nacimiento de la sexología como ciencia. Entre los estudios destacan, por sus revelaciones y su popularización mundial, los doctores William H. Masters y Virginia Jonson, Helen S. Kaplan, Shere Hite, Alfred Kinsey y Wilhelm Reich, entre otros.

Las investigaciones se asocian con los movimientos juveniles de transformación política, económica y ética, originando un cambio decisivo. La sexualidad se considera desde entonces como una cualidad única del ser humano; cambia la actitud de las sociedades hacia el conocimiento de la sexualidad y sus manifestaciones. En nuestros días, la manifestación de la sexualidad ocupa un lugar importante dentro de la vida cotidiana.

2.2.1.1. EL PODER Y LA SEXUALIDAD

Foucault trata de manera magistral el tema del poder y rompe con las concepciones clásicas del término. Para él, el poder no puede ser localizado en una institución, no es considerado como algo que el individuo cede al soberano (concepción contractual jurídico-política), es una relación de fuerzas, una situación estratégica en una sociedad determinada. El poder, al ser relación, está en todas partes. La persona está atravesada por relaciones de poder, no puede ser considerada independientemente de ellas. El poder, según Foucault, “No sólo reprime, sino que también, produce efectos de verdad y produce saber”¹⁹.

Michel Foucault, señala como surge un biopoder que absorbe el antiguo derecho de vida y muerte que el soberano detentaba y pretende convertir la vida en objeto administrable por parte del poder. En este sentido, la vida regulada debe ser protegida, diversificada y expandida

Foucault distingue dos técnicas de biopoder que surgen en los siglos XII y XVIII²⁰

“La anatomopolítica que se caracteriza por ser una tecnología

¹⁹ FOUCAULT, M. Historia de la Sexualidad. 2. El uso de los placeres. Editores Siglo XXI de España. 10ª Edición. 1993

²⁰ Ibid

individualízate del poder, basada en el escrutar en los individuos, sus comportamientos y su cuerpo con el fin de anatomizarlos, es decir, producir cuerpos dóciles y fragmentados. Está basada en la disciplina como instrumento de control del cuerpo social penetrando en él hasta llegar hasta sus átomos; los individuos particulares. Vigilancia, control, intensificación del rendimiento, multiplicación de capacidades, emplazamiento, utilidad. Todas estas categorías aplicadas al individuo concreto constituyen una disciplina anatomopolítica.

La biopolítica que tiene como objeto a poblaciones humanas, grupos de seres vivos regidos por procesos y leyes biológicas. Esta entidad biológica posee tasas conmensurables de natalidad, mortalidad, morbilidad, movilidad en los territorios, que pueden usarse para controlarla en la dirección que se desee”

De este modo, según la perspectiva Foucaultiana, el poder se torna materialista y menos jurídico, por cuanto trata a través de las técnicas señaladas, con el cuerpo y la vida, el individuo y la especie. Para Foucault, el desarrollo del biopoder y sus técnicas constituyen una verdadera revolución en la historia de la especie humana, porque la vida está completamente invadida y gestionada por el poder. Es fundamental para la expansión del capitalismo al crear los instrumentos para la inserción “controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos”.

Este análisis toma coherencia cuando se observa que las sociedades de hoy, se vuelven normalizadoras usando como pretexto la ley, para a través de este poder entrar al campo de batalla porque se centran justamente en el derecho a la vida, al cuerpo intentando dominar desde todos los ángulos de relación, especialmente de la pareja.

2.3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

En la sociedad de vivencia discriminatoria, en los primeros años de la década de los setenta, los movimientos femeninos se centran en la lucha constante de las mujeres para hacer respetar sus derechos, por cuanto están excluidas de la igualdad política. En nuestro país, mucho antes de esta fecha, Matilde Hidalgo de Prócer es la primera mujer que se gradúa de bachiller, en 1923 es la primera mujer en obtener el título de doctora en medicina, la primera que vota en las elecciones en 1929 y ocupa una función pública, se convierte en un ejemplo de vida para las mujeres ecuatorianas.

Desde entonces, las propuestas de las mujeres se orientan a planteamientos de igualdad ante la ley, proponen derechos iguales para mujeres y hombres, esta aspiración se consigue a través de un largo camino. El derecho a la igualdad sin discriminación por razón de sexo, se incorpora en los textos constitucionales en los países de nuestra región en los últimos años.

En referencia a los derechos sexuales y reproductivos, en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos realizada en Teherán en 1.968, ni siquiera se menciona este término, solo se formula una definición restringida que alude al derecho básico de las parejas e individuos para decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus

hijas/os y para tener la información, educación y medios para hacerlo.

En la conferencia de Población de Bucarest realizada en 1974, se adopta un Plan de Acción de Población, se reconoce el derecho de las parejas e individuos a determinar el número de hijos y espaciamiento y se determina el papel del Estado para asegurar estos derechos, incluyendo la información y acceso a métodos de control de la natalidad.

En lo relativo a la violencia contra las mujeres, se detecta este problema como uno de los obstáculos más urgentes de atender con la convicción de que se trata de una violación a los derechos humanos, lucha que espera una década adicional. Los debates y resultados de las Conferencias posteriores a la primera Conferencia Mundial de la mujer en 1975, introducen nuevos conceptos y perspectivas respecto a los derechos de las mujeres.

Los movimientos sociales destacan la importancia de la relación que debe existir entre los ámbitos legales y salud para la resolución de los problemas que afectan a la población. La lucha se concentra en conseguir que sea el Estado quien asuma las responsabilidades jurídico éticas, en especial sobre los aspectos médico legales, por esto y con el afán de mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva de la población, se realizan varios estudios. Al respecto, la Conferencia de El Cairo, señala:

"La necesidad de abordar cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva en la adolescencia en particular sobre los embarazos no deseados, el aborto y las malas condiciones así como las enfermedades de transmisión sexual, mediante el fomento de una cultura reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la

abstinencia voluntaria, incluyendo orientación y asesoramiento claramente apropiados para este grupo de edad. La salud sexual reproductiva está fuera del alcance de muchas personas en todo el mundo a causa de factores como conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes y de mala calidad en materia de salud reproductiva, las prácticas sociales discriminatorias y las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas²¹.

En 1993 en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos que se realiza en Viena, los Estados aceptan considerar como una violación a los derechos humanos, toda violación de los derechos específicos de las mujeres. La iniciativa y participación de las mujeres en esta Conferencia produce un cambio trascendental en la teoría de los derechos humanos, al lograr que se defina que los derechos humanos son universales, interdependientes e indivisibles.

En varias instancias internacionales, luego de Viena, las mujeres participan con investigaciones, propuestas y reclamos, con el objetivo de afirmar y desarrollar lo ya conquistado. En 1994 en El Cairo, en 1995 en Beijing, además de participar en redes regionales e internacionales, foros de ONG.

En este proceso se revisa y amplía el concepto de derechos humanos, se pone en discusión la ampliación y redefinición del contrato social, contrato en el que históricamente las mujeres no estuvieron presentes, ni en sus definiciones ni en su condición de personas políticas.

Esta lucha de las mujeres organizadas, es un camino de progreso, pero también de tensiones. En el Tercer Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General, conocido como “La Mujer en el año 2000: Igualdad,

²¹ RSMLAC. Conferencia Mundial de los Derechos Humanos. Documento 2003.

Desarrollo y Paz en el Siglo XXI”²², se realiza el balance de la implementación de las recomendaciones de la Plataforma de Acción de Beijing (PAM o Beijing + 5). En esta fecha se presentan tensiones grupos conservadores intentan impedir la adopción de un documento final.

Como resultado de la persistencia de las mujeres y de los grupos sociales organizados, las instancias internacionales comprometen a los Estados que las suscriben, la necesidad de aprobar a nivel de cada nación, la normativa necesaria para habilitar el cumplimiento de los compromisos asumidos, los que aún no son respetados en gran parte de los países firmantes.

El estudio histórico realizado sobre el tema, considera que los derechos humanos de las mujeres, incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a la sexualidad y a decidir libremente respecto de esta, sin verse sujeta a coerción, discriminación o violencia, prácticas que inciden negativamente sobre la vida y salud de mujeres y hombres y en general de la familia y la sociedad.

2.3.1. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

El debate sobre los derechos sexuales y reproductivos en las dos últimas décadas, promueve el Movimiento Internacional de Salud de las Mujeres²³ El debate se concentra en el derecho a la integridad personal, implícita en el concepto de derechos reproductivos, articula la noción individual de dignidad, seguridad con la dimensión social de los derechos sexuales y reproductivos, reconoce que los derechos son individuales y no pueden ser ejercidos si no existen las condiciones sociales pertinentes.

²² DE SICO, G. (2002) Hacia la igualdad. Revista Sexualidad. España

²³ CORREA Y P. (1994) Los Derechos Sexuales y Reproductivos Documento.

La vinculación de lo individual y social, coloca la discusión en el ámbito del desarrollo, por cuanto la posibilidad de ejercer los derechos está dada por el contexto económico, social, cultural, político en que viven las personas.

Los derechos sexuales y reproductivos cuestionan la distinción público privado, en tanto el ejercicio de la sexualidad y reproducción (esfera privada) requiere de medios para ejercerla, por ejemplo, el acceso a la información oportuna y adecuada; servicios de salud de calidad; métodos anticonceptivos, como responsabilidades básicas del Estado (esfera pública). Al ser la reproducción es parte de la vida sexual de las personas, la noción de derechos sexuales y reproductivos involucra el ejercicio de la sexualidad con fines reproductivos o no.

Las decisiones sobre sexualidad y reproducción "No siempre son explícitas, no involucran necesariamente a la pareja, puede ocurrir que no sean consensuadas, en éstas operan significaciones culturales profundas sobre la maternidad, el ser mujer u hombre y relaciones concretas de poder entre hombre y mujer"²⁴

El principio de igualdad que se relaciona con el derecho de mujeres y hombres a decidir sobre la sexualidad y reproducción, debe reconocer la situación de desigualdad social, económica, política de las mujeres en relación a los hombres. Las mujeres no tienen iguales posibilidades de decisión debido a las relaciones de poder que permean la vida de pareja.

Los derechos sexuales y reproductivos "abarcen ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los

²⁴ GYSLING. (1994) Derechos Sexuales y Reproductivos. Revista de Educación Sexual.

documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de Naciones Unidas aprobados por consenso"²⁵ Entre los principales documentos internacionales que sustentan el reconocimiento de estos derechos están:

- La declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948
- La proclama sobre Derechos Humanos Teherán 1968
- La declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria, 1978
- Las declaraciones de las Conferencias de Población de Roma 1954, Belgrado 1965, Bucarest 1974, México 1984 y particularmente la conferencia de Cairo 1994.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los Derechos Humanos, constituye un avance en materia de re-conceptualización de los Derechos Humanos, hasta hace poco preocupados prioritariamente de los Derechos Civiles y Políticos.

Los derechos sexuales y reproductivos, son reconocidos a las personas hombres y mujeres, como también a las parejas. El carácter relacional y social de la sexualidad y reproducción, involucra la responsabilidad de mujeres y hombres en estos procesos, por lo tanto los derechos sexuales y reproductivos no corresponden solo a las mujeres, son derechos humanos básicos de hombres y mujeres, aunque de manera general, hayan sido las mujeres las principales depositarias de la responsabilidad en este campo y se haya prestado poca atención al análisis del proceso reproductivo de los varones.

Uno de los aportes significativos de la conferencia internacional sobre

²⁵ OPS. (1994) Programa de Acción del Cairo

Población y Desarrollo (Cairo 1994), fue el llamado a los hombres a asumir una conducta sexual responsable, así como a participar en todas las esferas de la vida familiar, el cuidado de los hijos y las labores domésticas. Sus responsabilidades incluyen la provisión de apoyo financiero a los hijos y la familia, particularmente en los casos de abandono.

La sexualidad y reproducción están articuladas a condicionamientos culturales, donde las determinaciones de género expresan los patrones, valores y pautas de comportamiento de hombres y mujeres asociadas a la sexualidad y reproducción. Las relaciones de subordinación de las mujeres con respecto a los varones, tiene su expresión en el campo de la sexualidad, por ejemplo, en los mitos y valores asociados a los cuerpos, en la devaluación social de lo femenino, en la doble moralidad sexual, en el escaso poder social de las mujeres y sus dificultades para tomar decisiones sobre sus cuerpos. Sin cambios en las relaciones de poder en el campo de la sexualidad y reproducción será difícil lograr cambios en las relaciones en otros ámbitos

La conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, al conceptualizar la salud reproductiva, como una categoría que replantea la forma de analizar la salud y la reproducción, sentó las bases para el reconocimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos. La cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer (Beijing 1995) reafirmó y destacó el consenso de El Cairo en relación a los derechos reproductivos.

Por Salud Reproductiva se entiende "un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin

riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos". (Programa de Acción Conferencia Población 1994:41)

2.3.1.1. ANÁLISIS DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Con base a esta definición, los derechos reproductivos, incluyen derechos humanos básicos, que han sido reconocidos por diferentes tratados y convenciones internacionales. Analicemos brevemente los derechos sexuales y reproductivos a la luz de los derechos humanos²⁶.

Derecho a la vida

Incluye la prevención y reducción de las causas de mortalidad materna, debido a la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Prevención de la mortalidad infantil, el acceso a la atención durante el embarazo, el parto y la lactancia. Este derecho incluye también la eliminación de toda forma de violencia.

Derecho a la privacidad

Abarca el derecho a adoptar decisiones autónomas con respecto a la

²⁶ CONVENCIÓN INTERNACIONAL (1997) Derechos económicos, sociales y culturales.

sexualidad y reproducción y al carácter confidencial de la información personal comunicada a los encargados de prestar servicios. Este derecho protege por ejemplo, el derecho de las mujeres a decidir sobre el uso o no de anticonceptivos, sin la imposición de sus compañeros, así como el derecho de los jóvenes a obtener información de manera confidencial. La privacidad también incluye el derecho a discutir las necesidades o preocupaciones sobre la sexualidad en un ambiente en que las personas se sientan cómodas y respetadas.

Derecho a la libertad y seguridad de las personas

Este derecho se relaciona con la libertad de decidir de manera responsable sobre la sexualidad y reproducción, así como con la calidad de los servicios de salud que se ofertan. Incluye el derecho a relaciones exentas del temor a enfermedades de transmisión sexual, VIH SIDA. El derecho a no sufrir abuso sexual, a no ser sometidas a prácticas como la esterilización forzada, el aborto u otras prácticas médicas no consentidas. Derecho a la protección contra cualquier efecto nocivo que un método anticonceptivo pueda tener sobre la salud. Puesto que un embarazo no deseado puede implicar riesgos para la salud, el derecho de las mujeres a la seguridad, incluye también el derecho a anticonceptivos seguros y eficaces.

Derecho al nivel más alto posible de salud

Entraña el derecho a tener acceso a servicios de salud de calidad más alta posible, incluida la atención relativa a la salud sexual y reproductiva. Ello incluye reconocimiento de las necesidades diferenciadas en razón de sexo, edad, etnia, región, idioma u otras características específicas de grupos determinados.

Derecho a la planificación de la familia

Reconoce el derecho de las parejas y a las personas decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de los hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces. Este derecho requiere que las mujeres sean reconocidas como sujetos decisorios y que los varones asuman responsabilidad en las decisiones sobre la procreación.

Derecho a la no-discriminación

Protege los derechos de las personas sean cuales fueren su raza, color, sexo, opción sexual, estado civil, posición en la familia, edad, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen social, a tener acceso en igualdad de condiciones a la información, educación y servicios relativos a la salud sexual y reproductiva. Este derecho protege a las mujeres por ejemplo en casos de discriminación social, laboral en razón del embarazo.

Derecho a una vida sin violencia

El ejercicio de la sexualidad y reproducción sin coacción de ningún tipo que atente contra la dignidad y libertad. El uso de la fuerza física, psicológica, moral, con el fin de lograr una respuesta sexual contra la voluntad de una persona es violencia sexual, y se expresa en acoso, violación, explotación, tráfico de menores y mujeres, abuso sexual a niños y niñas.

Derecho a la información y educación

Incluye el acceso a la información completa, oportuna, adecuada sobre

aspectos relativos a la sexualidad y reproducción incluidos los beneficios, riesgos y eficacia de los métodos anticonceptivos. La educación como un proceso sostenido orientado a generar cambios en las percepciones y actitudes respecto de la sexualidad y reproducción y en las relaciones que se establecen entre hombres y mujeres. Este derecho protege el derecho de los/las jóvenes a ser informados/as; la educación sexual libre de estereotipos.

El consentimiento informado es uno de los derechos que subyace en el derecho a la información y se refiere a que los servicios médicos faciliten información completa sobre efectos, riesgos y beneficios de los distintos métodos y respeten la elección de las usuaria/os.

Derecho a los beneficios del adelanto científico, incluye el derecho a tener acceso a las tecnologías disponibles en materia de reproducción, particularmente, de métodos anticonceptivos de buena calidad, seguros y aceptables, para mujeres y hombres.

Derecho a recibir e impartir información y a la libertad de pensamiento

Son aplicables en la demostración de que todas las personas incluidas los adolescentes y las personas solteras, tienen derecho a recibir información adecuada y asesoramiento acerca de métodos anticonceptivos y de disponer de servicios al respecto.

2.3.1.2. IMPORTANCIA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PARA LAS MUJERES

Si bien los derechos sexuales y reproductivos no son privativos de las mujeres, son derechos de mujeres y hombres, éstos son especialmente

importantes para las mujeres, al menos por dos razones:

1. Porque la toma de decisiones sobre el cuerpo, la sexualidad y reproducción implica poder y autonomía

Las decisiones sobre la sexualidad y reproducción se ubican en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, esto significa que la posibilidad de tomar decisiones por parte de las mujeres, está mediada por las relaciones de subordinación. Muchas mujeres no pueden decidir libremente usan o no anticonceptivos, se hacen o no una ligadura, tienen o no hijos, etc., si sus parejas no lo consienten. Este control real o simbólico que ejercen los hombres sobre la sexualidad femenina, es una expresión de su poder. Cuando las mujeres empiezan a cuestionar ese poder, empiezan a tomar decisiones sobre su cuerpo, van ganando poder para auto-determinarse.

La autonomía de la mujer y el mejoramiento de sus condiciones de vida son un fin en sí mismo y favorecen su capacidad de adopción de decisiones en todos los niveles y esferas de la vida. No siempre mejorar las condiciones de vida mejora la autonomía de las mujeres, al menos no, de manera automática.

“Eleva los indicadores de educación, salud, ingresos, es decir atender a sus necesidades prácticas de género, es importante pero no suficiente; hay que desarrollar el empoderamiento de las mujeres, atender a sus intereses estratégicos, como base para redefinir las de

subordinación por género”²⁷.

2. Porque la toma de decisiones sobre la sexualidad y reproducción, construye ciudadanía

Las decisiones sobre sexualidad y reproducción no se realizan en el vacío, tienen implicaciones en las relaciones con otros: esposo/compañero, familia, sociedad. Estas decisiones requieren ciertas condiciones sociales que puedan hacer posible su cumplimiento. No todas las personas tienen similares posibilidades de acceso a información oportuna y adecuada, servicios de salud de calidad, anticonceptivos, etc. Las diferencias no se presentan sólo entre hombres y mujeres, sino también entre mujeres. Las más pobres y menos educadas, son quienes menos posibilidades tienen de ejercer su derecho a decidir.

La articulación del derecho individual a decidir y la obligación social de crear condiciones para que las personas puedan ejercer sus derechos sienta las bases para la aplicación del principio de equidad y la construcción de la ciudadanía social, que incluye una relación de doble vía: de la comunidad hacia el ciudadano/a y del/la ciudadano/a a la comunidad, de derechos y responsabilidades.

La construcción de la ciudadanía social implica responsabilidades. La participación es un derecho pero también una responsabilidad. Participar en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas y programas de salud, es un derecho que principalmente las organizaciones de mujeres reivindican como parte de sus derechos

²⁷ MOLYNEUX R (1985) Intereses prácticos y estratégicos de género Documento

ciudadanos. Este derecho conlleva al empoderamiento colectivo de las mujeres.

Atender una de las necesidades básicas de las personas, como es el acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, significa no sólo el reconocimiento de un derecho humano; sino una exigencia de justicia que para el caso de las mujeres pobres, significa la diferencia entre la vida y la muerte.

2.4. GÉNERO, VIOLENCIA Y SALUD

El concepto de género refiere a la asignación social y a la valorización diferenciada de responsabilidades y roles a mujeres y hombres, lo que condiciona sus opciones, hábitos y desempeños. En décadas anteriores está reservado, prioritariamente, para el hombre, la esfera pública de la producción; y, para la mujer, la esfera privada de la reproducción y el cuidado de las y los otros. Esta es una variable socio-económica influida por la clase social, la raza, la religión, el entorno económico, la edad y otros elementos.

En la infancia y adolescencia se conforma la identidad, “por un proceso de adscripción e identificación con los modelos vigentes, la asignación genérica se constituye en condicionante de la construcción de la identidad y del proyecto de vida”²⁸. De esta forma, desde la infancia los hombres se preparan para acceder a la vida adulta a través del trabajo productivo y, las mujeres, para la reproducción y el trabajo de cuidado. Esta realidad explica y pone de manifiesto los desequilibrios de oportunidades y necesidades entre mujeres y hombres.

²⁸ www.cinterfor.org.uy

La violencia es una acción ejercida por una o varias personas en donde se somete de manera intencional al maltrato, presión sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad tanto física como psicológica y moral de cualquier persona o grupo de personas. "La violencia es la presión síquica o abuso de la fuerza ejercida contra una persona con el propósito de obtener fines contra la voluntad de la víctima"²⁹.

La violencia, medio que debiera estar desterrado en una sociedad civilizada, como se le atribuye, sigue vigente entre nosotros como si fuera el único elemento, por medio del cual unos pocos hacen oír su voz, mientras que la mayoría, perjudicada, sigue aguantando. No cabe duda que la violencia en la familia es la base, se ve a diario como madres y padres dañan tanto física como psicológicamente, y dan ejemplo a sus hijas/os, para que sean futuras personas violentas.

Si no se toma conciencia de la violencia que generamos en nuestra casa, en nuestro trabajo, en la calle o donde sea que convivamos, no podemos contribuir a que se mejore la calidad de vida, especialmente de la mujer.

Estas diferencias hacen que ser joven en femenino no sea lo mismo que serlo en masculino. La naturalización del trabajo reproductivo y la adjudicación de la responsabilidad casi exclusiva de la crianza de los hijos y de las tareas domésticas constituyen uno de los principales obstáculos que las mujeres enfrentan, hasta ahora, especialmente en los sectores rurales.

9. FERNÁNDEZ, A. M. (1993) Poder e Imaginario social. En "La mujer de la ilusión", Bs. As. Editorial. Piadós.

La violencia no es universal ni inevitable, ni es instintiva, de hecho hay individuos y grupos que muestran un alto grado de violencia y otros muy poca. Factores que pueden favorecerla son las condiciones de frustración. Por ejemplo, se ve que los casos de violencia doméstica, aumentan en condiciones de miseria, de desempleo y se incrementan notablemente después de los partidos de fútbol en los hogares de los aficionados perdedores.

En el 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la conceptualiza como

"Un completo estado de bienestar físico, mental, social, espiritual y emocional y no meramente como la ausencia de enfermedad o incapacidad.

Se define a la salud con un enfoque holístico que posee las siguientes características:

- Se vislumbra la salud desde una perspectiva positiva.
- Se enfatiza el bienestar en vez de la enfermedad.
- El ser humano se desempeña como una unidad entera.
- No existe salud si una de las dimensiones no se encuentra saludable.
- Su filosofía y propósito principal es la enseñanza de prácticas básicas de una vida saludable”³⁰

Este concepto holístico es muy importante, porque le otorga categorías a los otros aspectos de la salud que están excluidos de las definiciones anteriores, por ejemplo el componente emocional y espiritual de la salud.

Desde este enfoque, la conservación de la salud requiere esfuerzos sociales/gubernamentales para controlar aquellos factores ambientales que afectan la salud de las personas, el desarrollo de medidas de prevención ante las enfermedades infecto-contagiosas, un sistema administrativo médico - hospitalario eficiente que sea capaz de prevenir,

³⁰ OMS (2220) Conceptualizaciones de aspectos de salud. Documento

diagnosticar y/o tratar a tiempo las enfermedades, además necesita de la implementación de un mecanismo colectivo que garantice el disfrute de un estado óptimo de salud a todas las personas.

El análisis del género, la violencia y la salud, determina un desigual acceso y control a los recursos a los sectores menos favorecidos como las mujeres, lo que se expresa en el debilitamiento de la autoestima, de la confianza en sí misma y del desempeño social y laboral, así como en mayor vulnerabilidad ante la violencia familiar y sexual e inequidad en el consumo de bienes en el hogar.

La pertinencia de la aplicación de una mirada de género, del estudio de la violencia y su relación con la salud con enfoque integral, al análisis de la juventud, adultez y del ámbito laboral es incuestionable-

La definición de roles se inicia en la infancia y está en la base de la construcción de la identidad, son las concepciones culturales acerca de lo que les corresponde ser y hacer a mujeres y hombres, del valor de las actividades y capacidades femeninas y de las relaciones con sus padres y maridos, las que se trasladan al ámbito laboral e interactúan con las exigencias y condicionantes productivas y económicas determinando la división sexual del trabajo.

2.4.1. LA SOCIALIZACIÓN DE GÉNERO

La socialización es “el proceso a través del cual los individuos adquieren conductas y valores asociados a sus roles culturalmente asignados” (Bustos, O.1994), esto significa que el hombre, como la mujer moldean su personalidad a través de la relación directa con su medio ambiente.

La socialización de género tiene lugar en todo nivel, político, cultural, social, como la familia el colegio, la iglesia, los medios de comunicación, las leyes, el trabajo, es decir este proceso inicia desde el nacimiento y continúa a lo largo de toda la vida.

Desde el momento que nacemos nos van educando, nos van transmitiendo valores, pautas de comportamientos, creencias que van moldeando la vida de hombres y mujeres. La familia el hogar es donde en primer lugar se va moldeando el ser hombre o mujer, aquí se da los primeros estereotipos de la feminidad y la masculinidad, aquí se aprende hacer hombre o mujer, a ser delicada o fuerte, a ser duro o dulce. La escuela por su parte refuerza los roles asignados a hombres y mujeres, sea a través del material didáctico, los juegos los libros las actitudes de los maestros.

Esta socialización diferencial que promueve una masculinidad dura y dominante, y una feminidad delicada subordinada, tiene sus efectos en la vida de los hombres y mujeres, los hombres siempre están obligados a reprimir sus emociones, sentimientos, emociones, miedos, inseguridades; pero siempre deben demostrar su dureza, su poder, su control, su agresividad para ser considerado con el estereotipo de masculinidad vigente. Pero sin embargo toda esta presión para el hombre es dolorosa y traumática como señala Kaufman (1997)

.”Existe en la vida de los hombres una extraña combinación de poder y privilegios, dolor y carencia de poder. Por el hecho de ser hombres, gozan de poder social y de muchos privilegios, pero la manera como hemos armado ese mundo de poder, causa dolor, aislamiento y alineación tanto a los hombres como mas las mujeres”³¹.

2.4.1.1. LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Es la violencia que se produce en la relación hombre –mujer esta ocurre en el ámbito doméstico en la familia, y también fuera de ella, puede ocurrir en el lugar de trabajo, en el colegio, en la calle, la escuela, etc. La violencia de género es más común en las mujeres que en los hombres. Entonces diremos que la violencia de género se define como “cualquier acción o conducta basada en género, que cause daño o muerte o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (Convención Interamericana para la prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer, 1994).

En los estudios que se ha hecho recientemente en el Ecuador refiere que las personas que más denuncias son mujeres con el 98%, y que con tan solo el 2% de las denuncias son de los hombres. Generalmente esta violencia se ejerce por el hecho de ser mujeres, como una expresión de las relaciones de poder entre hombres y mujeres. En la violencia de género, el sexo es factor de riesgo, generalmente esta violencia se da

³¹ KAUFMAN. T. (1997) Violencia y democracia. Conferencia

por el simple hecho de ser mujer, es una relación de poder que se da especialmente en mi zona de estudio, ya que es el hombre el que tienen el poder para controlar, subordinar, explotar y dirigir la vida de las mujeres de la ciudad de Mira.

Diversos trabajos reconocen a los menos cuatro tipos de violencias, los cuales los numeraremos a continuación, la violencia física, psicológica, sexual, y privación de recursos, estas clases de violencias están íntimamente ligadas las unas con las otras.

2.5. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La salud sexual y reproductiva, aún no es una política de mejoramiento de la calidad de vida, a pesar de las grandes diferencias existentes en la región en cuanto a la conceptualización y acciones referentes a esta temática. En algunos países, como Ecuador se está implementando servicios y programas a nivel gubernamental. No obstante, el tema aún genera conflictos por los tabúes y mitos existentes, tales como que ofrecer educación y atención en esta área genera libertinaje y no libertad; que aumentan las relaciones coitales no protegidas y la precocidad sexual. Este fenómeno puede ocasionar que este tipo de programas pierdan continuidad y respaldo político.

En los debates sobre este tema, se consensó en resaltar el deber de respetar la sexualidad del ser humano y la libertad en sus opciones y decisiones. La salud sexual y reproductiva que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico, espiritual y cultural, por tanto, debe basarse en tres principios:

- Individualización, tomar en consideración las diferencias individuales,
- Respeto a la dignidad humana a los valores personales y de grupo,
- Libre determinación, frente a las alternativas existentes es la persona quien decide en última instancia.

El involucrar en la salud sexual y reproductiva a la pareja continua como problema, por cuanto las acciones de salud reproductiva están dirigidas principalmente a las mujeres; a la hora de definir las, se pone de relieve que la fecundación, el embarazo y el parto suceden en el cuerpo de la mujer y las consecuencias de cualquier complicación involucran más a la mujer, al feto o al recién nacido.

“Las estadísticas revelan que las secuelas de la mayoría de infecciones de transmisión sexual son más graves en las mujeres y que los Métodos de Control de la Fertilidad, usados en mayor cantidad por ellas, representan, en general, más riesgos potenciales que los que usan los hombres. Las mujeres tienen también una participación más activa en la crianza de las y los hijos, su papel es muy importante no solo para el bienestar de ellos, sino para su crecimiento y desarrollo adecuados”³²

La historia de la salud sexual y reproductiva revela que la mujer embarazada recibe atención solo en el momento mismo del parto, con la creencia de que aquello era suficiente. Solo a fines del siglo XIX se reconoce la importancia del cuidado prenatal. En el siglo XX, los gobiernos y los programas de salud pública concentran sus esfuerzos en la salud materna infantil e integran la planificación de la familia en el

³² HINOSTROSA. D. Médico Ginecólogo Obstetra, Consultor en Salud Reproductiva del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), Ecuador

período posterior al parto.

En estos últimos años, se refuerza la idea de que los cuidados, además de actuar en los periodos prenatal, parto y post parto, deben empezar en la etapa previa a la concepción, antes de que la mujer se embarace, esto garantiza una labor preventiva.

El concepto de salud reproductiva comprende la atención previa a la concepción, la atención prenatal, la atención del parto y del recién nacido/a y la atención neonatal precoz que, para fines prácticos, comprende el período que va desde el nacimiento hasta el séptimo día de vida del recién nacido/a.

El logro y la generalización de estos servicios demorará aún algún tiempo para lograrse, por cuanto los factores de tipo social, cultural, político y económico y elementos como vivienda, educación y alimentación, influyen en forma directa o indirecta sobre la salud reproductiva. La salud reproductiva también tiene condicionantes de orden afectivo discriminatorios de la situación social de la mujer; es menester establecer estrategias que consideren un enfoque integral de todo el ciclo vital de la mujer y no solo en el período previo a la concepción

2.6. LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En todas las épocas existe preocupación por el control de la natalidad y se realizan esfuerzos orientados a la búsqueda de métodos que le permitan a la mujer pensar y vivir la maternidad como una opción y no como su destino. El tema de los métodos anticonceptivos es el más controvertido en la historia de la medicina desde sus inicios hasta

nuestros días.

A pesar de la evolución de los métodos anticonceptivos y de las teorías sobre el control de la natalidad, no es sino hasta la celebración de la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo, Egipto, entre el 5 y 13 de septiembre de 1994, que surge el concepto de salud reproductiva, en consideración a las cuestiones relacionadas con la calidad de vida y se define la necesidad del uso de los Métodos Anticonceptivos.

Los métodos anticonceptivos son los usados por parejas e individuos sexualmente activos para prevenir el embarazo. Las razones para utilizar los métodos incluyen los deseos personales por ejemplo de dejar de tener niños, de no tenerlos nunca, o de aplazar el embarazo; problemas médicos que pueden amenazar la salud de la madre o el feto tales como diabetes, hipertensión, enfermedades de corazón, infección por VIH.

La siguiente clasificación de los métodos, se organiza mediante una categorización que responde al proceso histórico según su apareamiento³³.

Métodos que se utilizan por costumbre

Coito interrumpido

Sacar el pene de la vagina con anterioridad a la eyaculación. En la teoría, este método es probablemente tan efectivo como algunos de los métodos más convencionales. Sin embargo, en la práctica, frecuentemente se escapa algo de semen. Esto puede ser suficiente para iniciar un

³³ www.tuotromedico.com

embarazo. Por ello, éste no es un método seguro.

Ducha postcoital

Ducha después de la relación sexual. Este método es ineficaz porque el espermatozoide puede llegar más allá del cervix dentro de los 90 segundos posteriores a la eyaculación.

Lactancia materna

Es una falacia que las mujeres no ovulan y por lo tanto no llegan a quedarse embarazadas mientras están dando de mamar. En el 6% de mujeres, la ovulación vuelve con el primer ciclo después del parto. Las mujeres que alimentan a sus bebés y no desean otro embarazo, necesitan utilizar una forma fiable de contracepción.

La combinación de anticonceptivos orales (estrógenos y progestinas) no puede tomarse durante la lactancia. Sin embargo, la "mini píldora" (progestina exclusivamente) puede tomarse sin riesgo. Además, todos los métodos de barrera de contracepción son seguros para utilizar durante la lactancia.

Métodos "Tradicionales"

Preservativos

Funda delgada (preferentemente de látex ya que también protege de las infecciones de transmisión sexual) puesta con anterioridad a la relación sexual. Los preservativos se consiguen fácilmente y a bajo costo en la mayoría de las farmacias y supermercados. Algunos centros de planificación familiar ofrecen preservativos de forma gratuita.

Efectividad: unos 12 embarazos por cada 100 mujeres en 1 año de uso. La eficacia aumenta cuando se usan también espermicidas.

Espermicidas vaginales

Son jaleas químicas, espumas, cremas o supositorios que, metidos en la vagina con anterioridad a la relación sexual, matan a los espermatozoides.

Este método es fácilmente disponible; pueden comprarse en la mayoría de las farmacias. Sin embargo, este método usado sólo no es muy efectivo.

Efectividad: unos 21 embarazos por cada 100 mujeres en 1 año de uso.

Diafragma

Copa flexible de goma que se llena de espermicida en crema o jalea, y se pone en la vagina, sobre en cèrvix con anterioridad a la relación sexual. Se debe dejar en el lugar de 6 a 8 horas después del acto sexual.

Los diafragmas deben ser prescritos por el médico, quien determina el tamaño y tipo apropiado de diafragma para cada mujer.

Efectividad: unos 18 embarazos por cada 100 mujeres en 1 año de uso.

Esponja anticonceptiva vaginal

Esponja sintética blanda, impregnada de espermicida, que se humedece y mete en la vagina, sobre el cèrvix, con anterioridad a la relación sexual. Es bastante parecido al diafragma como mecanismo de barrera.

Después de la relación sexual, la esponja debería dejarse en el lugar de 6

a 8 horas. Este método está disponible sin prescripción en la mayoría de farmacias.

Efectividad: entre 18 y 28 embarazos por cada 100 mujeres en 1 año de uso.

Método anticonceptivo natural

Este método requiere que se observen una variedad de cambios en el cuerpo de la mujer (tales como, cambios del moco cervical, temperatura basal) y que se apunten en un calendario para determinar cuando aparece la ovulación. La pareja se abstiene de la relación sexual sin protección durante varios días antes y después del día en que se presume que ocurre la ovulación. Este método requiere formación y práctica para reconocer los cambios del cuerpo así como también un gran esfuerzo y compromiso continuo. Efectividad: entre 15 y 20 embarazos por cada 100 mujeres en 1 año de uso.

Métodos "Modernos"

Anticonceptivos orales (la "píldora")

Este método utiliza una combinación de estrógeno y progesterona en dosis que previenen la ovulación y regulan los ciclos. Un médico puede prescribir anticonceptivos orales (por la boca).

El método es altamente efectivo si la mujer recuerda tomar su píldora correctamente una vez al día.

Los antibióticos orales pueden disminuir la eficacia de las píldoras de control de la natalidad.

Por lo tanto, debería usarse una ayuda al método de contracepción mientras se toman antibióticos y hasta el próximo período menstrual después de la terminación del antibiótico. A causa de la gran variedad de anticonceptivos orales, las mujeres que experimentan efectos desagradables con algún tipo de píldora son normalmente capaces de utilizar otro anticonceptivo oral distinto. Es importante que las mujeres que comienzan con "la píldora" mantengan una comunicación con su médico para que éste pueda prescribir o cambiar el anticonceptivo oral a cada paciente.

Efectividad: entre 2 y 3 embarazos por cada 100 mujeres en 1 año de uso.

Progestina única oral ("mini - píldora")

Este tipo de píldora de control de la natalidad no contiene ningún estrógeno entre sus componentes. Es, por lo tanto, una alternativa para esas mujeres que desean un método altamente efectivo de contracepción en una píldora, pero son sensibles a los estrógenos o no pueden tomar un anticonceptivo que contiene estrógeno por otras razones (tales como la lactancia materna).

La progestina única como anticonceptivo oral es ligeramente menos efectiva que la combinada.

Efectividad: entre 3 y 7 embarazos por cada 100 mujeres en 1 año de uso.

Implantes de progesterona

Se implantan quirúrgicamente bajo la piel, normalmente del brazo, seis varillas pequeñas. Estas varillas liberan una dosis continua de progestina

que inhibe la ovulación, cambia el revestimiento del útero, y espesa el moco cervical evitando que el espermatozoide entre en el útero.

Los implantes proporcionan protección anticonceptiva para un período de 5 años.

El elevado gasto inicial (varios miles de pesetas) puede realmente ser menor que comprar un paquete de anticonceptivos orales todos los meses en el mismo período de tiempo. El método es altamente efectivo.

Efectividad: menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres en 1 año de uso.

Inyecciones hormonales

Una inyección de progesterona recomendada por su médico que se pone en el tejido muscular de las nalgas o brazo. Esta inyección evita la ovulación.

Una única inyección presta protección anticonceptiva durante un período de 90 días. Este método es altamente efectivo y no depende del cumplimiento de la paciente.

Efectividad: menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres en 1 año de uso.

Dispositivo intrauterino (DIU)

Dispositivo pequeño de cobre o plástico, puesto dentro del útero de la mujer por su ginecólogo, que cambia el ambiente uterino adecuándolo para evitar el embarazo. El DIU puede dejarse en el lugar durante varios años. El método no debería ser usado por mujeres que tienen una historia

de infección pélvica, embarazo ectópico o que tiene más de una pareja sexual (y tienen por lo tanto un riesgo más alto de adquirir enfermedades de transmisión sexual).

Efectividad: entre 2 y 3 embarazos por cada 100 mujeres en 1 año de uso.

2.7. ASPECTOS LEGALES

2.7.1. LEY DE MATERNIDAD GRATUITA Y ATENCIÓN A LA INFANCIA

Art.1. Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos - nacidas y niños - niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

Art.2. La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones:

- a. Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto SIDA), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias

obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, tóxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post parto, así como la dotación de sangre y derivados.

Dentro de los programas de salud sexual y reproductiva se cubre la detección oportuna de cáncer cérvico uterino y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad, todos ellos según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública; y,

- b. Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de 5 años de edad: Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros - prematuras de bajo peso, y/o con patologías (asfixia peri natal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de 5 años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y, sus complicaciones todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

Art.2. A. Las disposiciones de esta Ley se aplicarán con carácter obligatorio, en todos los establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud Pública. Las otras entidades del sector público de salud aplicarán la presente Ley, según sus regímenes internos y utilizando sus propios recursos.

Podrán participar además, previa acreditación por el Ministerio de Salud Pública y suscripción de convenios de gestión, entidades prestadoras de servicios de salud sin fines de lucro, incluyendo las de la medicina tradicional.

Art.3. Incrementase en el tres por ciento (3%), las tarifas del impuesto a los consumos especiales señaladas en el artículo 78 de la Ley de Régimen Tributario Interno, publicada en el Registro Oficial No. 341 del 22 de diciembre de 1989.

De los rendimientos del Fondo de Solidaridad para el Desarrollo Humano de la población ecuatoriana, creado mediante la Ley publicada en el Registro Oficial No. 661 de marzo de 1995, asignase inicialmente el valor correspondiente a 2.321.062 UVC.

Los recursos asignados al Ministerio de Salud Pública por la Ley de Creación del Fondo Nacional para la Nutrición y Protección a la población infantil ecuatoriana, publicada en el Registro Oficial No. 132 del 20 de febrero de 1989 y, los recursos que el INNFA destine a programas de reducción de mortalidad materna e infantil y/o salud reproductiva, se utilizarán preferentemente para el financiamiento de lo previsto en la presente Ley.

Los recursos financieros de la cooperación internacional y, los contratados a través de créditos externos para el sector salud, priorizarán la inversión en áreas relacionadas directa o indirectamente a la aplicación de esta Ley

Los valores producto de la aplicación de lo dispuesto en los incisos anteriores serán transferidos mensualmente por el Ministerio de Finanzas a una cuenta especial del Ministerio de Salud Pública, denominada Fondo Solidario de Salud, el que los destinará en su totalidad para financiar única y exclusivamente lo establecido en la presente Ley.

Art. 4. En coordinación con el Ministerio de Salud Pública, los municipios podrán desarrollar programas de educación, promoción, información y comunicación que favorezca la aplicación de esta Ley y generar e implementar en zonas rurales dispersas, mecanismos que garanticen el transporte oportuno de las emergencias obstétricas, neonatales y pediátricas a centros de mayor complejidad de atención, todo ello según normas establecidas por el Ministerio de Salud.

(*) Título reformado por Ley No. 129, publicada en Registro Oficial 381 de 10 de Agosto de 1998.

Art. 5. Para el cumplimiento y aplicación de lo estipulado en la presente Ley se establece:

a. El Ministerio de Salud Pública en sus diferentes niveles de gestión, es el responsable de la ejecución de la presente Ley, en el marco de lo establecido en el Plan Nacional de Reducción de la Mortalidad Materna y otros planes y programas relacionados con el objeto de la misma;

El Ministerio de Salud Pública, definirá las normas nacionales que garanticen la aplicación de esta Ley y, los criterios para la acreditación de los servicios de salud de conformidad con lo establecido en la Ley de Descentralización del Estado y de Participación Social y con la creación del Sistema Nacional de Salud

Créase el Comité de Apoyo y Seguimiento a la aplicación de la Ley constituido por el Ministerio de Salud Pública, el Instituto Nacional

del Niño y la Familia (INNFA), el Consejo Nacional de Mujeres (CONAMU) y el Consejo Nacional de Salud (CONASA).

El Consejo Nacional de las Mujeres participará como organismo encargado de garantizar la equidad y el enfoque de género y de promover la participación de las organizaciones de mujeres.

El Instituto Nacional del Niño y la Familia garantizarán la integralidad de las acciones orientadas a la mujer embarazada y a los niños o niñas.

El Consejo Nacional de Salud será el encargado de la coordinación interinstitucional en el Sector Salud para la adecuada aplicación de la presente Ley.

- b. La Dirección Provincial de Salud es el organismo responsable de hacer cumplir en su jurisdicción, los instrumentos normativos diseñados por el Ministerio de Salud Pública; y,
- c. Créase en cada Municipio, los Fondos Solidarios Locales de Salud, que recibirán los recursos financieros del Fondo Solidario de Salud, para garantizar la aplicación de la Ley.

Conformase el Comité de Gestión de los Fondos Solidarios Locales de Salud, que estará constituido por el Alcalde o su representante legal, el o los Jefes de Área de Salud correspondientes en representación del Director Provincial de Salud; un representante de la comunidad organizada, una representante de las organizaciones de mujeres y, en el área rural, un representante de las organizaciones de campesinos o indígenas. Para la utilización

de los recursos se requerirán dos firmas registradas, la del Alcalde y la del Jefe de Área de Salud.

Se conformarán Comités de Usuarios encargados de fomentar la corresponsabilidad ciudadana en la promoción de la salud materno infantil, del seguimiento y vigilancia en la aplicación de la Ley.

DISPOSICIONES GENERALES

Derogase todas las normas que se opongan a la presente Ley.

En la aplicación de esta Ley se priorizarán las áreas geográficas con mayores tasas de mortalidad materna e infantil y las más deprimidas económicamente.

Los fondos solidarios locales de salud, quedan en la libertad de agregar prestaciones de salud, requeridas por el análisis epidemiológico de la Dirección Provincial de Salud y socioeconómico local, en el marco que determine el Sistema Nacional de Salud, identificando fuentes adicionales de financiamiento que no incluyan las asignadas por esta Ley.

En los municipios cuya capacidad operativa dificulte o impida la aplicación de lo dispuesto en la presente Ley, la misma podrá viabilizarse a través de Consorcios o mancomunidades municipales.

2.7.2. LEY SOBRE LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD Y EL AMOR

Art. 1. La Educación en Sexualidad y el Amor será un eje transversal de los planes y programas de estudios en todos los centros educativos oficiales o privados de nivel pre-primario, primario, secundario y técnico.

Art. 2. La Educación sobre la Sexualidad y el Amor se fundará en el respeto de la dignidad de los seres humanos, de la vida, los valores éticos y morales conforme a las culturas existentes, como un elemento que contribuya al mejoramiento de la educación y eleve la calidad del aprendizaje en el campo de la sexualidad.

Art.3. La Educación de la Sexualidad y el Amor, deberá responder al medio, a la edad, de los educandos y al rol esencial de los padres de familia, como orientadores netos de sus hijos.

Art. 4. El Ministerio de Educación será el encargado de elaborar planes y programas abiertos y flexibles de educación sobre la Sexualidad y el Amor, previa consulta con instituciones privadas y públicas que conozcan el tema.

Cada Centro Educacional deberá adaptar dichos planes y programas a su realidad cultural y someterlo a conocimiento, consideración y aprobación del Departamento de Orientación y de los Padres de Familia de dicho plantel estudiantil.

El Ministerio de Educación no limitará su acción a los educandos, involucrará a la familia, para que ésta participe activamente en un proceso de diálogo, reflexión y acción con toda la comunidad educativa.

Art. 5. Todos los Maestros deberán ser capacitados en el tema de la Sexualidad y el Amor, para lo cual el ministerio de Educación coordinará esta actividad con las universidades, Institutos Pedagógicos y otras entidades conocedoras del tema.

Todas las Instituciones encargadas de la formación de docentes, deberán incluir como Eje Transversal de sus Planes y Programas el tratamiento de la Sexualidad y el Amor.

Art. 6. El Ministerio de Educación, establecerá y realizará el monitoreo de los proyectos educativos que desarrollen todos los establecimientos, siempre en coordinación con los padres de familia y considerando su impacto en la vida personal, familiar y comunitaria

Art. 7. El Ministerio de Educación controlará la calidad en el contenido de los programas que se emitan en forma pública en lo que se refiera a la Sexualidad y el amor.

Art. 8. Todas las Instituciones Públicas y Privadas deberán seguir los planes y programas propuestos por el Ministerio de Educación en lo relacionado con el tema de la Sexualidad y el amor.

Dada en la ciudad de San Francisco de Quito, Distrito Metropolitano, en la Sala de sesiones del Plenario de la Comisiones legislativas del Congreso Nacional del Ecuador, a los cuatro días del mes de marzo de mil novecientos noventa y ocho.

f.) Dr. Heins Moeller Freile, Presidente del Congreso Nacional

f.) Dr. Jaime Dávila de la Rosa, Prosecretario.

f.) Fabián Alarcón Rivera, Presidente constitucional Interino de la República.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada fue de tipo descriptivo porque el objetivo de la investigación estuvo encaminado a estudiar las propiedades, fenómenos de la realidad, las características de las mujeres que acudieron al Centro de Salud de Mira al Programa de Planificación Familiar; además, tuvo el propósito de relatar situaciones y eventos que se presentaron acerca de su Salud Sexual y Reproductiva. Esta investigación permitió decir cómo es y cómo se manifiesta determinado evento, trabajó sobre veracidades de hecho y su característica fundamental fue interpretar lo estudiado desde la realidad observada.

Se trató además de un proyecto factible ya que en la primera fase de la investigación, se elaboró un diagnóstico de la situación socio – económica, conocimiento de los derechos sexuales – reproductivos, conocimiento y elección de los métodos anticonceptivos de las mujeres que acuden al Centro de Salud de Mira. En su segunda fase, es decir la propositiva, se realizó el diseño y elaboración de una Guía Práctica de Educación de los Derechos Sexuales y Reproductivos, con el propósito de solucionar y disminuir el impacto de embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual, lograr mayor espaciamiento de embarazos, etc., en quienes acuden al centro de salud.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Efectuar el diseño de una investigación significa, llevar a la praxis los postulados generales en los que se enmarca el Método Científico, planificando y organizando una serie de actividades sucesivas en donde se encuentran las técnicas a efectuar y los instrumentos a utilizar a fin de recolectar y analizar los datos obtenidos.

La investigadora estableció el plan general con la finalidad de obtener respuestas a las preguntas directrices planteadas en la investigación, para generar una información exacta y fácil de interpretar.

El diseño de la investigación fue NO EXPERIMENTAL ya que no se manipuló variables.

Fue de corte transversal ya que se realizó en un momento determinado, durante los años 2 006 y 2 007.

Las bases científicas del proyecto se estructuraron sobre el diseño bibliográfico, ya que se cimentaron sobre una documentación, es decir haciendo uso de teoría que directa o indirectamente se relaciona con el mismo, la cual fue captada de textos, revistas, manuales, folletos e Internet; información que luego de ser clasificada y analizada permitió redactar el marco teórico que fue el sustento y base del proyecto.

El diseño de esta investigación fue de campo; ya que la recolección de los datos la realizó la investigadora en el mismo lugar donde ocurrían los acontecimientos con el propósito de describirlos, explicar sus causas y

efectos con, la aplicación de la encuesta y de la entrevista, en vista de que si se quería conocer algún aspecto del comportamiento de las mujeres que acuden al Centro de Salud de Mira, lo más práctico, directo y simple, era preguntárselo directamente a ellas. Por lo tanto, se obtuvo información del grupo de mujeres que acuden exclusivamente a Planificación Familiar y se sacó conclusiones con los datos obtenidos. Esta investigación tuvo las siguientes etapas:

- Diagnóstico;
- Planeamiento y fundamentación teórica del proyecto;
- Procedimiento metodológico;
- Actividades y recursos necesarios para su ejecución;
- La ejecución del proyecto y la evaluación tanto del proceso como de sus resultados
- Elaboración de la propuesta.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población es el conjunto total de individuos que poseen características similares, observables en un momento y en un lugar determinado. En el proceso de toda investigación, es necesario determinar una población de análisis que favorezca el conocimiento de los objetivos de estudio; en la investigación realizada fueron las mujeres que acuden al Centro de Salud de Mira, exclusivamente al Programa de Planificación Familiar.

3.3.1. Características de la población

En la investigación se definieron algunas condiciones esenciales al seleccionar la población de estudio, como son: homogeneidad, que todas las mujeres acudieron a su primera consulta al Programa de Planificación Familiar, se encontraban en edad reproductiva (18 – 45 años), acudían a retirar los diferentes métodos anticonceptivos ofertados gratuitamente por el Ministerio de Salud Pública; el tiempo que se consideró fueron los años 2 006 y 2 007; el espacio, el Centro de Salud de la Ciudad de Mira, cabecera cantonal de Mira, cantón de la Provincia del Carchi; la población total que se consideró fueron 519 mujeres, quienes no eran únicamente de la Ciudad de Mira sino también de la parte periférica de la ciudad y sus caseríos como: Pueblo Viejo, La Portada, El Mirador, San Antonio, El Hato, Pisquer, Huaquer, Tulquizán, San Marcos, La Rabija, Mascarilla, Las Parcelas, Piquer, San Miguel, Loma de Maflas, San Luis, Santa Isabel, entre otros. La mayoría de mujeres que acudieron al Centro de Salud de Mira, eran de condiciones socio – económicas bajas, se dedicaban a varias actividades como: quehaceres domésticos, artesanas, agricultoras, jornaleras, empleadas domésticas, etc.

3.3.2. Cálculo de la muestra

Para el cálculo de la muestra se consideró que ésta sea representativa, por cuanto iba a ser usada para estimar las características de las 519 mujeres que acudieron al Programa de Planificación Familiar.

El Muestreo fue Aleatorio Probabilístico; aleatorio ya que las 519 mujeres, tuvieron la misma oportunidad de ser tomadas en cuenta en la muestra;

probabilístico, ya que para efectuar el cálculo de la muestra se utilizó una fórmula matemática en la que intervinieron variables estadísticas como la población, probabilidad de éxito y de fracaso, varianza o nivel de confianza y error.

$$n = \frac{NZ^2 pq}{e^2(N-1) + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(519)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(519-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{(519)(0.9604)}{1.295 + 0.9604}$$

$$n = \frac{498.4476}{2.2554}$$

$$n = 221.0018$$

$$n = 221 \text{ encuestas.}$$

Una vez obtenida la muestra de 221 mujeres, la selección de la misma se hizo en forma aleatoria intencional ya que se buscó deliberadamente a quienes nos brindarían información válida para nuestro estudio y que por supuesto aceptaron participar en la encuesta.

Mediante la encuesta se cumplieron los primeros objetivos propuestos en la investigación como fueron: conocer el nivel socio – económico, el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, derechos sexuales y reproductivos y qué método anticonceptivo predomina en la zona de estudio.

Para la entrevista, se utilizó la proporción muestral del 20% que se utiliza en este tipo de estudio, obteniendo en ésta 50 mujeres; así se pudo cumplir el otro objetivo de la investigación que fue determinar quién elige el método anticonceptivo ha utilizarse. Cabe indicar que existen varios aspectos de la sexualidad que pueden solo ser investigados a través de una entrevista estructurada a profundidad.

3.4. VARIABLES

DIAGNÓSTICO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE MIRA.

Definición operativa	Categorías	Indicadores	Índices
<p>Salud Reproductiva;</p> <p>Es un estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y sus funciones.</p> <p>Es disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.</p> <p>Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener</p>	<p>Condiciones Socio-económicas de las mujeres que acuden al Centro de Salud de Mira al programa de Planificación Familiar(Cantón de la Provincia del Carchi)</p>	<p>-Instrucción Esposa</p> <p>Primaria</p> <p>Media</p> <p>Superior</p> <p>4to Nivel</p> <p>-Ocupación Pareja</p> <p>Ninguna</p> <p>Quehaceres Domésticos</p> <p>Jornaler@</p> <p>Profes@r</p> <p>Estudiante</p> <p>Emplead@ Privad@</p> <p>Empleado Públic@</p> <p>-Estado Civil</p> <p>Solteras</p> <p>Casada</p> <p>Unión libre</p> <p>Divorciada</p> <p>-EDAD</p>	<p>Encuestas para cuantificar:</p> <p>-¿Cuántas mujeres tienen acceso a la educación formal?</p> <p>-¿Cuál es la ocupación de las mujeres que acuden al C.S.M y de la pareja?</p> <p>-¿Qué estado civil tienen las mujeres encuestadas ya que las mujeres casadas tienen mayor riesgos de embarazos no deseados?</p>

	<p>Método Anticonceptivo más predominante en el Centro de Salud de Mira</p>	<p>-Efectividad</p> <p>-Píldoras</p> <p>-Tcu</p> <p>-Salpigectomía</p> <p>-Vasectomía</p> <p>-Métodos Naturales(moco cervical,MELA,Temperatur Basal, Coito interrumpo, Ritmo)</p> <p>-Norplan</p> <p>-Inyección</p> <p>En el Centro de Salud de Mira existe:</p> <p>-Confidencialidad</p> <p>-Privacidad</p> <p>-Intimidad</p>	<p>-Encuesta</p> <p>-Entrevista</p> <p>-Historia Clínica</p> <p>-Parte Diario</p> <p>-¿Cuál es el método anticonceptivo que más utilizaron las mujeres que acudieron al Centro de Salud de Mira?</p> <p>Encuesta</p> <p>Entrevista</p> <p>Si</p> <p>No por qué</p>
	<p>Cuáles son los Actores, en el proceso de elección de los Métodos de Anticonceptivos de las mujeres.</p>	<p>-Esposo</p> <p>-Esposa</p> <p>-Pareja</p> <p>-Vecina</p> <p>-Otros</p>	<p>Encuesta</p> <p>-Entrevista</p> <p>--¿Quién TOMA la decisiones, en la elección del método anticonceptivo por parte de las mujeres?</p>

PROPUESTA: GUÍA DE EDUCACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PARA EL CENTRO DE SALUD DE MIRA.

Definición Operativa	Categorías	Indicadores	Índices
<p>La salud sexual y reproductiva entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos, la Guía Práctica permitirá exigir el derecho a recibir servicios adecuados y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y reproducción. Está Guía ayudará a las mujeres a tener conocimientos claros y relevantes de su sexualidad y de su cuerpo. A saber elegir el método anticonceptivo más adecuado para su salud, empoderarse y hacer suya la elección con información.</p>	<p>-Derechos Sexuales -Derechos Reproductivos -Métodos Anticonceptivos</p>	<p>APLICACIÓN DE LOS CONTENIDOS DE LA GUÍA</p> <p>-Derechos Sexuales y Reproductivos.</p> <p>-Qué son DDHH</p> <p>-Qué son los Derechos Sexuales y Reproductivo</p> <p>-Cuáles son los DS y DR.</p> <p>-Métodos Anticonceptivos: Clasificación Indicaciones Efectividad, uso.</p>	<p>-Encuesta -Talleres</p> <p>-¿Identifican lo que quiere decir la guía?</p> <p>-¿Pueden poner en práctica los mensajes de la guía?</p> <p>-¿Aplicando se conseguirá mejorar las condiciones de salud Sexual y reproductiva?</p> <p>-¿Servirá la guía para seleccionar los métodos anticonceptivos que mejor les convengan?</p> <p>-¿Se podrá cumplir con las recomendaciones de la guía?</p>

3.5. MÉTODOS

Los métodos utilizados en el proceso de la investigación fueron:

- Método Inductivo y Deductivo, con la finalidad de llegar a aplicaciones de carácter puntual y particular y también general.
- Método Analítico – Sintético, en la aplicación de la encuesta y de la entrevista; recolección y análisis de los datos; gráficos, discusión de resultados; elaboración de conclusiones y recomendaciones, elaboración de la Guía Práctica. Además, permitió analizar toda la información científica del marco teórico.
- Método Descriptivo, para describir de una manera clara y precisa todos los lineamientos que se siguieron en el proyecto.

3.6. TÉCNICAS

Encuesta

La encuesta fue diseñada de acuerdo a las preguntas de investigación, de tal forma que permitió captar la información de aspectos relevantes sobre las condiciones socio – económicas, los métodos anticonceptivos y la información sobre los derechos sexuales y reproductivos; así se cumplieron los primeros objetivos trazados en el proyecto.

Entrevista

Se aplicaron entrevistas estructuradas a cincuenta mujeres que acuden al Programa de Planificación Familiar en el Centro de Salud de la Ciudad de Mira; dichas mujeres brindaron mayor información especialmente sobre

quién elige el método anticonceptivo a utilizarse, el mismo que fue el otro objetivo de la investigación.

3.7. INSTRUMENTOS

Se diseñaron cuestionarios para las encuestas y las entrevistas que tenían un conjunto de preguntas que permitieron recolectar información muy variada en relación con nuestra investigación.

Se diseñaron tres cuestionarios: el primer cuestionario fue con la finalidad de obtener información sobre los aspectos de la salud sexual y reproductiva el cual fue previamente validado a fin de no tener rechazo por parte de las mujeres y los otros dirigidos para averiguar si tienen un verdadero empoderamiento de sus derechos sexuales y reproductivos, además se utilizó un instrumento muy valioso como son las historias clínicas de las pacientes y el parte diario que se utiliza en todos los centros de salud, fueron un instrumento esencial para el estudio, por cuanto facilitaron y brindaron información sobre la vida reproductiva de las mujeres.

Se realizó tres talleres para conocer los procesos de reflexión, opinión, conocimientos y actitudes de las mujeres.

El taller es una alternativa de trabajo colectivo cuya característica fundamental fue integrar la teoría y la práctica, conocimientos sobre la realidad para intervenirla, analizar los problemas y necesidades que tienen las mujeres y diseñar algunas soluciones.

3.8. PROCESO SEGUIDO PARA CATEGORIZAR EL PROBLEMA A INVESTIGAR.

Para efectuar el diagnóstico del presente proyecto, se utilizó la técnica de la encuesta; para la misma se siguió el siguiente proceso:

- Formulación del problema, es decir se tuvo muy claro que en el entorno existía un problema.
- Planteamiento de objetivos, hacia dónde quería llegar, qué es lo que quería lograr.
- Se realizó encuesta piloto para verificar si el instrumento, es decir la encuesta estaba bien diseñado lo cual permitió averiguar los conocimientos, miedos, tabúes que tenían las mujeres acerca de su salud sexual y reproductiva
- Recopilación de datos mediante las técnicas utilizadas: encuestas a 221 mujeres que acudían al Programa de Planificación Familiar en el Centro de Salud de Mira y entrevista a 50.
- Tabulación y análisis de los resultados de acuerdo a las variables estudiadas como: condición socio – económica; conocimiento de los derechos sexuales y métodos anticonceptivos, método anticonceptivo predominante, se elaboró el informe gráfico de los mismos
- Diseño técnico del programa.
- El análisis de las conclusiones y recomendaciones de la investigación definió la necesidad de elaborar una Guía De Los Derechos Sexuales y Reproductivos dirigido a las mujeres que acuden al Centro de Salud de Mira

3.9. PROCESO SEGUIDO PARA LA SOLUCION VIABLE

Para la elaboración de la Guía Práctica de Educación de los Derechos Sexuales y Reproductivos, se siguió el siguiente proceso:

- Definición del título.
- Elaboración de la justificación
- Fundamentación teórica
- Objetivo general y objetivos específicos
- Factibilidad
- Descripción de la propuesta
- Impactos
- Evaluación
- Conclusiones y recomendaciones.

3.10. APLICACIÓN PRÁCTICA

Los resultados obtenidos sirvieron de base para el diseño de la propuesta, la misma que contiene los siguientes aspectos:

- Derechos sexuales y reproductivos
- Métodos anticonceptivos.

La Guía Práctica nos sirvió para profundizar más el tema sobre la Salud Sexual y Reproductiva, para que las mujeres tengan un protagonismo en su vida afectiva y para que se liberen de mitos, tabúes y conocimientos empíricos que son transmitidos de generación en generación y que son completamente erróneos, que tengan nuevos conocimientos y actitudes

para que propicien aprendizajes, donde la flexibilidad, la tolerancia, los valores sean el hilo conductor que favorezca la toma de decisiones oportunas y adecuadas para disminuir los embarazos no deseados, infecciones transmitidas sexualmente ,violencia etc .

Estas mujeres deberán adquirir los conocimientos y destrezas necesarios para obtener un verdadero empoderamiento de sus derechos tanto en lo referente a sus derechos sexuales, como a sus derechos reproductivos y en la deliberación del método que mejor le convenga a la pareja

Esta situación impone la necesidad de educar en sexualidad a todas las mujeres que acuden a los programas del Ministerio de Salud

Consideramos que la conjunción de varios factores como salud, educación a todo nivel y bienestar social en las áreas mencionadas junto con el apoyo político, institucional y económico permitirá el ambiente propicio para el desarrollo integral de las mujeres especialmente de las zonas rurales

La educación a las mujeres que acuden al Centro de Salud de Mira permitirá que tengan, una vida sexual y reproductiva sin riesgos, con responsabilidad ,respeto, tolerancia, amor y comprensión ,para que así se promueva un desarrollo de la sexualidad integral y humana desde una perspectiva científica ,sin mitos ni tabúes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Para el análisis de los datos de la investigación, se utilizó el método de ordenación de la información en gráficos que muestra los datos tabulados en forma representativa. La tabulación utilizada en la investigación fue de tipo simple, se determinaron porcentajes respectivos de acuerdo a las respuestas recopiladas a través de la encuesta y entrevista.

La razón de usar los gráficos de pastel se debe a que el tipo de investigación proporcionó porcentajes representativos sobre aspectos de opinión que son factibles de representar inclusive las respuestas múltiples por parte de la población estudiada.

4.1. ANÁLISIS DE LA ENCUESTA REALIZADA A LAS MUJERES QUE ASISTEN A LA CONSULTA

4.1.1. Datos Informativos

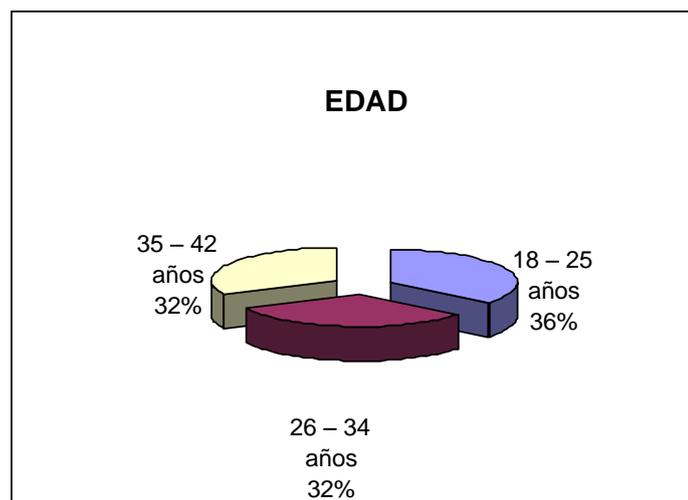


Gráfico 1

Elaboración: Sandra Cruz

FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

Como se observa en el gráfico, el 36% de las mujeres encuestadas están comprendidas entre 18 y 25 años; el 32%, entre 26 y 34 años; y el 32%, entre 35 y 42 años.

Los datos permiten reconocer que todas las mujeres que acuden a la consulta están en edad fértil, por lo tanto requieren de la creación de nuevos comportamientos frente al manejo de los derechos sexuales y reproductivos y a la selección del método anticonceptivo.

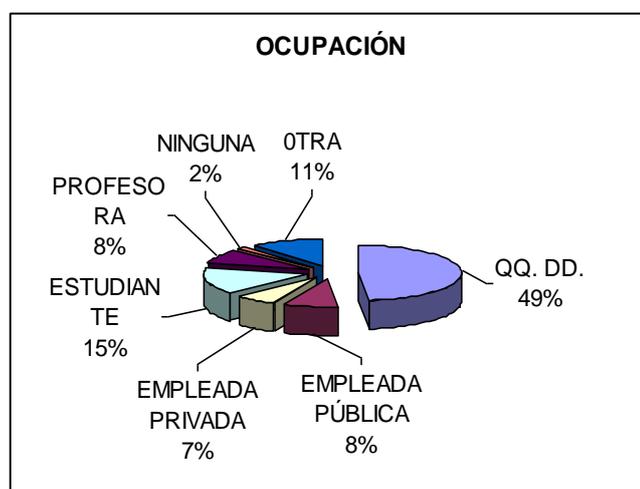


Gráfico 2 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 49% de las encuestadas se dedica a los quehaceres domésticos; el 15%, son estudiante; el 11%, otra actividad diferente; el 8%, empleada pública; el 8%, profesoras; el 7%, empleada privada; y el 2%, no tienen ninguna ocupación.

La ocupación de las personas encuestadas, es otro indicador del por qué es importante la educación de las mujeres que acuden a la consulta, por que al conocer sobre los temas de salud sexual y reproductiva, se disminuya la influencia directa del hombre, en la toma de decisiones en lo que respecta a la selección del método anticonceptivo. Otro aspecto

importante es el que se refiere a por qué, muchas de ellas lo hacen en secreto, sin que el hombre lo sepa, “para no contradecirle y porque no tengo como explicarle porque no se que debo decirle, él con ponerse bravo hace todo”³⁴

Esta información es muy necesaria por cuanto quienes están solo en el hogar en quehaceres domésticos, no tienen acceso a la comunicación ni al conocimiento sobre este tema.

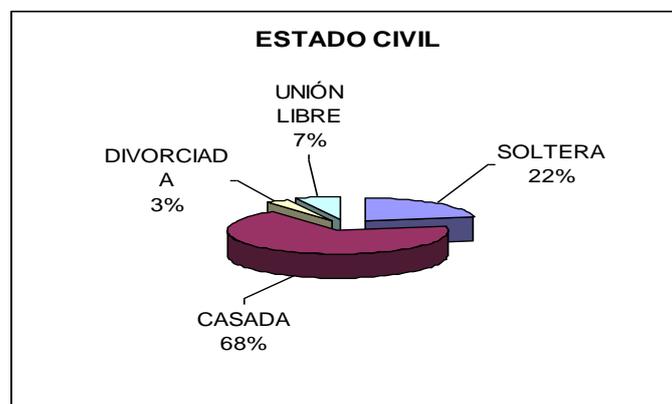


Gráfico 3 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

En lo que se refiere al estado civil, el 68% de las mujeres encuestadas son de estado civil casadas; el 22%, solteras; el 7%, unión libre; y, el 3%, divorciadas. Este es un parámetro que nos sirve para poder identificar que las mujeres casadas tienen mayor riesgo de tener embarazos no deseados, problemas en la toma de dedición de algún método anticonceptivo. Este dato refleja la necesidad de que sepan sobre los métodos anticonceptivos, por cuanto las mujeres casadas tienen más frecuencia en la actividad sexual coital.

³⁴ Testimonio de una señora que se dedica a quehaceres domésticos

Instrucción.

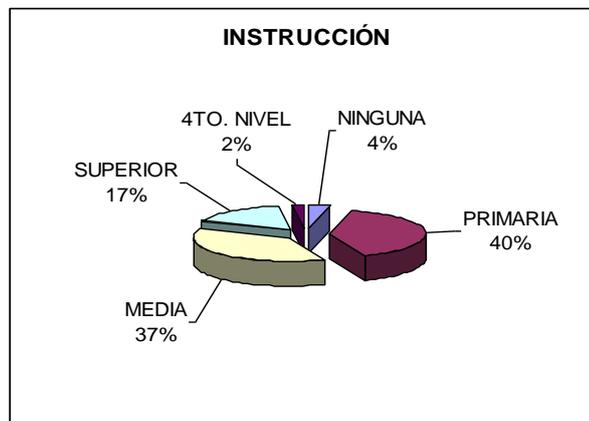


Gráfico 4 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta pctes C.S.M

El 40% de las mujeres encuestadas tiene instrucción primaria; el 37%, media; el 17%, superior; el 4%, ninguna; y, el 2%, 4º. Nivel. La influencia del nivel de instrucción en el manejo de la salud sexual y reproductiva es un condicionante en la aplicación de los métodos anticonceptivos y de los derechos sexuales y reproductivos; por cuanto, existe “Estrecha relación entre el nivel de ingreso y el nivel de educación”³⁵

“La condición social de pobreza en la mayoría de las mujeres de América Latina y el Caribe, las desigualdades socioeconómicas regionales al interior de los países, las inequidades por razones de género, étnicas y de edad son los factores determinantes del riesgo que ellas enfrentan en su salud en general, y en su salud sexual y reproductiva en particular”³⁶

Los datos de edad, ocupación, estado civil e instrucción, indican la necesidad de prever un proceso de capacitación y asesoría para que las mujeres sepan como decidir el método anticonceptivo; por cuanto, a más

³⁵ Ecuador Debate N° 48

³⁶ ISIS INTERNACIONAL (1998). Publicación trimestre “mujeres y salud”

de la procreación tienen otras ocupaciones fuera del hogar, por ejemplo ir a los cultivos, porque “La condición de “dependientes” en que la identidad de género coloca a las mujeres, legal y socialmente, atenta continuamente contra su vida e integridad personal”³⁷

4.1.2. Información sobre los métodos anticonceptivos

1. ¿Ha escuchado hablar sobre los métodos anticonceptivos?



Gráfico 5 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

Esta pregunta inicia la información sobre los métodos anticonceptivos, como se observa, el 93% de las mujeres encuestadas informan que si han escuchado hablar de los métodos anticonceptivos, mientras que el 7%, no ha escuchado hablar de nada del tema. Es importante analizar que solo han escuchado, no han recibido educación sobre el tema porque:

“En las condiciones socioeconómicas actuales de América Latina y el Caribe, el significado de la sobre vivencia para las mujeres pobres se traduce en incertidumbre, inseguridad e inestabilidad permanente, porque además de las inequidades sociales que encaran, su identidad de género se ha convertido en un factor de riesgo, que

³⁷ IBID

pone fuera de ellas la posibilidad para controlar las decisiones más vitales de su existencia, y que les aseguran la protección y seguridad necesarias para la sobre vivencia”³⁸

Como explica Mones, este desconocimiento origina situaciones de riesgo que afectan el mantenimiento de la salud sexual y reproductiva en las mujeres, especialmente en las que viven en el sector rural como es el caso de las personas que asisten al Centro de Salud de Mira.

2. ¿En dónde escuchó usted hablar sobre ellos?

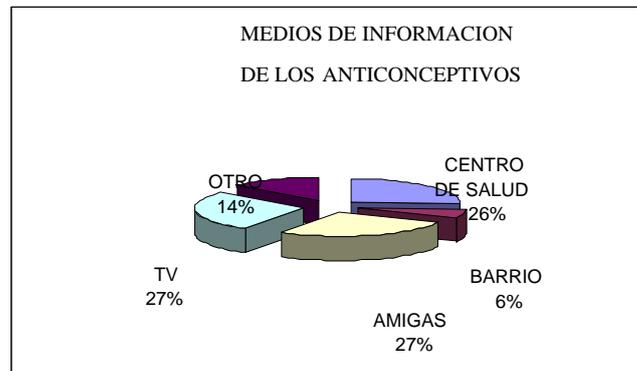


Gráfico 6 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 27% de las mujeres que si han escuchado hablar sobre los métodos anticonceptivos lo han escuchado de las amigas; el 27%, TV; el 26%, en el Centro de Salud; el 14%, en otro lugar; y, el 6%, en el barrio. Esta situación refleja uno de los ámbitos de inequidad de género más cruciales para sus vidas, sus limitaciones para controlar las decisiones sobre su sexualidad y capacidad reproductiva por ausencia de difusión y acercamiento a la información.

³⁸ MONES y Otro. Sexualidad y reproducción en la pobreza. Conferencia



El 55% de las mujeres que respondieron que han escuchado en otro lugar indican que en la radio; el 27%, en el bus; y, el 18%, en conferencias.

Como se observa, las mujeres continúan enfrentando un reducido acceso, a la educación, lo que da como resultado una ampliación de las brechas de inequidades sociales y de género inclusive según su ubicación socioeconómica, regiones y zonas rurales y urbanas. En los gráficos se ve que solo el 18% aprendió de fuentes más académicas, se decir que le interesó el tema; por ello han asistido a conferencias.

4.1.3. Conocimiento y opinión sobre los métodos anticonceptivos

3 ¿Qué entiende usted por métodos anticonceptivos? Por favor, explique

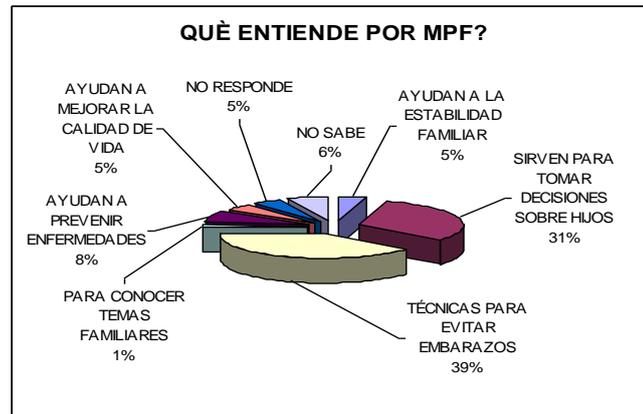


Gráfico 8 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta pctes C.S.M

El 39% de las mujeres encuestadas entiende que los métodos anticonceptivos son técnicas para evitar embarazos; el 31%, que sirven para tomar decisiones sobre los hijos; el 8%, que ayudan a prevenir enfermedades; el 6%, no sabe; el 5%, ayudan a mejorar la calidad de vida; el 5%, no responde; el 5%, ayudan a la estabilidad familiar; y, el 1%, para conocer temas familiares.

Esta pregunta está encaminada a ratificar que conoce sobre los métodos anticonceptivos, pues quien sabe tiene mejores opciones al tomar las decisiones sobre los métodos anticonceptivos.

“Diversas encuestas e investigaciones han revelado que las mujeres desean ejercer sus derechos reproductivos, pero que se enfrentan a la falta de información, de recursos y de servicios amplios y de calidad que aseguren y resuelvan esta necesidad. Esa demanda insatisfecha se encuentra principalmente entre los estratos pobres, extendiéndose así las inequidades económicas y sociales. Tanto la utilización de anticonceptivos como el recurrir al aborto obedecen al creciente propósito de mujeres y hombres de tener familias más pequeñas”³⁹

³⁹ MONES y Otro. Sexualidad y reproducción en la pobreza. Conferencia

4. ¿Qué método anticonceptivo está utilizando?

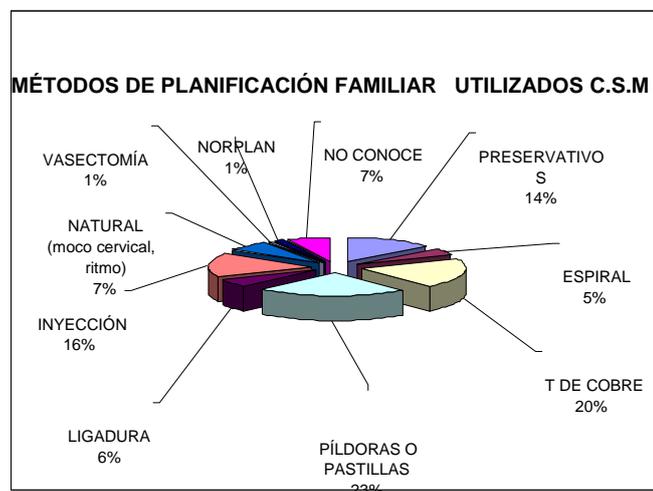


Gráfico 9 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 23% de las mujeres, utilizan las pastillas o píldoras; el 20%, la T de cobre; el 16%, la inyección; el 14%, los preservativos; el 7%, el método natural; el 6%, la ligadura; el 5%, el espiral; el 1%, la vasectomía; y, el 1%, el Norplan, el 7% indican no conocer “En la región, la mayoría de los países presenta una prevalencia del uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en más del 45 por ciento”⁴⁰.

“Los resultados de las investigaciones y la experiencia obtenida a nivel mundial proporcionan evidencia concreta de que la planificación familiar es beneficiosa para la salud de mujeres y niños/as La planificación familiar disipa los temores que trae consigo un embarazo no deseado y, asimismo, puede mejorar la vida sexual, las relaciones de pareja y el bienestar de toda la familia”⁴¹.

⁴⁰ PNUD (2000) Acceso a métodos anticonceptivos

⁴¹ www.icmer.org

5. ¿Cree usted que los métodos anticonceptivos son buenos para la salud?



Gráfico 10 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 53% de las mujeres encuestadas cree que los métodos anticonceptivos son buenos para la salud; el 46%, piensa lo contrario; y, el 1%, no sabe. Este dato es de mucho interés, muestra la poca diferencia que existe (53% - 46%) entre el criterio de que el uso de métodos anticonceptivos es bueno para la salud y el razonamiento que dice que no lo es. Las estadísticas revelan la imperiosa necesidad de educar a las mujeres que asisten al Centro de Salud de Mira, sobre los derechos sexuales y reproductivos y métodos anticonceptivos como aspectos fundamentales en la conservación de la salud sexual y reproductiva.

“La mayoría de las mujeres sanas tienen derecho a seleccionar y usar el método anticonceptivo que mejor satisfaga sus necesidades. En la medida en que la mujer va pasando de una etapa a otra en su vida reproductiva, sus necesidades en cuanto a anticoncepción y su estado de salud pueden ir cambiando”⁴².

⁴² IBID

Razones para aceptar la bondad de los métodos anticonceptivos.

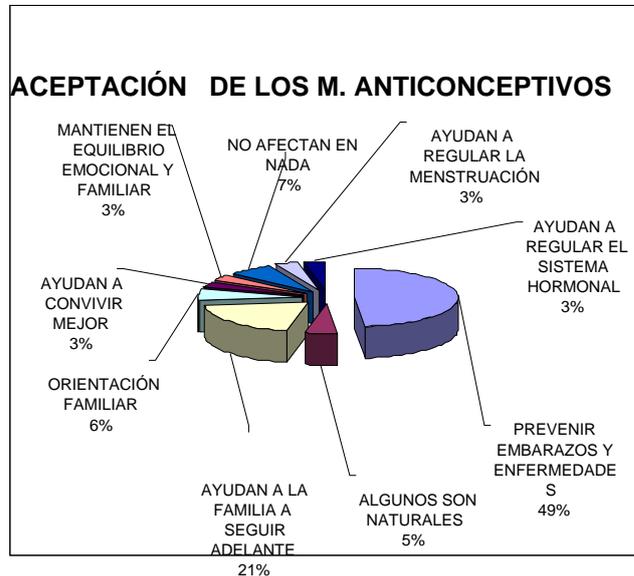


Gráfico 11 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 49% de las mujeres que responden que los métodos anticonceptivos si son buenos para la salud expresan que sirven para prevenir embarazos y enfermedades; el 21%, dice que ayudan a la familia a seguir adelante; el 7%, que no afectan en nada; el 6%, que si porque sirven para orientación familiar; el 5%, que si porque algunos son naturales; el 3%, que ayudan a convivir mejor; el 3%, mantienen el equilibrio emocional y familiar; el 3%, que ayudan a regular la menstruación; y, el 3%, porque ayudan a regular el sistema hormonal. El primer lugar ocupa prevenir los embarazos.

“La tasa global de fecundidad deseada, es decir, aquella medida de la fecundidad que incluye sólo a los nacimientos que fueron deseados o planeados, es siempre menor que la fecundidad real u observada, Este hecho está relacionado a diversos factores.

En primer lugar, a la posibilidad de autodeterminación y de negociación de las mujeres del uso de anticonceptivos en la relación sexual, seguido del acceso a información confiable y la disponibilidad material de anticonceptivos, la capacidad de compra de las mujeres, la violencia sexual y la influencia de valores religiosos y socioculturales.

Los países con información disponible presentan porcentajes importantes de fecundidad no deseada, oscilando entre 19,4 por ciento en Ecuador (período 1989-94) y 37,5 por ciento en Haití (período 1992-94)⁴³.

Razones para no aceptar los métodos anticonceptivos.



Gráfico 12 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 58% de las mujeres dicen, los métodos anticonceptivos no son buenos para la salud, a futuro producirán efectos negativos; el 17% producen obesidad; el 5% alteran el sistema nervioso y reproductor; el 5% depende del método que se utilice; el 5%, no utiliza; el 5% todos tienen riesgo de embarazo; y, el 5%, afectan el desarrollo del cuerpo.

En este aspecto, los profesionales de la salud, desempeñan un papel importante en ayudar a las usuarias a seleccionar el método más adecuado. Es su obligación dar a conocer todas las posibilidades que

⁴³ FUENTE. Pobreza e inequidad de género, salud y derechos sexuales y reproductivos en América latina y el Caribe

existen, así hay muchas más posibilidades de que la mujer encuentre un método que satisfaga sus necesidades. Cuando reciben información completa y consejería acerca del método, serán capaces de usarlo de manera efectiva y confiarán en la seguridad que les brinda. Al proporcionar las opciones adecuadas, se garantizaría el derecho de cada pareja a escoger libremente el número de hijos que tendrá y el espaciamiento entre cada parto.

6. ¿Sabe usted en qué casos no se puede utilizar los métodos anticonceptivos?

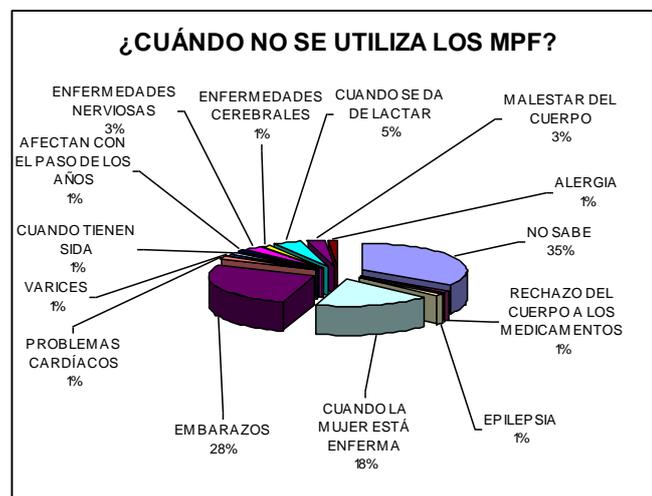


Gráfico 13 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta pctes C.S.M

El 35% de las mujeres responden que no sabe; el 28%, cuando están embarazadas; el 18%, cuando están menstruando; el 5%, cuando están dando de lactar; el 3%, cuando tienen enfermedades nerviosas; el 3%, cuando tienen malestar del cuerpo; el 1%, cuando existe rechazo del cuerpo a los medicamentos; el 1%, cuando tienen epilepsia; el 1%, cuando tienen problemas cardíacos; el 1%, cuando tienen varices; el 1%, cuando tienen SIDA; el 1%, que afectan con el paso de los años; el 1%, cuando tienen enfermedades cerebrales; y, el 1%, cuando tienen alergia.

Como se observa, la información es muy variada, los datos van desde aspectos que se fundamentan en razones científicas hasta creencias y presunciones, de allí la importancia de la educación especializada sobre el tema.

7. ¿Sabe usted cómo se utilizan los diferentes métodos anticonceptivos?

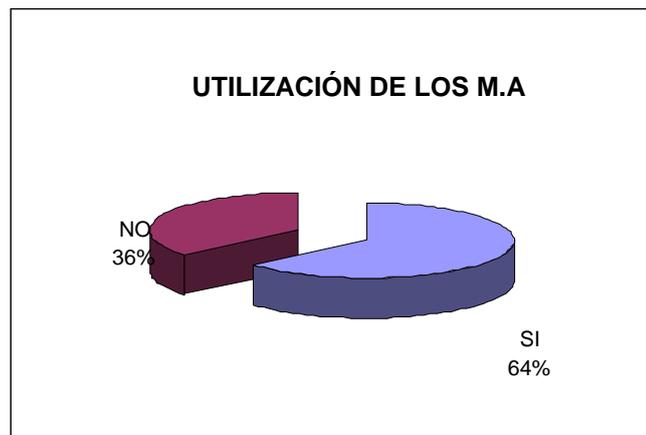


Gráfico 14 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 64% de las mujeres encuestadas respondió que si saben como se utiliza los diferentes métodos; y, el 36%, no sabe como utilizarlos.

En relación al conocimiento y opinión sobre los métodos anticonceptivos, existen criterios diversos, muchos de ellos sin fundamento científico, son opiniones que se dicen en conversaciones y/o se escuchan y difunden, por ejemplo muy poco se menciona sobre los efectos secundarios.

“Algunas mujeres pueden experimentar algunas manifestaciones secundarias que desaparecen uno o dos días después de la toma de las pastillas.

Dentro de los efectos secundarios más comunes se encuentran:

- Nauseas
- Vómitos
- Dolor de cabeza

- Dolor en el área del busto
- Mareos
- Retención de líquidos
- Sangrados irregulares

Es importante prestar atención y recurrir a un centro de salud cuando algunos de los siguientes síntomas aparecen después de tomado el medicamento ya que son potencialmente peligrosos para la mujer:

- Dolor abdominal
- Dolor en el pecho
- Dificultad para respirar
- Migrañas severas
- Visión borrosa
- Adormecimiento severo de una pierna o un brazo⁴⁴

Estas afirmaciones, son hallazgos que definen la necesidad de capacitar a las mujeres sobre los métodos anticonceptivos con criterios científicos y considerando todos los elementos que influyen en el logro de la tranquilidad familiar.

4.1.4. Conocimientos y opiniones sobre salud sexual y reproductiva

8. ¿Ha escuchado usted hablar sobre salud sexual y reproductiva?



Gráfico 15

⁴⁴ SALVAT (1998) Guía sexual del amante. Enciclopedia.

El 74% de las mujeres encuestadas respondieron que si han escuchado hablar sobre salud sexual y reproductiva; el 26%, no ha escuchado. Se observa que los requerimientos en cuanto a salud sexual y reproductiva están presentes, más aún si se considera que se orientan a la consecución de capacidad éxito y seguridad en su vida personal y familiar.

“ENDEMAIN en este contexto, informa sobre la investigación realizada a adolescentes. A todas las mujeres de 15 a 24 años de edad, se les preguntó si habían recibido información sobre los diferentes temas de salud sexual y reproductiva; de esto se desprende que el 81.6 por ciento de mujeres de 15 a 24 años ha recibido alguna información sobre temas de sexualidad, cifra que varía de 91.4 por ciento en el área urbana al 67.6 por ciento en la rural”⁴⁵.

9. ¿En dónde escuchó usted hablar sobre este tema?

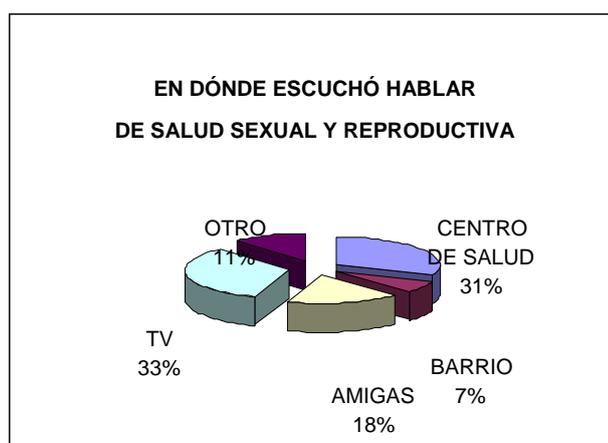


Gráfico 16
Elaboración: Sandra Cruz FUENTE :Encuesta pctes C.S.M

El 33% de las mujeres que respondieron que si han escuchado hablar sobre salud sexual y reproductiva afirmaron que en la TV; el 31%, en el Centro de Salud; el 18%, de las amigas; el 11%, otro; y el 7%, en el

⁴⁵ ENDEMAIN 04

barrio. El 31% de mujeres encuestadas responden haber escuchado hablar en el Centro de Salud, este dato que constituye la tercera parte de la población, confirma la necesidad de disponer de una Guía Práctica que contenga información sobre el tema, para evitar que reciban información que carece de fundamentación científica y se produzcan situaciones de riesgo.

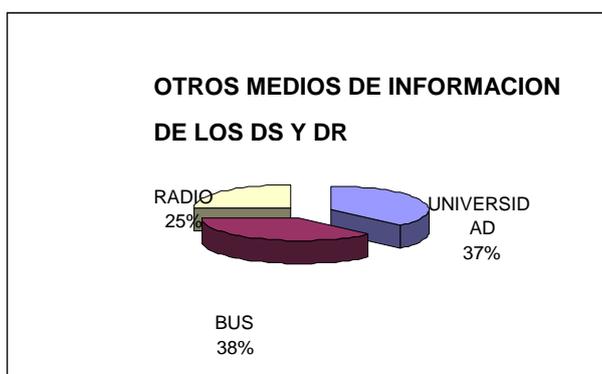


Gráfico 17 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

De las mujeres que respondieron la opción otro, el 38% dijo que en el bus; el 37%, en la universidad; y, el 25%, en la radio. Del 11% que responden otro, el 37% informan haber escuchado en la Universidad, este dato es muy importante, por cuanto se observa que las instituciones educativas, están tomando responsabilidad sobre este tema que forma parte de una educación integral.

10. ¿Qué entiende usted por salud sexual y reproductiva? Explique.

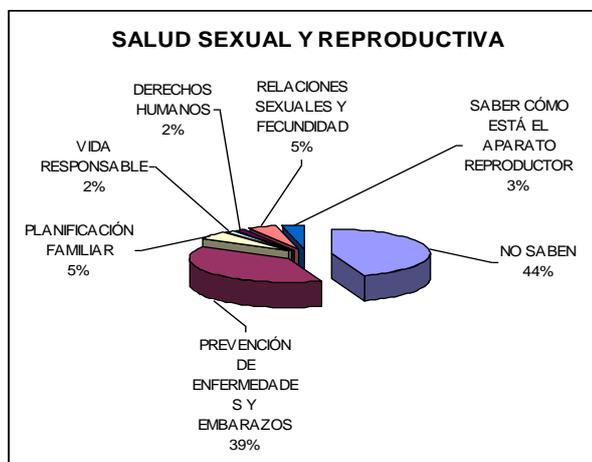


Gráfico 18 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta pctes C.S.M

El 44% de las mujeres a quienes se les preguntó que entienden por Salud Sexual y Reproductiva respondieron que no saben; el 39%, que es prevención de enfermedades y embarazos; el 5%, planificación familiar; el 5%, relaciones sexuales y fecundidad; el 3%, saber cómo está el aparato reproductor; el 2%, vida responsable; y, 2%, derechos humanos. Como se observa, la diversidad de conceptos que expresan las mujeres es un indicador de la necesidad de educar sobre el tema en el Centro de Salud de Mira, considerando las propuestas de las instituciones que investigan sobre el tema.

“Estos datos son, de acuerdo con la OMS, los tres componentes más importantes de los siete que conforman la salud reproductiva.

El derecho que tienen las parejas a ejercer su sexualidad libres del temor a un embarazo no deseado, con la capacidad de regular y tener control sobre su fecundidad (lo que incluye no solo planificación familiar sino también, para algunas parejas, el tratamiento apropiado de la infertilidad.

La posibilidad de todas las mujeres de tener un embarazo, parto y puerperio que transcurran en forma segura y sin complicaciones, con resultados positivos en términos de bienestar para los padres y sus hijos.

La posibilidad de que el recién nacido disfrute de los beneficios de una niñez sana y que la salud reproductiva contribuya a que, en el futuro, los individuos tengan una buena capacidad de aprendizaje y de trabajo; puedan ejercer su derecho a participar en el desarrollo y disfruten de los beneficios sociales de la vida”⁴⁶..

11. ¿Ha escuchado usted hablar sobre los derechos sexuales y reproductivos?



Gráfico 19 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 68% de las mujeres encuestadas, no han escuchado hablar sobre los derechos sexuales y reproductivos; y, el 32%, si ha escuchado. Como se observa, es grande la cantidad de investigadas que no han escuchado hablar. Esta situación constata las amplias brechas sociales entre los diversos grupos socioeconómicos de donde provienen las mujeres, marcando francas desigualdades en las condiciones y posibilidades para ejercer los derechos sexuales y reproductivos entre ellas.

12. ¿En dónde escuchó hablar sobre este tema?

⁴⁶ OMS. (1999) Datos estadísticos

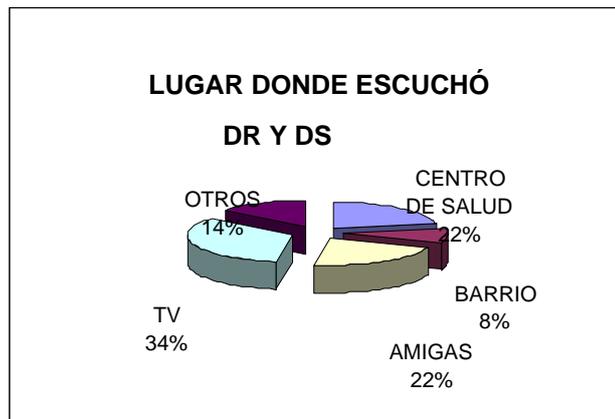


Gráfico 20 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 34% de las mujeres que respondieron que si han escuchado hablar sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos afirmaron que en la TV; el 22%, en el Centro de Salud; el 22%, de las amigas; el 14%, otro; y, el 8%, en el barrio. Como se puede observar, el Centro de Salud, es ya un lugar de educación, sin embargo al 78% de la población investigada, aún le hace falta recibir este beneficio, de ahí la importancia de los datos del estudio en la necesidad de diseñar en proyecto factible, la Guía Práctica.

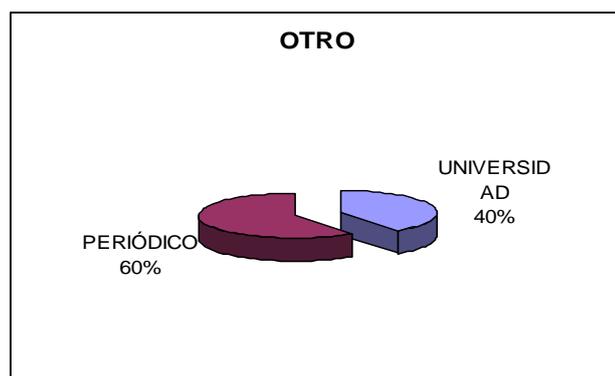


Gráfico 21 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

De las mujeres que respondieron la opción otro, el 60% afirmaron que en el periódico; y, el 40%, en la Universidad.

Este dato confirma, la investigación internacional en el sentido de que es el nivel de instrucción, el que abre las puertas para que las mujeres conozcan más sobre sus derechos y los apliquen. “No obstante, la fecundidad no deseada, muestra importantes diferencias para los distintos niveles de instrucción, elevándose notoriamente entre las mujeres sin instrucción”.

13. ¿Qué derechos sexuales y reproductivos conoce usted?

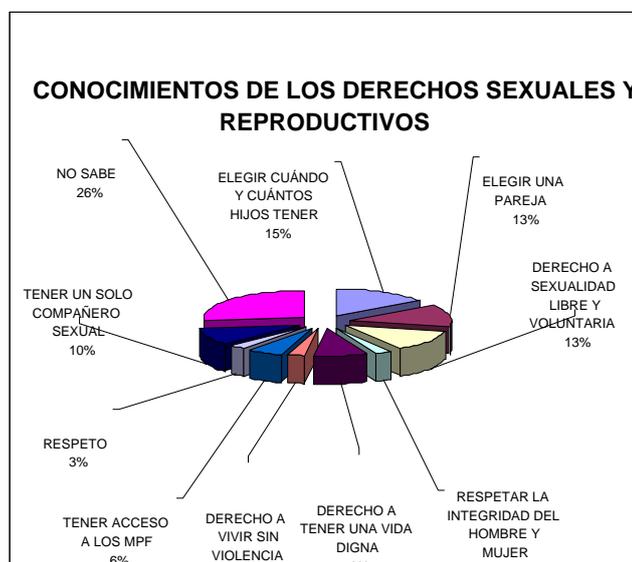


Gráfico 22 Elaboración :Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 26% de las mujeres a quienes se les preguntó qué derechos sexuales y reproductivos conocen, afirmaron que no saben; el 15%, elegir cuándo y cuántos hijos tener; el 13%, elegir una pareja; el 13%, derecho a sexualidad libre y voluntaria; el 10%, tener un solo compañero sexual; el 8%, derecho a tener una vida digna; el 6%, tener acceso a los métodos anticonceptivos; el 3%, respetar la integridad del hombre y la mujer; el 3%, derecho a vivir sin violencia; y, el 3%, respeto.

La necesidad de conocimiento, es nuevamente, una determinante que permite comprender la importancia de la educación para que las mujeres al conocer los derechos sexuales y reproductivos, se empoderen y los hagan respetar. Existen derechos que no se mencionan por ejemplo:

“El derecho a la vida privada y a la vida en familia; el derecho a la no discriminación por motivos de sexo; el derecho a la no discriminación por motivos de edad; el derecho de hombres y mujeres a participar en la crianza de las hijas y los hijos con iguales responsabilidades. Esta situación constata las amplias brechas sociales entre los diversos grupos socioeconómicos de donde provienen las mujeres, marcando francas desigualdades en las condiciones y posibilidades para ejercer los derechos sexuales y reproductivos entre ellas”⁴⁷.

14. ¿Cree usted que sus derechos sexuales y reproductivos se cumplen?

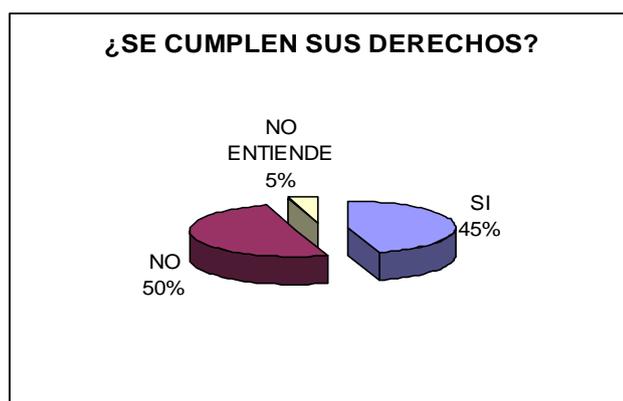


Gráfico 23 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta pctes C.S.M

Al preguntárseles acerca de que si sus derechos sexuales y reproductivos se cumplen, el 50% de las mujeres respondieron que no; el 45%, que si; y, el 5%, que no entienden. El sentir de las mujeres investigadas es que, no se cumplen en un 50%, dicen que una de las razones, es que los esposos o su pareja es la que selecciona el método anticonceptivo, aspecto que es confirmado en

⁴⁷ Agenda de salud N° 10

investigaciones internacionales.

“Esta situación refleja uno de los ámbitos de inequidad de género más cruciales para sus vidas, sus limitaciones para controlar las decisiones sobre su sexualidad y capacidad reproductiva, y por ende, el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

En primer lugar, a la posibilidad de autodeterminación y de negociación de las mujeres del uso de anticonceptivos en la relación sexual, seguido del acceso a información confiable y la disponibilidad material de anticonceptivos, la capacidad de compra de las mujeres, la violencia sexual y la influencia de valores religiosos y socioculturales”⁴⁸.



Gráfico 24 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 68% de las mujeres que respondieron que sus derechos sexuales y reproductivos se cumplen, afirmaron que es porque existe comunicación y respeto con la pareja; el 19%, porque existe amor con la pareja; y, 13%, afirmaron que si se cumplen porque los hacen respetar. De las respuestas afirmativas solo el 13% expresan que tienen la asertividad y empoderamiento necesario para hacer respetar sus derechos.

⁴⁸ DHS y CDS. (2000). Encuestas demográficas, mujeres de la región



Gráfico 25 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 31% de las mujeres que respondieron que sus derechos sexuales y reproductivos no se cumplen, dijeron que es porque no existe buena difusión; el 26%, no sabe si se cumplen o no; el 26%, respondieron que los derechos se han convertido en deberes sexuales; y, el 17%, dijeron que no hay preocupación porque se cumplan. Como se observa en las respuestas, es necesaria la educación no solamente de las mujeres sino de la pareja para que puedan llegar a acuerdos en los cuales los dos salgan ganando y se mantenga una relación responsable, sana y gratificante.

Del análisis de las respuestas de las mujeres encuestadas, se deduce que los derechos sexuales y reproductivos nos son conocidos, por la mayoría de ellas. Las pocas que indican haber oído, no saben a que se refiere, tampoco pueden expresar opiniones sobre su importancia, se limitan a decir que no saben. Estos datos, dan respuestas a las preguntas directrices de la investigación, pues se evidencia la necesidad de diseñar una Guía Práctica, sencilla que permita su difusión.

De las respuestas, que dieron muchas mujeres, nos damos cuenta que

no entienden lo que significa métodos anticonceptivos.

Es importante resaltar que al averiguarles sobre los procedimientos a seguirse para difundirlos, la mayoría manifiestan criterios diferentes sobre el tema, esto evidencia que no tienen aún conocimientos sobre la importancia de aplicarlos en su vida cotidiana y, especialmente en su relación de pareja.

4.1.5. Atención, confidencialidad, discriminación en el momento de la atención

15. Atención en el Centro de Salud

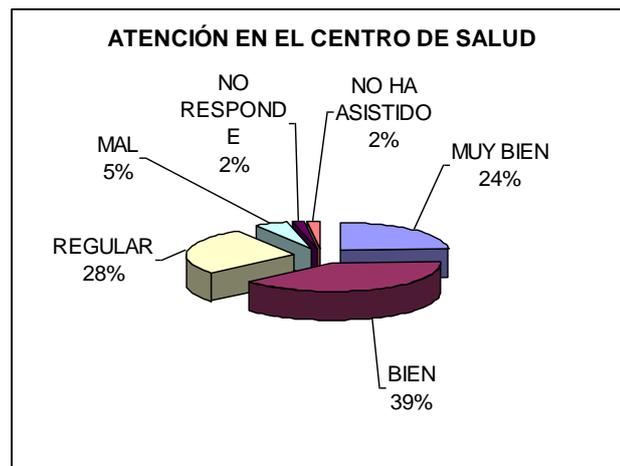


Gráfico 26 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 39% de las mujeres encuestadas, respondieron que han sido atendidas bien; el 28%, regular; el 24%, muy bien; el 5%, mal; el 2%, no responde; y, el 2%, no ha asistido a hacerse atender en el Centro de Salud de Mira.

La importancia de esta pregunta tiene relación con la importancia del mejoramiento permanente del servicio, para evitar que utilicen otros

lugares que no tienen los sistemas de atención científica y actualizada. Sin embargo se puede observar que solo el 50% expresan satisfacción sumando las respuestas muy bien y bien, hace falta mejorar los procesos para cumplir con los objetivos del Centro de Salud de Mira

16. ¿Cree usted que la información que da el Centro de Salud es de completa confidencialidad?



Gráfico 27 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

En cuanto a la confidencialidad de la información que se da en el Centro de Salud, el 61%, afirmaron que si es confidencial; el 34%, que no es confidencial; y, el 5%, no responde. El término confidencialidad quiere decir que “los pacientes son los propietarios de la información referente a su enfermedad y a su persona, y que tienen derecho a recibir la garantía de respeto a la privacidad y a la intimidad cuando proporcionan información a sus médicos y reciben información de éstos”⁴⁹

Las usuarias tienen derecho a que la información relativa a su persona, su enfermedad, a las pruebas diagnósticas que se le practican y a los

⁴⁹ JOVELL. A. Foro Español de Pacientes. 2006

tratamientos que se les prescriben, no sea accesible a personas o instituciones ajenas a su cuidado directo o que actúen en beneficio de su persona. El 34% de usuarias que no confían en la confidencialidad, es un indicador de la necesidad de imponer nuevas normas de privacidad para respetar un derecho de las mujeres que acuden al Centro de Salud



Gráfico 28 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE : Encuesta ptes C.S.M

El 49% de las personas que respondieron que la información si era confidencial, afirmaron que los profesionales del Centro de Salud, son éticos; el 24%, que la información es privada; el 7%, creen simplemente que es así; el 5%, son datos que solo le interesa al paciente; el 5%, que los profesionales respetan el juramento de Hipócrates; el 5%, respetan la integridad de cada persona; y, el 5%, respondieron que las historias clínicas son personales. Esta confianza es necesaria extenderla al 100% de usuarias.



El 56% de las mujeres que respondieron que la información no era confidencial, afirmaron que era porque las enfermeras y auxiliares difunden datos privados; el 11%, ya tuvieron una mala experiencia; el 11%, que no hay privacidad; el 11%, que existen aspectos negativos; y, el 11%, entre ellas manifiestan los casos.” Cuando yo fui a la consulta nadie sabía de mi problema, a los pocos días estaba en boca de todo el pueblo”⁵⁰

Este análisis permite reconocer la necesidad de capacitación sobre el tema a todo el personal del Centro de Salud, porque la confidencialidad médica -auténtico baluarte deontológico de las profesiones sanitarias a lo largo de la historia- adquiere hoy una gran importancia cuando ha de articularse en un contexto de trabajo interdisciplinario, de derechos de la persona humana -y por ende, del enfermo-, así como de la humanización de la asistencia sanitaria.

⁵⁰ Testimonio de una mujer

17. ¿Alguna vez ha sido discriminada cuando ha acudido al Centro de Salud en busca de atención médica, por su raza, estado civil, religión, posición económica, otras razones?

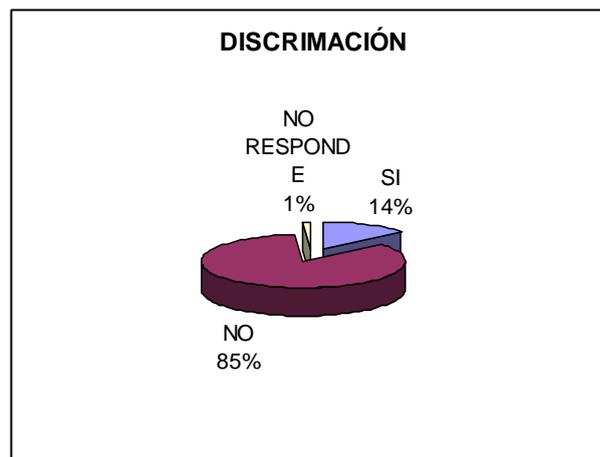


Gráfico 30 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 85% de las mujeres encuestadas, afirman que no han sido discriminadas en el Centro de Salud; el 14%, afirmaron que si; y el 1%, no responde. Este es otro ítem que sirve de apoyo para mejorar el servicio considerado que los derechos sexuales y reproductivos al ser derechos humanos ponen en primer término la no discriminación por ningún factor como lo expresan los siguientes principios de atención médica de calidad.

“PRINCIPIOS

1. Derecho a la atención médica de buena calidad
 - a. Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada.
 - b. Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior.
 - c. El paciente siempre debe ser tratado respetando sus mejores intereses. El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados.

- d. La seguridad de la calidad siempre debe ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos.
- e. En circunstancias cuando se debe elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento particular, el que es limitado, todos esos pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento. Dicha elección debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación.
- f. El paciente tiene derecho a una atención médica continua. El médico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada, con otro personal de salud que trata al paciente. El médico puede no discontinuar el tratamiento de un paciente mientras se necesite más tratamiento indicado médicamente, sin proporcionar al paciente ayuda razonable y oportunidad suficiente para hacer los arreglos alternativos para la atención⁵¹.



Gráfico 31 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 63% de las mujeres que respondieron que si han sido discriminadas en el Centro de Salud, afirmaron que por su posición económica; y, el 37%, por irresponsabilidad laboral. Estos datos, nuevamente, imponen la necesidad de capacitación de los funcionarios/as del Centro para cumplir

⁵¹ AMM. (2002) Asociación Médica Mundial. Principios de atención médica de calidad

con los principios éticos de atención a las personas que buscan un servicio médico.

18. ¿Ha recibido usted buena información, oportuna y adecuada sobre los métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y aspectos relacionados con su sexualidad y la reproducción?

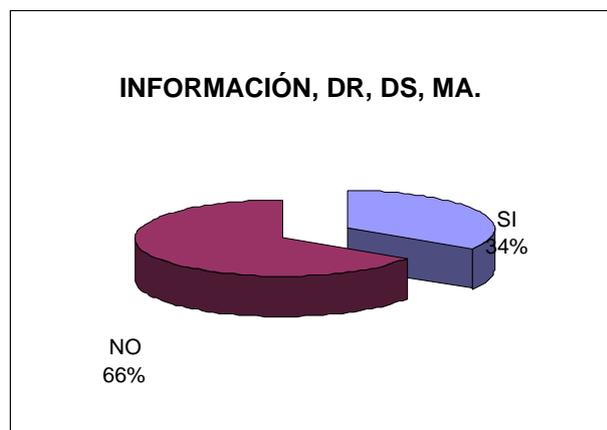


Gráfico 32 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

Al preguntárseles acerca de que si han recibido buena información, oportuna y ordenada, sobre los métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual y aspectos relacionados con la sexualidad y reproducción, el 34% respondieron que si; y, el 66%, afirmaron que no. Nuevamente, la información que arroja este ítem, se convierte en un motivo de análisis para quienes trabajan en esta área de salud tan delicada y necesaria en el mantenimiento de la salud integral.

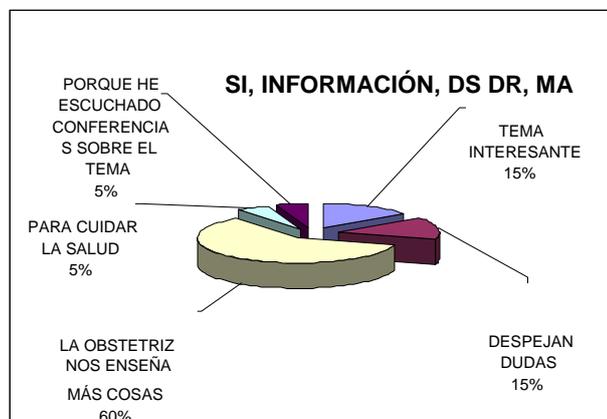


Gráfico 33 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta pctes C.S.M

El 60% de las mujeres que si han recibido buena información, oportuna y adecuada, es porque la obstetra les ha enseñado más cosas; el 15%, afirman que es un tema interesante; el 15%, que despejan dudas; el 5%, para cuidar la salud; y, el 5%, porque ha escuchado conferencias sobre el tema. Este ítem confirma la necesidad de disponer de una Guía Práctica que facilite la información, veraz, oportuna y científica.

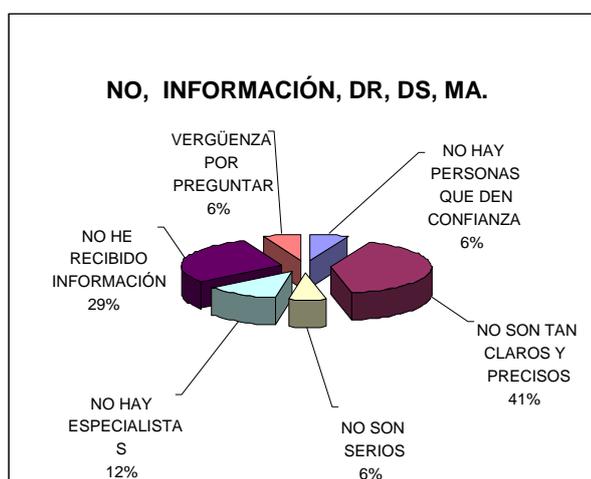


Gráfico 34 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta pctes C.S.M

El 41% de las mujeres que no han recibido buena información, oportuna y

adecuada, es porque quienes emiten ésta, no son tan claros y precisos; el 29%, no ha recibido información; el 12%, que no hay especialistas; el 6%, que no hay personas que inspiren confianza; el 6%, que no son serios; y, el 6%, tienen vergüenza por preguntar. También en este ítem se descubre la importancia de la información como lo define el derecho a la información

1. “Derecho a la información
 - a. El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo, la información confidencial contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona, no debe ser entregada a éste sin el consentimiento de dicha persona.
 - b. Excepcionalmente, se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para su vida o su salud.
 - c. La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pueda entenderla.
 - d. El paciente tiene el derecho a no ser informado por su solicitud expresa, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona.
 - e. El paciente tiene el derecho de elegir quién, si alguno, debe ser informado en su lugar”⁵²

⁵² AMM. (2002) Asociación Médica Mundial. Derecho a la información

19. ¿Cómo cree usted que sus derechos sexuales y reproductivos deben difundirse?:

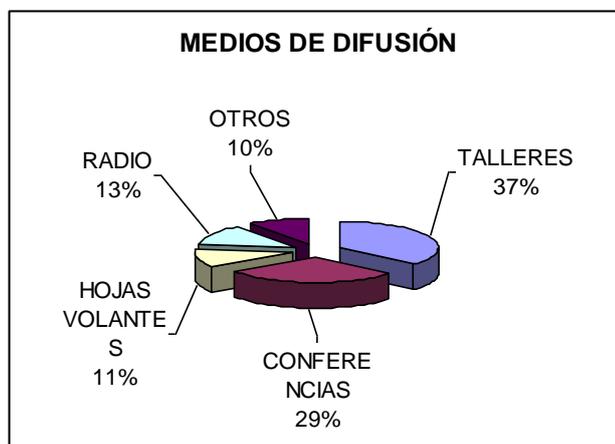


Gráfico 35 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 37% de las mujeres encuestadas cree que los derechos sexuales y reproductivos deben difundirse por medio de talleres; el 29%, conferencias; el 13%, radio; el 11%, hojas volantes; y, el 10%, otros.



Gráfico 36 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

De quienes respondieron la opción otro, el 83% afirmaron que por medio de folletos; y, el 17%, trípticos. Se podrá a futuro considerar estas otras alternativas de capacitación

Las respuestas sobre la forma en que fueron atendidas, los niveles de

confiabilidad de los datos consignados, la discriminación fueron de mucha importancia para considerarlos en el desarrollo de los talleres que facilitaron la validación de la guía.

Sobre la confidencialidad, es necesario aplicar este principio de ética en todos los momentos del trabajo, porque de lo contrario las mujeres van a omitir datos que pueden ser de mucha importancia, tanto para su tratamiento como para crear confianza en el trabajo de capacitación.

Estos datos, permitieron el cumplimiento de los objetivos, en lo que se refiere a saber de sus conocimientos y la forma de manifestar los modos de pensar, sentir y actuar de las mujeres, en relación con todos los aspectos consultados en la encuesta.

Estos datos son muy importantes, es menester considerarlos en la exposición de los contenidos de la Guía Práctica

4.1.6. Capacitación y empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos

20. ¿Estaría usted dispuesta a asistir a talleres o conferencias que se dicten en el Centro de Salud?

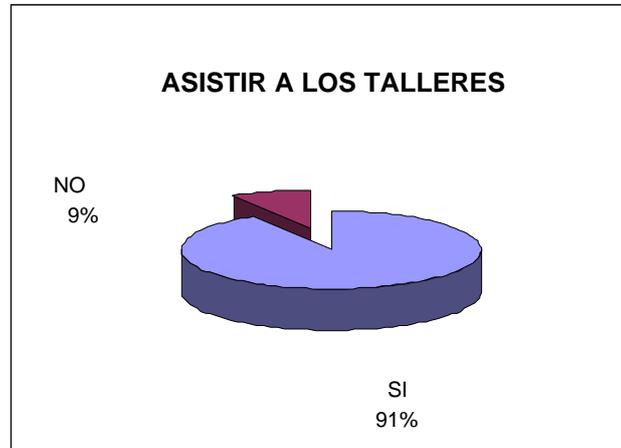


Gráfico 37 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

El 91% de las mujeres que han sido encuestadas respondieron que si asistirían a talleres o conferencias que se dicten en el Centro de Salud; y, el 9%, respondieron que no. Este ítem hace referencia al derecho a la educación sobre la salud, que expresa que toda persona tiene derecho a la educación sobre la salud para que esta educación le ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y sobre los servicios de salud disponibles.

La educación debe incluir información sobre los estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades. Se debe insistir en la responsabilidad personal de cada uno por su propia salud. Los profesionales de la salud tienen la obligación de participar activamente en los esfuerzos educativos.

Razones por las que asistirían a la capacitación

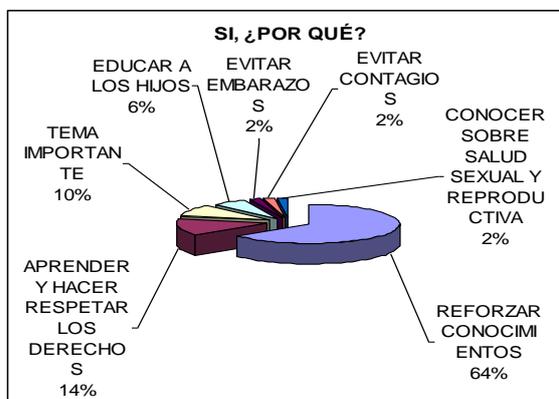


Gráfico 38 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes

El 62% respondieron que asistirían a talleres o conferencias para reforzar sus conocimientos; el 14%, para aprender y hacer respetar sus derechos; el 10%, porque es un tema importante; el 6%, para educar a los hijos; el 2%, para evitar embarazos; el 2%, para evitar contagios; y, el 2%, para conocer sobre salud sexual y reproductiva. Este ítem ratifica lo expresado en el derecho a la educación sobre la salud.



Gráfico 39 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

De quienes respondieron que no asistirían, el 58% es porque están informadas sobre el tema; y el 42%, porque no tienen tiempo. De conformidad a la decisión de este grupo, se podría realizar charlas motivacionales previas a las de capacitación.

21. ¿Le gustaría a usted formar parte de una organización de mujeres en el Centro de Salud?

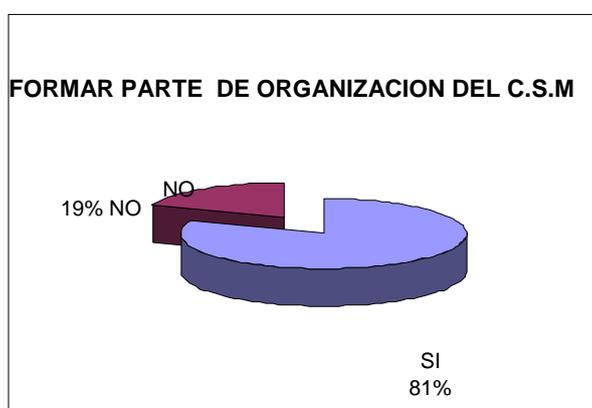


Gráfico 40 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

Al 81% de las mujeres encuestadas, si les gustaría formar parte de una organización de mujeres en el Centro de Salud; y, al 19%, no le gustaría. Esta opción está relacionada con el logro del empoderamiento de las mujeres de sus derechos, aspecto que es aceptado por la mayoría y confirma las preguntas directrices.

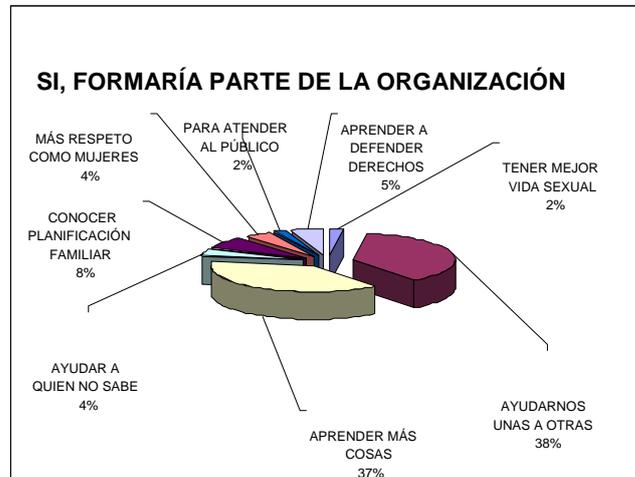


Gráfico 41

De las mujeres que si les gustaría formar parte de una organización en el Centro de Salud, el 38% respondieron para ayudarse unas a otras; el 37%, para aprender más cosas; el 8%, para conocer planificación familiar; el 5%, para aprender a defender los derechos; el 4%, para ayudar a quien no sabe; el 4%, para obtener más respeto como mujeres; el 2%, para tener mejor vida sexual; y, el 2%, para atender al público.

Las respuestas evidencian la necesidad que tienen las mujeres de socializar los conocimientos, conscientes de que socializar el conocimiento es socializar el poder. La relación entre los profesionales de la salud y sus pacientes y la sociedad toda ha sufrido importantes cambios en los últimos años, siempre en beneficio de todos.



Gráfico 42 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Encuesta ptes C.S.M

De las mujeres que no les gustaría formar parte de una organización en el Centro de Salud, el 52% no lo haría porque no tiene tiempo; el 19%, no está en capacidad; el 19%, no vive en la ciudad; el 10%, no porque hay mucho chisme y crítica. Es importante recordar las respuestas de este ítem en el momento de planificar los procesos para realizar la capacitación sobre la Guía Práctica

22. ¿Qué sugerencias me daría usted acerca del estudio que estoy realizando?



El 30% de las mujeres encuestadas afirman que el estudio es bueno e importante; el 19%, que se realicen proyectos educativos; el 14%, que se realicen talleres; el 12%, felicita; el 5%, pide que se difunda la información, se den charlas a adolescentes y madres solteras y no dan ninguna sugerencia; el 3%, que se den a conocer los derechos y que se difundan en instituciones educativas; el 2%, que se realicen preguntas más sencillas y que se expongan vídeos a jóvenes y adultos.

Al concluir el análisis de los ítems de la encuesta se confirma la necesidad de la capacitación mediante, la guía, se determina, a más de los contenidos que deben incorporarse, la necesidad de mejorar algunos aspectos relacionados con la organización y funcionamiento del Centro de Salud de Mira.

4.2. ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA REALIZADA A LAS PACIENTES QUE ASISTEN A LA CONSULTA

4.2.1. Datos informativos

Edad

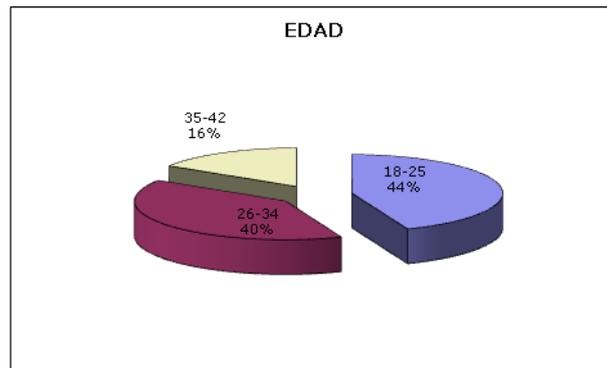


Gráfico1

El 44% de las entrevistadas tiene una edad comprendida entre 18 y 25 años; el 40%, de 26 a 34; y, el 16%, entre 35 y 42. Como la entrevista es tomada a una muestra de la población que es encuestada, los datos se repiten, las mujeres atendidas están en edad fértil, es decir requieren capacitación en derechos sexuales y reproductivos y métodos anticonceptivos

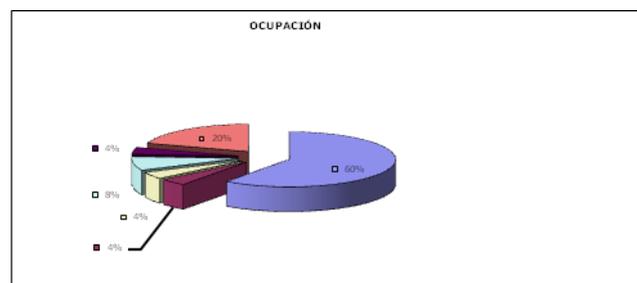


Gráfico 2 Elaborado: Sandra Cruz Fuente: Entrevista ptes C.S.M

El 60% de las mujeres entrevistadas tiene por ocupación quehaceres

domésticos; el 20%, otra; el 8%, estudiantes; el 4%, empleadas públicas; el 4%, empleadas privadas; y, el 4%, profesoras. Como se puede observar la mayor ocupación es la de quehaceres domésticos, a pesar de que existe diferencia con los datos de la encuesta, tarea que incluye toda una gama de ocupaciones, la primera ser responsable del cuidado y crecimiento sano de sus hijas e hijos.



Gráfico 3 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

En lo que se refiere a otra ocupación, el 60% son artesanas y el 40% son empleadas domésticas. El 60% de personas son artesanas, tienen como acción principal trabajar en la industria textil que inclusive es exportada, este dato expresa la necesidad que tienen de mantener una salud sexual y reproductiva sana y responsable.

Estado civil



Gráfico 4 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 76% de las entrevistadas son de estado civil casadas; el 16%, solteras; el 4%, divorciadas; y, el 4%, unión libre. Las mujeres casadas son quienes tienen mayor dificultad en la selección del método anticonceptivo porque la decisión es tomada por los esposos, se observa la presencia de comportamientos machistas como ellas lo expresan.

“Mi marido, no quiere que me ponga la T, cree que así voy a estar mas libre para ser una..., por eso estoy ya decidida a separarme”

“Yo calladita estoy tomando las pastillas porque mi marido cree que solo con el método del ritmo podemos cuidarnos, si él mismo no sabe como se usa, después me vaya a embarazar, ya tengo tres hijos”

“Él se cree muy machito, en todo me quiere imponer su voluntad, pero aquí todos los hombres son así”⁵³

Instrucción

⁵³ Testimonio de las señoras entrevistadas

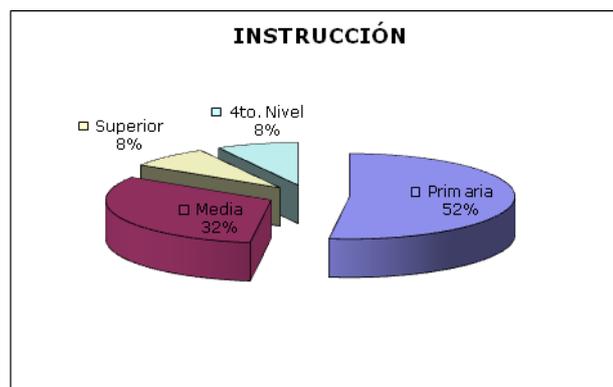


Gráfico 5 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 52% de las entrevistadas tienen instrucción primaria; el 32%, media; el 8%, superior; y, el 8%, 4º. Nivel. La diferencia que existe entre los datos de la encuesta y la entrevista permite comprender que los datos de la entrevista son más reales porque las mujeres están frente a la persona que investiga.

Si bien en la década pasada las mujeres incrementaron sustancialmente sus niveles de escolaridad, estos avances no han sido suficientes para lograr eliminar las profundas brechas existentes entre mujeres y hombres.

Como se observa, los datos referentes a edad, ocupación, estado civil, instrucción, ratifican la igual que en la encuesta, que las mujeres son personas en edad propicia para mejorar su salud sexual y reproductiva, mediante procesos de educación y capacitación provenientes del Centro de Salud.

4.2.2. Antecedentes obstétricos

Menarquia

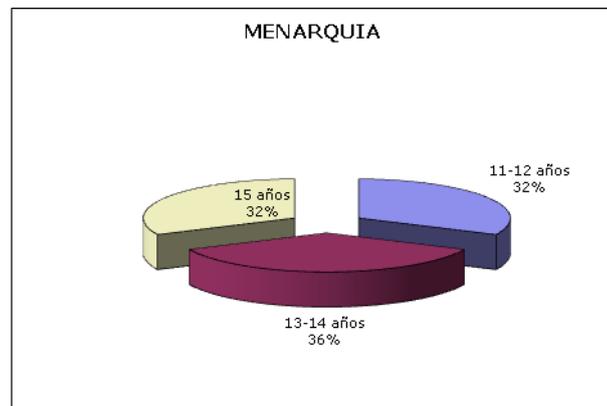


Gráfico 6 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 36% de las entrevistadas tuvo la menarquía entre los 13 y 14 años; el 32%, entre 11 y 12; y, 32% a los 15 años. Los datos confirman los estudios internacionales que explican que se ha bajado la edad de la menarquía por la influencia de factores nutricionales y psicológicos.

“La menarquía es el primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer. Desde las perspectivas sociales, psicológicas y ginecológicas es frecuentemente considerado el evento central de la pubertad femenina, como la señal de la posibilidad de fertilidad. La oportunidad de la menarca está influenciada por factores genéticos y ambientales, especialmente lo nutricional y lo psicológico.

El promedio de edad de la menarquía ha bajado en el último siglo, y su magnitud y los factores responsables siguen en discusión. En EE. UU. Ocurre a los 12 años y 6 meses, mientras que en México se presenta a los 12.5 ± 0.75 años. Para mantener el periodo regular menstrual, el contenido de lípidos (grasas) del cuerpo femenino debe ser de 22 % o mayor”⁵⁴.

⁵⁴ www.wikipedia.com

Inicio de la vida sexual activa



Gráfico 7 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 32% de las entrevistadas inició su vida sexual activa entre los 15 y 16 años; el 32%, entre 17 y 18; el 32%, de 19 o más años; y, el 4%, entre 13 y 14 años. Se observa que la primera experiencia se ubica entre los 13 y 14 años. La educación relativa a la salud sexual puede ser un medio para ayudar a las mujeres a prevenir esos problemas y mejorar su futura salud sexual y reproductiva y retardarla.

“Varios estudios han demostrado que la educación sexual puede ayudar a retrasar el primer acto sexual en los adolescentes que no están sexualmente activos. Para los adolescentes que ya tienen relaciones sexuales, incluidos los que están casados, la educación sexual puede fomentar el uso correcto y sistemático de la anticoncepción o la protección contra las ITS. Los estudios indican que los temores de que los programas de educación sexual fomentan o aumentan la actividad sexual parecen infundados.

Los programas de salud sexual más eficaces son los que incluyen información que no se limita a la salud de la reproducción. Esos programas también pueden ayudar a los jóvenes a mejorar sus

técnicas de comunicación y negociación, aclarar sus valores y cambiar los comportamientos de riesgo⁵⁵.

Número de compañeros sexuales

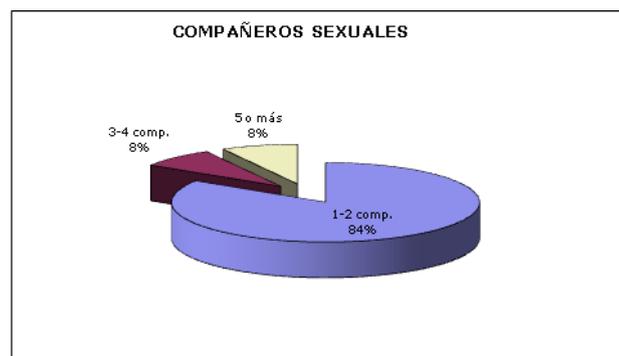


Gráfico 8 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 84% tuvo entre 1 y 2 compañeros sexuales; el 8%, entre 3 y 4; y, el 8%, 5 o más. También se observan cambios generacionales en relación con el número de compañeros sexuales. Este dato parece contradecirse con los logros que se están obteniendo a nivel internacional en la conducta sexual, donde se observa la tendencia a disminuir el número de compañeros sexuales para mejorar su salud sexual y reproductiva.

"La revisión de los datos sugiere que varios elementos relacionados con la conducta social pueden haber jugado un papel en este descenso", señala el organismo internacional, que cita "una reducción en el número de compañeros sexuales en los últimos años acompañada por un incremento del uso del condón con parejas esporádicas".⁵⁶

⁵⁵ NETWORK (2008) Salud reproductiva. N° 37. Revista en español

⁵⁶ LUKOR (2208) Noticias de sociedad. Cuestiones sociales.

Número de embarazos

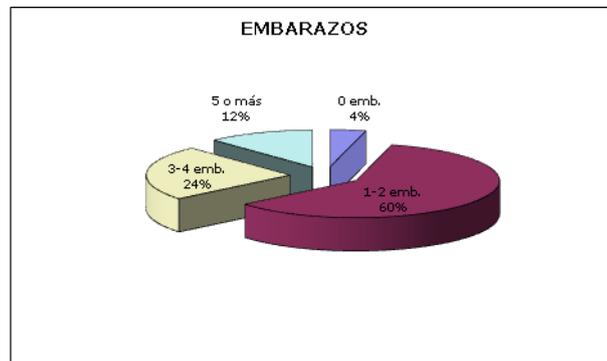


Gráfico 9 Elaboración :Sandra Cruz FUENTE: Entrevista pctes C.S.M

El 60% de las entrevistadas tuvo entre 1 y 2 embarazos; el 24%, entre 3 y 4; el 12%, 5 o más; y, el 4%, cero embarazos. El número de embarazos es una decisión de pareja que será mejor tomada si existen conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva, aspecto que es el objeto de estudio de la investigación

Número de partos normales



Gráfico 10 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista pctes C.S.M

El 73% de las entrevistadas han tenido entre 1 y 2 partos; el 23%, 3 o 4; y, el 4%, 5 o más. Se observa que si existen partos normales en la mayoría de las mujeres entrevistadas, aspecto que informa sobre el buen cuidado de las futuras madres en esta etapa de su vida

Número de abortos

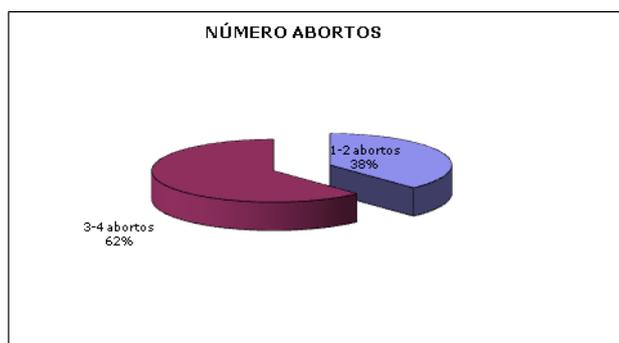


Gráfico 11 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 62% tuvo entre 3 y 4 abortos, y el 38%, entre 1 y 2. Al conversar sobre este tema con las mujeres entrevistadas, existe la tendencia a reconocer que las mujeres en el fondo no quieren abortar, que cuando se le permite recapacitar con tranquilidad, generalmente toman la decisión de tener al hijo y se responsabilizan tanto de su maternidad como del futuro del niño/a. Por otro lado, también se conoce que las mujeres que desean profundamente abortar, hacen todo lo que esté en sus manos para inducirse un aborto, incluso poniendo a riesgo su vida.

“EL ABORTO EN EL ECUADOR

En realidad, las cifras que se registran oficialmente están muy por debajo del número de abortos que se realizan en el país. El carácter clandestino del aborto determina que se lo practique en condiciones muchas veces sórdidas y que implican graves peligros para la madre. Una causa frecuente de muerte materna es precisamente el aborto,

que suele agravarse por las circunstancias de marginación en general y específicamente de marginación de género.

Las cifras de abortos reportados entre 1995 y 1996 son un muy lejano reflejo de la magnitud del problema.

El aborto en el Ecuador

Casos reportados 1995-96
Número de casos

AÑOS	E D A D E S							
	15 años		16-----19		20-----35		36 y más	
	95	96	95	96	95	96	95	96
Aborto provocado	9	11	-	55	181	245	47	49
Aborto inducido	7	11	115	131	566	631	196	134

HOSPITALACION

Aborto provocado	280	1.3%
Aborto inducido	829	3.9% ⁵⁷

Fuente: Dirección Provincial de Salud

Número de cesáreas

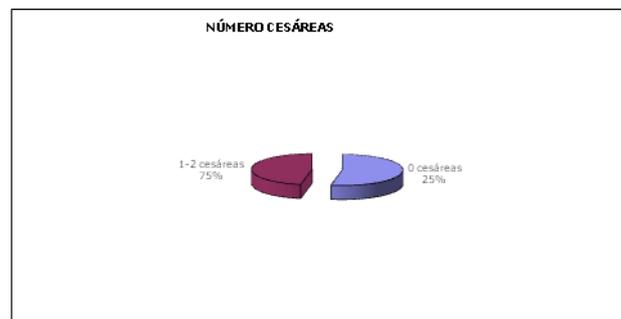


Gráfico 12 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 75% de las entrevistadas tuvieron entre 1 y 2 cesáreas y el 25%, cero cesáreas. La cifra es alta, quizá porque creen que las cesáreas son

⁵⁷ HOY (2007) El aborto y la Ley. Periódico Ecuatoriano

imprescindibles para proteger la vida de las madres y los bebés, hay quienes temen que se rasgue el útero o que algo mortal le suceda a la madre o al niño a menos de que se les practique la cesaría. Esto se observa especialmente en las madres jóvenes, hay quienes creen que es hasta una forma de conservar la línea.

“Pero otros creen que se está privando a las mujeres del derecho a decidir por sí mismas y se les está forzando a una operación quirúrgica que puede complicar innecesariamente las cosas y que conlleva serios riesgos, como infecciones, hemorragias y un tiempo de recuperación mucho más largo.

"Somos personas adultas, no somos bebés. Deberíamos tener la oportunidad de tomar nuestras propias decisiones", señala Tonya Jamois, de la International Cesarean Awareness Network, un grupo que lucha contra las cesáreas innecesarias.

De acuerdo con los datos de este grupo, al menos 300 centros hospitalarios de Estados Unidos han prohibido las VBAC⁵⁸

Número de Pap Test

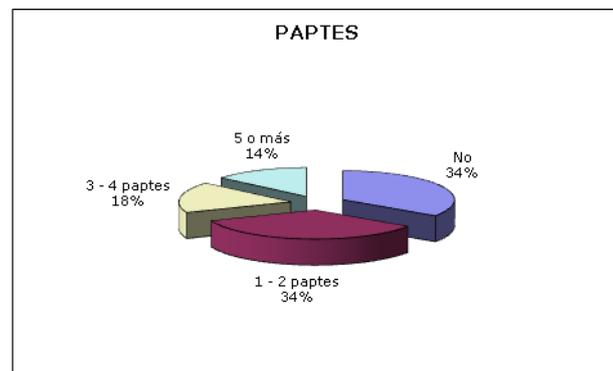


Gráfico 13 Elaboración Sandra Cruz FUENTE: Entrevista pczes C.S.M

El 34% no se han practicado los Pap Test; el 34%, entre 1 y 2 Pap tesT;

⁵⁸ LUKOR (2208) Noticias de sociedad. Cuestiones sociales.

el 18%, entre 3 y 4; y, el 14%, 5 o más. Este dato es muy importante, informa que existe un 34% de mujeres que no se realizan el examen, el descubrimiento del estudio es la necesidad de educar sobre su importancia.

“Desde 1940, el porcentaje de muertes en mujeres con cáncer cervical (cuello de útero) ha decrecido un 70%, en gran parte porque muchas mujeres se han sometido a un Papanicolau. Aunque no es infalible, este test detecta el 95% de cánceres cervicales y, lo que es más importante, los detecta en un estado en el que todavía no se ven a simple vista y, por lo tanto, pueden ser tratados y, casi invariablemente, curados. Ocasionalmente el Papanicolau puede identificar un cáncer endometrial o de ovarios”⁵⁹.

Sexo de nacidos



Gráfico 14 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 59% de los nacidos vivos han sido niños y el 41%, niña. Aún cuando el sexo del nacido vivo no es un indicador de ningún estudio, se puede revelar que el advenimiento de una persona ya se constituye en un dato que sirve para las estadísticas de población.

“Nacido Vivo: La definición legal de nacimiento, cuando supone su inscripción en los libros del Registro Civil, precisa que el nacido

⁵⁹ Tuotromedico.com. Citología vaginal papanicolau

sobreviva al menos las primeras 24 horas de vida. Sobre la base de esta definición jurídica, las estadísticas de nacimientos y defunciones no incluían a los nacidos vivos muertos en las primeras 24 horas de vida. La reforma estadística que se produjo en 1975 incluyó, entre otros importantes cambios, la definición estadística (que no legal) de defunción y nacido vivo: las defunciones de los menores de 24 horas que hasta entonces se habían contabilizado aparte se incluyeron junto con las defunciones de los menores de un año, e igualmente se contabilizaron como nacidos vivos⁶⁰.

Esparcimiento íter genésico

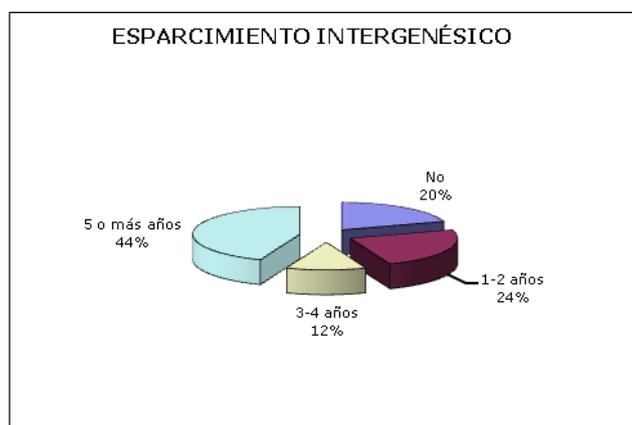


Gráfico 15

Elaboración: Sandra Cruz

FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 44% de las entrevistadas tiene un esparcimiento íter genésico de 5 o más años; Es muy importante:

¿Y cuando viene la parejita?

¿Cuánto tiempo van a esperar para el segundo hijo?

¿Es mejor tener hijos en forma seguida para que se críen juntos?

Él me exige que tenga enseguida⁶¹

“Los riesgos asociados a esperar muy poco, o bien dejar pasar muchos años, son tanto para la madre como para los niños. Lo cierto

⁶⁰ CEPAR (1999) Fondo de población Ecuador Datos Internacionales

⁶¹ Testimonio de las personas a quines se les aplicó la entrevista

es que la ciencia dice completamente lo contrario. Y si antes lo óptimo era esperar dos años para tener otro hijo, hoy el plazo se alargó a tres.

Existe un período de esparcimiento que se denomina intergenésico, que es el tiempo adecuado para embarazarse entre hijo e hijo. Lo ideal es hacer intervalos de 3 años entre cada embarazo, especialmente en países que están en vías de desarrollo, donde las tasas de mortalidad infantil son hasta 10 veces mayores que en países desarrollados, en los que se producen 65 muertes infantiles por cada mil nacidos⁶².

De esta forma, si todas las mujeres de las naciones en desarrollo espaciaran los nacimientos por tres años, anualmente podrían evitarse aproximadamente tres millones de muertes entre los niños menores de cinco.

Las alteraciones que provoca la llegada de un hijo son múltiples y afectan en los más diversos ámbitos, pues es un hecho que la madre necesita prepararse física, emocional y por supuesto económicamente para la llegada de un nuevo integrante a la familia.⁶²

Recibió atención en sus embarazos:

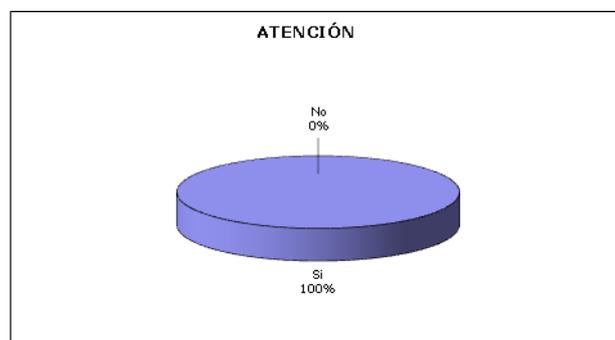


Gráfico 16
Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista pctes C.S.M

El 100% de las entrevistadas, sí recibieron atención en sus embarazos.

⁶² MUJERNOTIEMAIL. (2007) Cuánto esperar para tener otro hijo.

Este es un dato muy positivo, determina el conocimiento que tienen las madres sobre la necesidad de atención, lo requerido sería que sepan por qué y en que intervalos deben ser los procesos de atención.

Cuántas veces recibió atención:

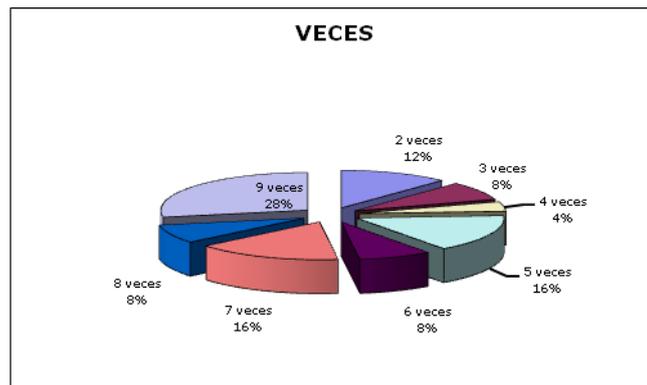


Gráfico 17 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista pctes C.S.M

El 28% de las entrevistadas fueron atendidas 9 veces; el 16%, 5 veces; el 16%, 7 veces; el 12%, 2 veces; el 8%, 3 veces; el 8%, 6 veces; el 8%, 8 veces; y, el 4%, 4 veces. Como se observa el número de atenciones es diferente en cada grupo de personas entrevistadas, lo importante es considerar la información científica en la Guía Práctica.

“Cada minuto una mujer muere por causas relacionadas con el embarazo, lo que supone más de 500.000 muertes anuales. El 99% de estas mujeres viven en países en vías de desarrollo. ¿Qué se puede hacer para evitar tantas muertes?: Es necesario aumentar el número de mujeres que reciben asistencia prenatal y garantizar que acudan un mínimo de cuatro veces al médico durante el embarazo. Hay casos en los que se dedican esfuerzos especiales para apoyar a las personas vulnerables. En el caso de las mujeres embarazadas se crean servicios médicos especiales, se proporciona información sobre los cuidados prenatales o se educa a la sociedad para que sea solidaria con las embarazadas y las madres. Proteger a las madres y a sus hijos nos beneficia a todos. La

sociedad debe asumir el compromiso de trabajar para que las mujeres no afronten riesgos innecesarios durante el embarazo y el parto.⁶³

Complicación en los embarazos

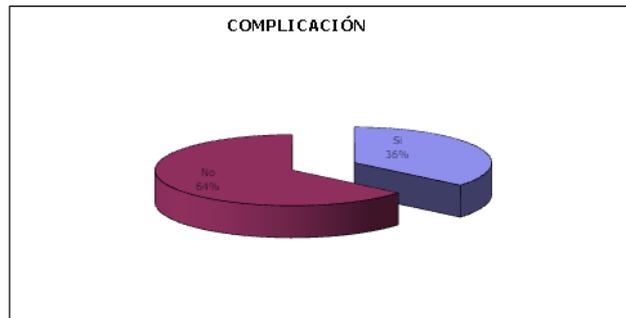
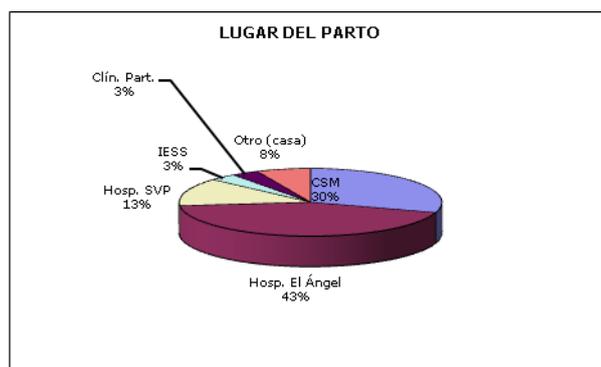


Gráfico 18 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 64% no tuvieron complicación en sus embarazos y el 36%, sí lo tuvieron. Las complicaciones que se presentan en un 36% se podrían evitar si las mujeres acuden a la consulta cuando indique el profesional de la salud, pues solo el sabe el estado de su paciente.

¿Dónde fue atendida en sus partos?



⁶³ www.enredate.com (2008) UNICEF. Misión 2015. Los objetivos del milenio

Gráfico 19 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 43% de los partos fueron atendidas en el Hospital de El Ángel; el 30%, en el CS Mira; el 13%, Hospital “San Vicente de Paúl” de Ibarra; el 8%, casa; el 3%, en el IESS; y, el 3%, en una clínica particular. El 30% de personas que son atendidas en el Centro de Salud de Mira es un buen referente, sin embargo es importante pensar en el mejoramiento de la atención para aumentar los porcentajes

¿En el centro de salud fue atendida bien en sus partos?

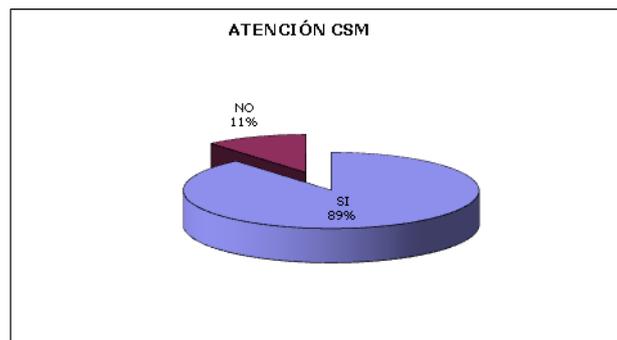


Gráfico 20 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 89% de los partos sí fueron bien atendidos en el CS Mira; y, el 11%, no. En este caso el 11% de mujeres que indican que no fueron bien atendidas, es el que requiere ser considerado para mejorar los procesos.

¿Por qué considera que fue bien atendida?:

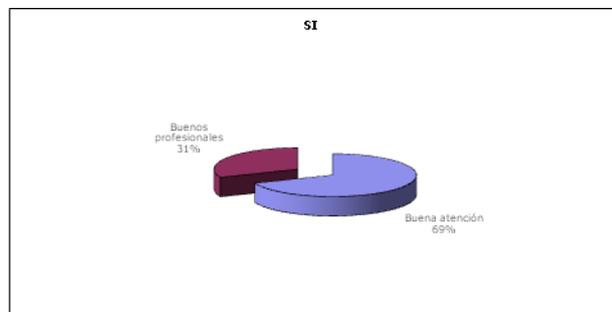


Gráfico 21 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista pctes C.S.M

El 69% de las entrevistadas, sí fueron bien atendidas en el CS Mira porque la atención es buena y el 31% porque laboran buenos profesionales. Los indicadores de bien atendida y la presencia de profesionales se convierten en atributos a conservarlos y mejorarlos para poder elevar el número de personas que acuden a la consulta.

No fue bien atendida:

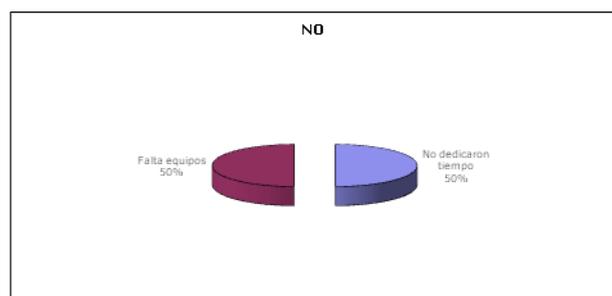


Gráfico 22 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista pctes C.S.M

El 50% de las entrevistadas que no fueron bien atendidas en el CS Mira fue porque no le dedicaron tiempo y el 50%, por la falta de equipos. El tiempo es un elemento que puede ser mejorado, se hace necesario

considerar las situaciones de cada mujer, en muchas ocasiones el saberlas escuchar es muy bueno, según explican las mujeres entrevistadas.

“Yo si estoy muy agradecida porque no solo vine por los dolores sino también porque quería conversar a alguien mis problemas”
“Cuando usted me pone atención entiendo que es una buena profesional, sabe uno también necesita una amiga no solo una especialista”⁶⁴

4.2.3. Historia anticonceptiva

Recibió información de los métodos anticonceptivos

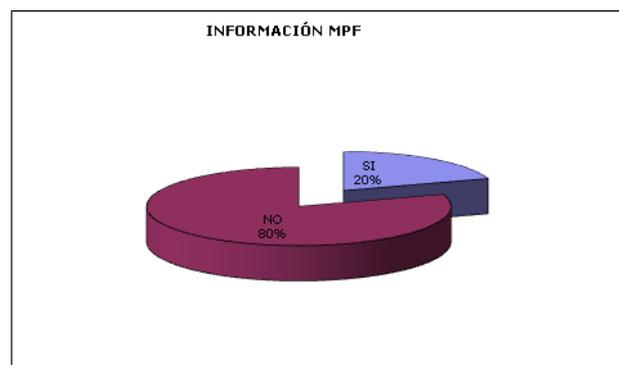


Gráfico 23 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista pctes C.S.M

El 80% de las entrevistadas no han recibido información sobre los métodos anticonceptivos y el 20%, sí han recibido. En relación con los datos de la encuesta, se observa que existe un porcentaje de diferencia, lo importante es que se elabore la Guía Práctica que facilitará que se informe inclusive por cuenta propia. De allí la importancia de que sea

⁶⁴ Testimonio de las personas entrevistadas

sencilla, fundamentada científicamente y con explicaciones técnicas

Si recibió buena información de métodos anticonceptivos

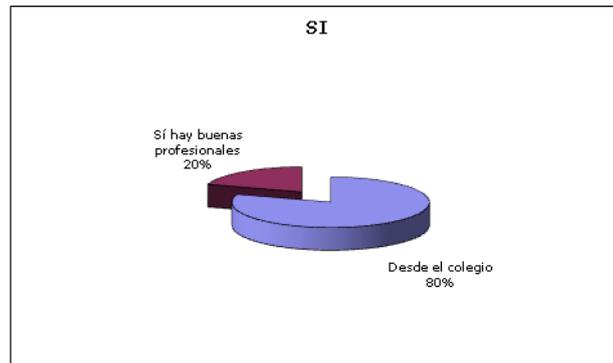


Gráfico 24 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 80% de las mujeres que sí recibieron buena información, la recibieron desde el colegio y el 20% por la presencia de buenas profesionales. Este dato confirma la importancia de la educación de la sexualidad.

No recibió buena información de métodos anticonceptivos

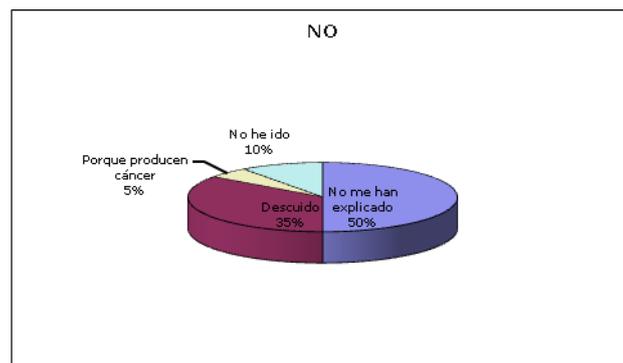


Gráfico 25 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 50% de mujeres que no recibieron buena información es porque no le han explicado; el 35%, por descuido; el 10%, porque no ha ido; y, el 5%,

porque producen cáncer. El dato confirma lo determinado por las mujeres que fueron entrevistadas, sin embargo es importante la Guía que cubrirá los vacíos conceptuales y dejará sin evidencia algunas creencias.

4.2.4. Uso previo de anticonceptivos

Píldoras



Gráfico 26 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 38% utilizó las píldoras por 1 y 2 años; el 38%, por 3 o 4 años; y, el 24% por 5 o más años. La presencia de personas que han utilizado antes métodos anticonceptivos, ratifica la necesidad de que las mujeres reciban capacitación sobre el tema para evitar cualquier riesgo.

¿Por qué ya no utilizó?



Gráfico 27 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 74%, ya no utilizó la píldora por no engordar y el 26% ya no utilizó porque el esposo se fue a trabajar a otro lado. Este dato sobre que se engordaron es un indicador de la necesidad de conocer las investigaciones realizadas sobre el tema.

“La nuevas píldoras anticonceptivas no producen aumento de peso. Así lo afirma el 81 por ciento de las mujeres. Esto ocurre gracias a la aparición de nuevos principios activos como la drospirenona y la disminución de la dosis. Así informó Bayer HealthCare en relación a una encuesta realizada a 4.834 mujeres durante 2007.

Uno de los grandes avances ha sido la introducción de nuevos gestágenos, que han marcado un antes y un después en el uso de la píldora.

La drospirenona (DRSP), desarrollada por Bayer Schering Pharma, y último gestágeno en incorporarse a las nuevas píldoras. Es el más similar a la progesterona natural de la mujer, y su acción antiminerlocorticoide favorece la no retención de líquidos”.⁶⁵

Inyectables

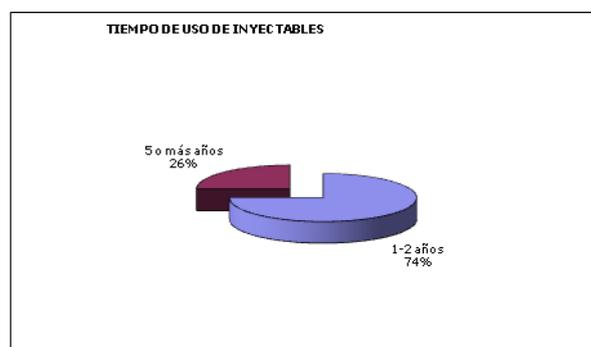


Gráfico 28 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 74% de las entrevistadas utilizó inyectables por uno o dos años y el 26% por cinco o más años. Como se observa es otro método

⁶⁵ PD. (2007) Vida Saludable. Suplemento informativo

anticonceptivo muy utilizado y también por más de un año, las personas entrevistadas indican no haber sufrido de ningún riesgo.

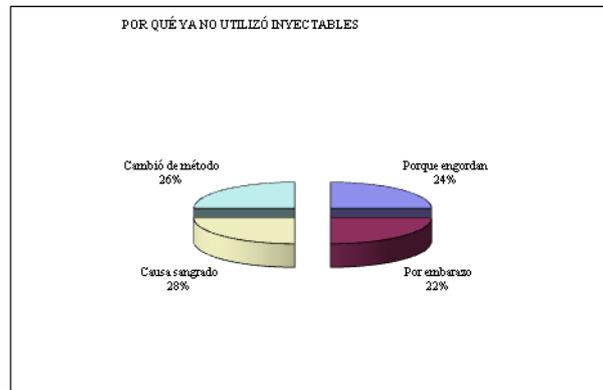


Gráfico 29 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 28% ya no utilizan inyectables porque causan sangrado; el 26%, porque se embarazaron; el 24%, porque engordan; y, el 22%, porque cambiaron de método. Se observa que las reacciones son diferentes en las personas, este dato es un referente a considerar en la Guía Práctica que deberá indicar el porcentaje de éxito de uno u otro método anticonceptivo.

DIU



Gráfico 30 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 30% utilizaron DIU por menos de un año; el 28%, por 1 o 2 años; el 26%, por 3 o 4 años; y, el 16%, por 5 o más años. Estas informaciones son muy necesarias para la elaboración de la guía.



Gráfico 31 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 50% ya no utilizó DIU porque sangraba mucho; el 38%, porque ya era de sacarse; y, el 12%, porque se salió. El contraste de datos entre las personas que no tuvieron molestias y las que presentaron algún problema se convierte en un indicador a observarse, por cuanto por ejemplo el 12% que indica que se salió el DIU ya da una información sobre la técnica de aplicación.

Otros métodos para planificar la familia

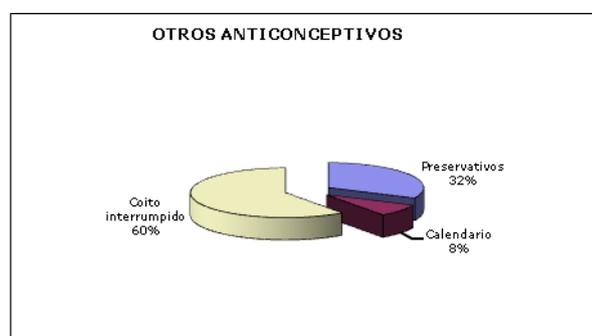


Gráfico 32 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

Entre otros anticonceptivos utilizados tenemos: coito interrumpido, 60%; preservativos, 32%; y, calendario, 8%. En el uso de otros métodos el coito interrumpido es un método que utiliza en hombre y según testimonio de las señoras entrevistadas es muy efectivo, siempre y cuando el hombre tenga madurez sexual y pueda controlarse.

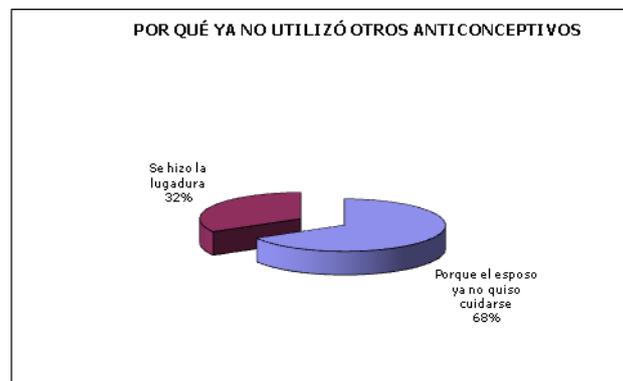


Gráfico 33 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

Las entrevistadas ya no utilizaron otros anticonceptivos porque el esposo ya no quiso cuidarse, 68%; se hizo la ligadura, 32%. Como se descubre en la información, la decisión de dejar de usar el método anticonceptivo lo realiza el hombre porque las mujeres aún no están empoderadas de sus derechos y solo obedecen, no negocian.

¿Se embarazó utilizando algún anticonceptivo?

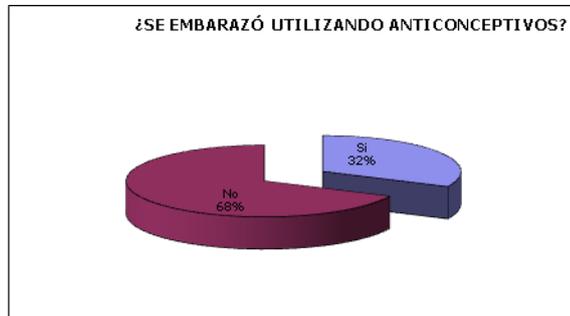


Gráfico 34 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 68% no se embarazó utilizando otro anticonceptivo y el 32%, sí. Esta información ratifica que los métodos anticonceptivos son confiables siempre y cuando se utilizan correctamente y de acuerdo a las indicaciones del especialista.



Gráfico 35 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista. ptes C.S.M

El 77% de las mujeres que se embarazaron utilizando anticonceptivos sucedió con el coito interrumpido y el 23% con la T de cobre. Esta información es necesario considerarla como un referente para la Guía Práctica, para evitar que las mujeres tengan riesgos

“El 16 de 100 mujeres que usan el coito interrumpido de forma típica (uso no siempre consistente o en forma correcta) resultaran embarazadas después de un año de uso.

10 de 100 mujeres que usen el coito interrumpido de forma correcta y consistente resultaran embarazadas después de un año de uso.

Antes de la eyaculación se da una secreción de líquido prostático el cual puede contener espermatozoides capaces de fecundar el óvulo y causar un embarazo. Un embarazo también puede ocurrir si el líquido prostático o el semen tienen contacto con la vulva”⁶⁶

¿Ha sido atendida adecuadamente en planificación familiar en el Centro de Salud?



Gráfico 36 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 84% ha recibido buena atención en planificación, mientras que el 16%, no. Esta información ratifica la necesidad de elaborar una Guía Práctica que apoye en los procesos de atención, sin embargo es menester también mejorar los sistemas de atención.

⁶⁶ PNUD. (2000) Estadísticas sobre los métodos

¿Si fue bien atendida, por qué?

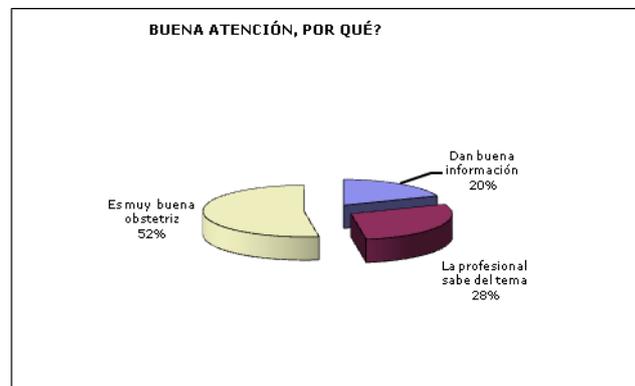


Gráfico 37 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista pctes C.S.M

El 52% recibió una buena atención en planificación debido a que es muy buena la obstetra; el 28%, porque la profesional sabe del tema; y, el 20%, porque dan buena información, La información de satisfacción, es posible que sea incrementada con la ayuda de la Guía Práctica que tendrá información científica y actualizada.

¿No fue bien atendida, por qué?



Gráfico 38 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista pctes C.S.M

El 37% no ha asistido a planificación; al 37%, el esposo no le deja ir; el 12%, no utilizaba ningún método; y, el 12%, afirma que no dan buena información. El 12% que afirma que no dan buena información es un indicador de la necesidad de mejorar no solo los procesos científicos, sino también cambiar las actitudes de trabajo.

El mejor método de planificación para una pareja es el que:



Gráfico 39 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 41% afirman que el mejor método anticonceptivo para una pareja es el que aconseja el médico u obstetra; el 21%, el que escoge la pareja previa información; el 17%, el que decide la mujer; el 13%, el que decide el varón con la mujer; y, el 8% el que decide el varón.

¿Quién ha escogido el método de control de la fertilidad?

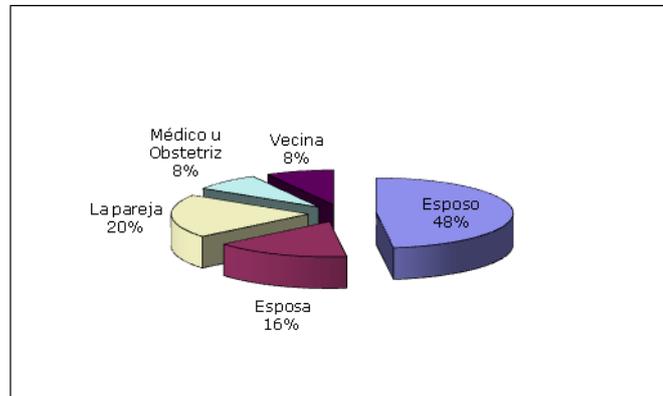


Gráfico 40 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 48% de las entrevistadas afirman que el esposo es quien escoge el método; el 20%, la pareja; el 16%, la esposa; el 8%, el médico u obstetritz; y, el 8%, la vecina.

La información que aparentemente es contradictoria con los datos del ítem anterior evidencia que el hombre, en última instancia es quien, toma la decisión.

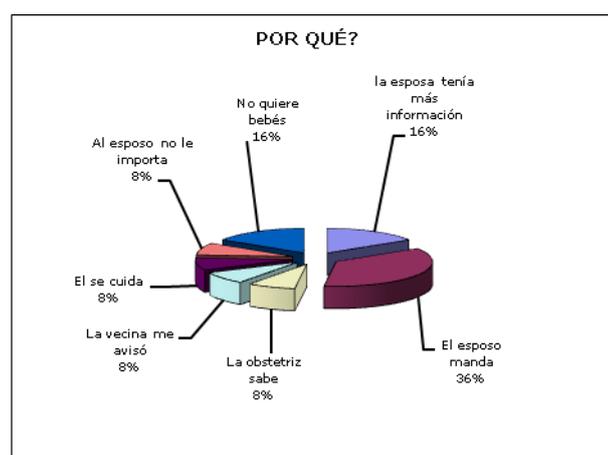


Gráfico 41 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 36% afirman que el esposo escogía el método porque el manda; el 16%, la esposa tenía más información; el 16%, no querían bebés; el 8%, la obstetra sabe; el 8%, la vecina le avisó; el 8%, el se cuida; y, al 8%, al esposo no le importa.

Estas afirmaciones son una confirmación de la necesidad de que en pareja reciban la capacitación sobre salud sexual y reproductiva, para que las decisiones sean de mutuo acuerdo y se eviten discusiones familiares.

4.2.5. Método anticonceptivo actual

¿Tiene una pareja actual?

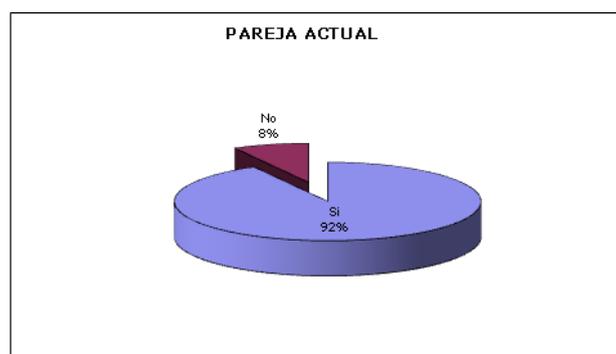


Gráfico 42 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 92% de las mujeres entrevistadas sí tienen pareja actualmente, mientras que el 8%, no la tienen. Es evidente que deberán tomar las decisiones entre los dos.

¿Cuánto tiempo está con él?

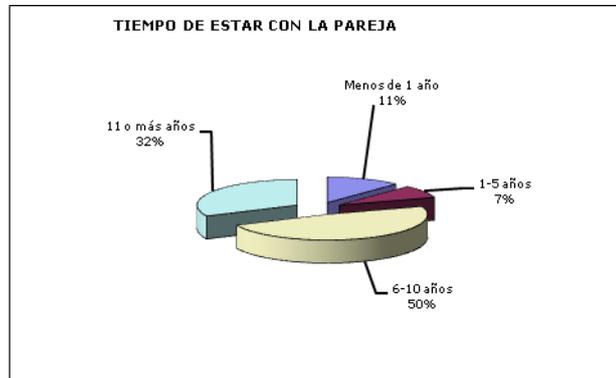


Gráfico 43 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

El 50%, está con la pareja actual entre 6 y 10 años; el 32%, 11 o más años; el 11%, menos de un año; y, el 7%, entre 1 y 5 años. Como se puede observar las informaciones son diferentes, por ello es muy necesario tener información disponible para todos los casos.

Edad de la pareja

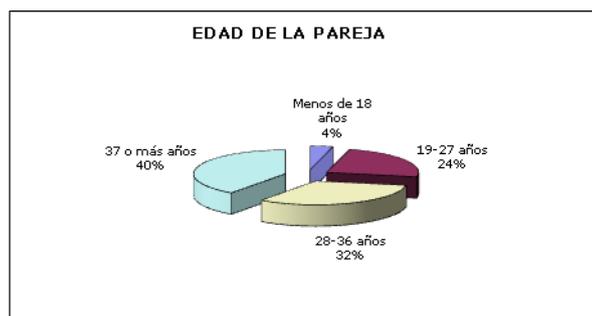


Gráfico 44 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

Del 40% de las mujeres entrevistadas, la pareja tiene 37 o más años; el 32%, entre 28 y 36; el 24%, entre 19 y 27; y, el 4%, menos de 18. Como se analizó en la edad de las mujeres entrevistadas, la edad de los

hombres es mayor que de las mujeres, coincidiendo con la creencia de que la mujer debe ser menor por que ella envejece más pronto por el cuidado de los hijos.

Ocupación de la pareja

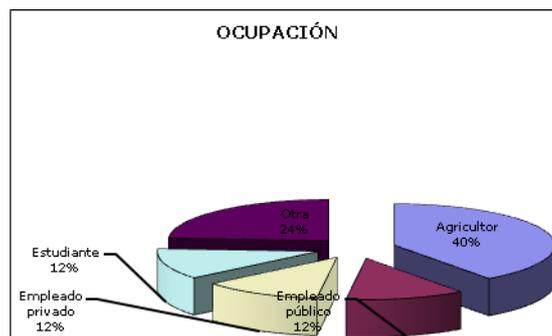


Gráfico 45

El 40% de las parejas de las mujeres entrevistadas son agricultores; el 24%, tienen otra ocupación; el 12%, empleado público; el 12%, empleado privado; y, el 12%, estudiante. El análisis de esta información, permite reconocer que los hombres tienen mejores posibilidades de acceso al trabajo, quizá porque están más libres de la responsabilidad de cuidar a las y los hijos que están en edades menores de 6 años.

Otra Ocupación:

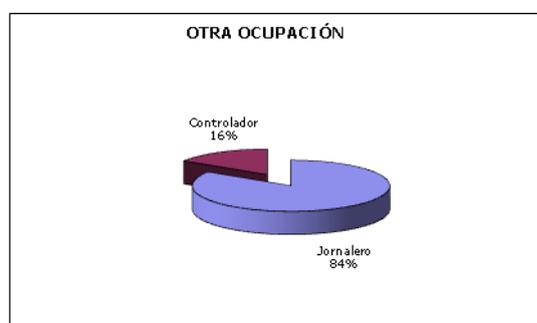


Gráfico 46 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista ptes C.S.M

En lo que se refiere a otra ocupación, el 84% son jornaleros y el 16%, controlador. Los jornaleros son personas que en ocasiones se alejan hasta una semana del hogar pues el trabajo lo consiguen en Tulcán o en Ibarra. Ellos dejan la responsabilidad total del manejo del hogar a las mujeres.

4.2.6. Vida sexual activa

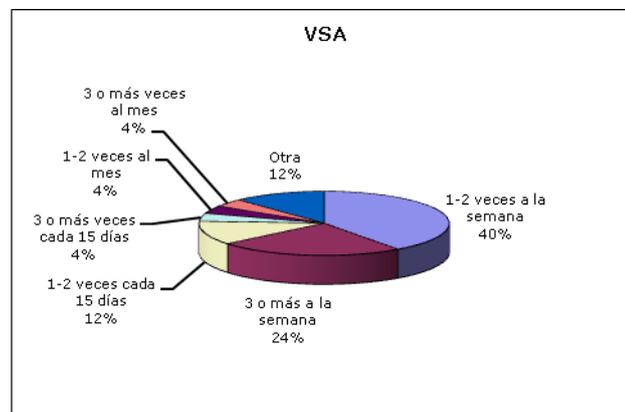


Gráfico 47 Elaboración Sandra Cruz FUENTE: Entrevista pctes C.S.M

El 40% tienen una vida sexual activa 1 o 2 veces a la semana; el 24%, 3 o más veces a la semana; el 12%, 1 o 2 veces cada 15 días; el 12%, otra vida sexual activa; el 4%, 3 o más veces cada 15 días; el 4%, 1 o 2 veces al mes; y, el 4%, 3 o más veces al mes. A pesar de que las referencias estadísticas apuntan solo al hombre, existen estudios que dan los beneficios también a las mujeres.

“Una vida sexual activa reduce en un 50% el riesgo de mortalidad en los varones. Un estudio revela que los hombres con una "alta frecuencia orgásmica" (aquellos que hacen el amor dos veces a la semana) viven más que los que sólo mantienen relaciones sexuales una vez al mes.

Las mujeres delgadas aumentan tallas al tener vida sexual activa. ¿Es cierto? La Asociación Española para el Estudio de la Menopausia (AEEM) recomienda, en su nuevo decálogo para la ayudar a las mujeres durante la perimenopausia y la posmenopausia, llevar una vida sexual activa para combatir síntomas de esta etapa de la vida femenina como la sequedad y atrofia vaginal⁶⁷

Vida sexual con mayores intervalos

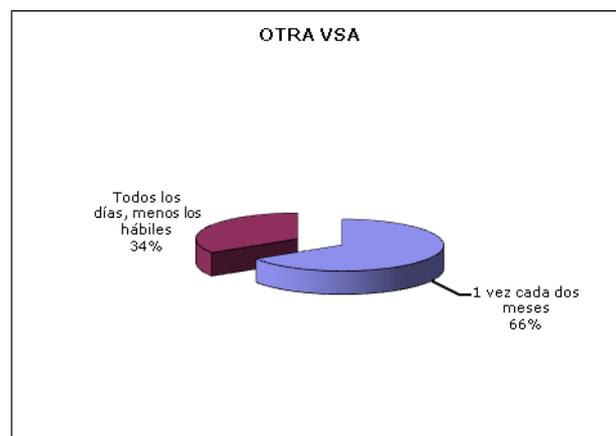


Gráfico 48 Elaboración: Sandra Cruz FUENTE: Entrevista pctes C.S.M

En lo que se refiere a vida sexual activa con intervalos, el 66% lo hace una vez cada dos meses, mientras que el 34%, lo hace todos los días menos los hábiles, es decir solo el sábado y domingo. Estos datos demuestra la importancia del coito en las relaciones maritales, ya que esto marca muy claramente las relaciones de poder y se evidencia claramente el dominio del hombre en el acto sexual, ya que la mujer está a disposición del hombre cuando este requiere satisfacer sus deseos sexuales. Esto nos indica claramente que la sexualidad y el placer para las mujeres que acuden al C.S.M es algo prohibido y que no ejercen sus derechos sexuales de decidir cuando y con quién deseen tener relaciones

⁶⁷ Vida 7 pl.

4.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos demuestran que las pacientes que acuden al Centro de Salud de Mira, en edad fértil (15 a 49 años), corresponden a mujeres en edades similares a los datos obtenidos por el ENDEMAIN; esto es, mayor número de mujeres en edades jóvenes, el porcentaje va disminuyendo a medida que se incrementan las edades. Por lo tanto, el grupo de mujeres de 18 a 25 años, atendidas en el Centro de Salud de Mira, es ligeramente más alto que los otros rangos de edades, lo cual evidencia que es el grupo más vulnerable, a embarazos no deseados, abortos, ITS, mortalidad materna, cáncer cérvico - uterino.

En cuanto a la instrucción formal, se encuentra, que el 40% de pacientes, tienen un nivel de escolaridad primaria completa, el 37% nivel medio, el 17% superior, un 4% ninguna instrucción, que corresponde a niveles de instrucción formal más alto, que al del área rural de la Sierra del país, en donde el 71% de las mujeres en edad fértil, han alcanzado la primaria, y un menor número secundaria y superior, (ENDEMAIN)⁶⁸.

La mayoría de mujeres, el 60% de las entrevistadas y el 49% de las encuestadas, se dedican a los quehaceres domésticos, sin que tengan un ingreso económico, que les permita tener una independencia económica, lo que conlleva a que se establezcan relaciones de poder inequitativas, con la consiguiente dominación de hombre. El 40% de los hombres se

⁶⁸ ENDEMAIN.

dedican a la agricultura en terrenos propios o como partidarios (comparten utilidades entre el dueño del terreno y el que trabaja), el 24% son jornaleros y controladores, apenas el 12% son empleados públicos. Estos datos nos revelan, que es menor el número de mujeres, en relación a los hombres, que perciben un ingreso económico, los resultados son similares a los de nivel nacional.

En la variable del conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, se encontró que el 93 % de las mujeres, si han escuchado hablar de ellos, estos datos son similares a los obtenidos en el ENDEMAIN donde nos indica que el 92.6% de las mujeres en el Ecuador conocen algún método anticonceptivo. Si bien la mayoría responden que si oyeron o recibieron información de los métodos, las pacientes no tiene un conocimiento completo de los diferentes métodos anticonceptivos que existen, tampoco conocen como actúan, las contraindicaciones y uso de los mismos, el 58% de la pacientes, señalan que producen efectos negativos, lo que ocasiona saberes e ideas erróneas de los mismos, refieren: “Sirven para conocer temas relacionados con la familia”, “Altera el sistema nervioso y reproductivo”, “Ayudan a mejorar la calidad de vida de la pareja”⁶⁹. Al respecto ENDEMAIN, asegura que es mínimo el incremento de la información sobre los métodos anticonceptivos, en los últimos cinco años, en el área rural.

En lo que se refiere al conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos se observa que no conocen cuales son los derechos, el 68% de las mujeres no han escuchado hablar de los mismo, y del 32%, que dicen haber escuchado, la mayoría no los conocen. En relación a este tema no se encontró datos estadísticos. Si bien la Constitución

⁶⁹ Expresiones tomadas de la encuesta y entrevista

Política del Ecuador en su artículo N° 42 dispone "Que el Estado garantizará el derecho a la salud; así como, la posibilidad de acceso permanente e ininterrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia" y en el artículo N° 43 expresa "Que el Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en salud alimentaria y nutricional de madres y niños y en la salud y derechos sexuales y reproductivos"⁷⁰ no se garantiza el derecho a la información, la difusión de los derechos sexuales y reproductivos, por lo que aún es limitada en el país, especialmente en el área rural.

Con respecto al método anticonceptivo que usan las mujeres en la zona de estudio, el 23% usa la píldora anticonceptiva, el DIU (dispositivo intrauterino) el 20%, el 16% las anticonceptivo hormonal inyectables, el 14% los preservativos, el 7 % los métodos naturales (como el calendario, el moco cervical) ,el 6% la ligadura de las trompas de Falopio, estos resultados no concuerdan con datos obtenidos en otras investigaciones, que refieren que en el Ecuador, el método más utilizado es la ligadura de trompas, con un 32%, y apenas un (0,3%) de los hombres se han hecho la vasectomía.

Los resultados obtenidos en la investigación, respecto al bajo porcentaje de mujeres que se ligan, se debe a la presencia de los mitos y creencias que tienen sobre la ligadura de trompas, señalan: "No me hago la ligadura de trompas porque dicen que me voy a hacer caliente", "me voy a volver loca caliente", "ya no voy a ser mujer", "mi marido me va a dejar"⁷¹, creencias que influye en la decisión al optar por el método

⁷⁰ Constitución Política del Ecuador

⁷¹ Expresiones tomadas de las mujeres encuestadas y entrevistadas

anticonceptivo.

Cuando se investiga, quién decide en la elección del método anticonceptivo, se evidencia que en el 48% de mujeres fue el hombre quien escogió el método anticonceptivo que debían usar, en el 20% han escogido los dos, el 16% sólo la mujer, el 8% la vecina, la mayoría de mujeres que respondieron que su pareja escogió el método, cuando se les preguntó porque razón, manifiestan: “Es el hombre el que manda”, “Él es el que sabe”, esto evidencia, como se señaló anteriormente, que existe una relación de poder dominante del hombre sobre la mujer que trasciende en todos los aspectos, incluido el cuerpo, que es el máspreciado objeto de poder, que casi siempre se somete a la voluntad de quien lo ejerce. Sin embargo; ellos, no participan en los programas de planificación familiar, por la idea muy difundida, que son las mujeres las responsables del control de la fecundidad.

Con frecuencia las mujeres de Mira ven limitada la decisión sobre la utilización de los métodos anticonceptivos debido al control que ejerce su pareja, por lo que algunas de las mujeres utilizan los métodos anticonceptivos en secreto, o no utilizan ningún método. En el Ecuador la fecundidad no deseada alcanza a 19,3%.

Los programas del control de la fertilidad y salud reproductiva en todo el mundo reconocen que el hombre constituye un grupo importante para los servicios .Ellos también tienen preocupación por su salud sexual y reproductiva, saben que sus condiciones de salud y conducta afectan a las mujeres. Este aspecto no se considera en el C. S, M, es la mujer en un 99% que acude al control de la fertilidad, este hallazgo promueve el cambio de criterio en el sentido de incluir al hombre en la decisión conjunta del control de la fertilidad.

GUÍA PRÁCTICA
DE EDUCACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES - REPRODUCTIVOS
Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
PARA EL CENTRO DE SALUD DE MIRA



AUTORA:

SANDRA CRUZ

MAYO 2008

5.1. JUSTIFICACIÓN

La realidad de la salud sexual y reproductiva en el Ecuador, según estudios realizados por ENDEMAIN es la siguiente: “El 92.6% de mujeres de 15 a 49 años conocen o han oído hablar de algún método anticonceptivo, los más conocidos son las pastillas, la esterilización femenina, los condones, el DIU y la inyección, el 73 de cada 100 mujeres ecuatorianas en unión de 15 a 49 años usan algún método anticonceptivo (72.7%), el incremento en el uso de métodos anticonceptivos es del orden del 116% (en relación a 1979), el 58.7% usan métodos modernos y un 14% a métodos tradicionales de menor eficacia (ritmo, retiro y MELA). En el área urbana existen más mujeres que usan métodos anticonceptivos (76.6%) en relación con el área rural (67.1%)”⁷²

En el estudio realizado con las mujeres que acuden al Centro de Salud de Mira en edad fértil (15 a 49 años), la distribución por edades es similar a los datos obtenidos por el ENDEMAIN; esto es, que existen proporciones más altas en las edades jóvenes, las cuales van disminuyendo a medida que se incrementa las edades. El grupo de 18 a 25 años en el Centro de Salud de Mira, es ligeramente más alto que los otros dominios lo cual nos hace ver que es un grupo vulnerable a todo en lo que se refiere a embarazos no deseados, aborto, ITS, mortalidad materna y otros.

El estudio comprobó que el 93% de las encuestadas han escuchado hablar sobre los métodos anticonceptivos y el 7% no han escuchado hablar, estos datos son similares a los datos obtenidos en el ENDEMAIN donde nos indica que el (92.6%) de las mujeres en el Ecuador conocen algún método anticonceptivo Si bien la mayoría responden que si oyeron

⁷² CEPAR. ENDEMAIN

o recibieron información de los métodos anticonceptivos, las pacientes no tienen un verdadero conocimiento científico, lo cual conlleva a ideas erróneas de los mismos; por ejemplo, dicen "Los métodos para planificar la familia ayudan a estabilizar la familia" "Sirven para conocer temas relacionados con la familia" "Ayudan a mejorar la calidad de vida de la pareja"⁷³.

Con respecto al método anticonceptivo más predominante en la zona de estudio es la píldora anticonceptiva con el 23% de uso en las pacientes, el 20% el DIU (dispositivo intrauterino), el 16% las inyecciones, el 14% los preservativos, el 7% los métodos naturales (como el calendario, el moco cervical), el 6% la ligadura, datos que al ser comparados y analizados con los datos obtenidos en otras investigaciones no concuerdan porque el 32% de las mujeres en el Ecuador han sido esterilizadas y apenas un (0,3%) de los hombres se han hecho la vasectomía.

En lo que se refiere al conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, se observa que no hay un conocimiento científico, tampoco una difusión de los mismos a nivel de las zonas rurales del Ecuador.

En relación a la decisión al seleccionar el método anticonceptivo, se evidencia que el 48% de los métodos han sido escogidos por el esposo, el 20% ha escogido la pareja, el 16% la esposa el 8% la vecina. La mayoría de mujeres que respondieron que su pareja escogió el método anticonceptivo, generalmente, expresaron: "Es él quien decide" "Es el hombre el que manda"⁷⁴, esto muestra que existe una relación de poder entre los géneros y que el cuerpo es el máspreciado objeto de poder que, casi siempre, se somete a la voluntad de quien lo ejerce. Se

⁷³ Expresiones tomadas de la encuesta y entrevista

⁷⁴ IBID

descubre que con frecuencia las mujeres de Mira ven limitadas sus decisiones sobre los métodos anticonceptivos debido al control que ejerce su pareja .En el Ecuador la fecundidad no deseada alcanza a 19,3% de las mujeres

La idea muy difundida de que son las mujeres las responsables del controlar su fecundidad, repercute en la escasa o mala participación de los hombres en los programas de planificación familiar

Los programas del control de la fertilidad y salud reproductiva en todo el mundo, reconocen que el hombre constituye un grupo importante para los servicios .Ellos también tienen preocupación por su salud sexual y reproductiva, saben que sus condiciones de salud y conducta afectan a las mujeres. Este aspecto no se considera en el Centro de Salud de Mira, es la mujer en un 99% quien acude al control de la fertilidad, este hallazgo promueve el cambio de criterio en el sentido de incluir al hombre en la decisión conjunta del control de la fertilidad.

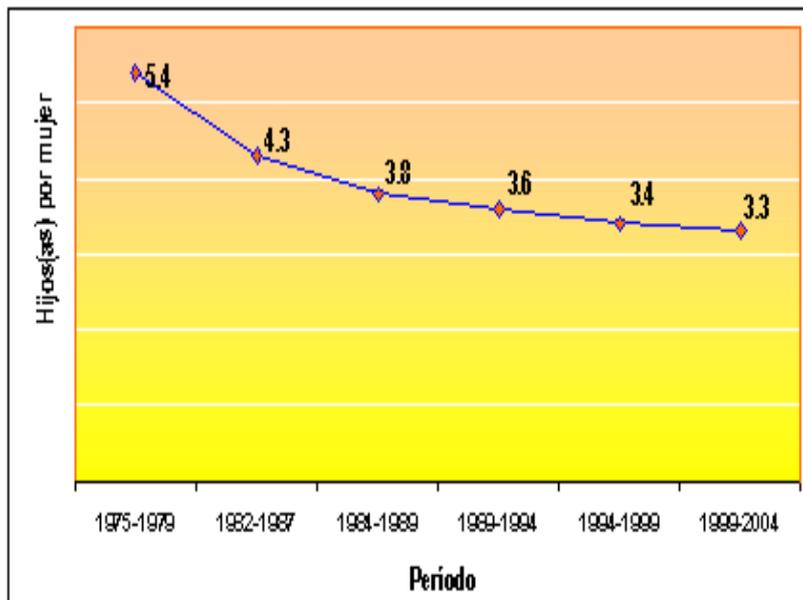


Gráfico 1. Evolución de la tasa global de fecundidad

El análisis de los resultados, justifica la necesidad de la Guía Práctica sobre derechos sexuales y reproductivos y métodos anticonceptivos, para conseguir el mejoramiento progresivo de la salud sexual y reproductiva de la pareja y favorecer que las mujeres al conocerlos tengan más libertad y responsabilidad para definir su futuro y poder tomar decisiones informadas.

La guía práctica, ayudará a las mujeres a tener conocimientos claros y relevantes de su sexualidad y de su cuerpo a saber elegir el método anticonceptivo más adecuado para su salud, a empoderarse y hacer suya la elección con información, sobre todo tomando en cuenta su derecho a decidir cuantos hijos/as tener y el espaciamiento de los mismos.

La educación a las mujeres que acuden al Centro de Salud de Mira permitirá que tengan una vida sexual y reproductiva sin riesgos, con responsabilidad, respeto, tolerancia, amor y comprensión, para que así se promueva un desarrollo de la sexualidad integral y humana desde una perspectiva científica, sin mitos ni tabúes.

5.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

La sexualidad y la reproducción están al inicio de toda relación humana, sin embargo, pasó mucho tiempo hasta que fueran reconocidos los derechos y libertades inherentes a salud sexual y reproductiva, tanto en la comunidad internacional como a escala nacional.

En este sentido la guía práctica es un documento informativo que permitirá a las mujeres capacitarse sobre sus derechos sexuales y reproductivos y conocer sobre los métodos anticonceptivos porque la educación es una variable clave en la explicación y la transformación de los conocimientos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

La educación sexual es todo un proceso fundamental mediante el cual se adquieren y transforman de manera formal e informal, conocimientos, actitudes y valores, respecto a la sexualidad en todas sus manifestaciones, que van desde los aspectos biológicos hasta los relacionados con la reproducción, el erotismo, la identidad y las representaciones sociales, porque ejerce su influencia sobre el comportamiento, criterios, convicciones, motivaciones y actitudes de las personas en la sociedad.

La guía práctica cumplirá con el objetivo de educa, porque la educación es un instrumento importante para lograr la conservación y el restablecimiento de la salud individual y de la población en general.

5.2.1. PRINCIPIOS BIOÉTICOS

La Guía Práctica está constituida por un conjunto de planteamientos que brindarán orientación a las parejas en edad fértil orientación sobre su salud sexual y reproductiva con el fin de promover bienestar y salud integral.

En este sentido, el manejo de los principios bioéticos responde a las necesidades determinadas por el estudio de las encuestas y entrevistas sobre aspectos que deben ser modificados. Son una herramienta educativa y una forma de alcanzar las metas en el área de los derechos sexuales y reproductivos y de los métodos anticonceptivos que persigue el Centro de Salud de Mira.

Autonomía

Reconocer las capacidades y perspectivas de las personas, incluyendo el derecho a tener determinadas ideas y a tomar determinadas decisiones

Beneficencia

El tratamiento ético de las personas y en nuestro caso, de las mujeres, no solo depende de respetar sus decisiones, sino de también procurar su bienestar

Justicia

El principio de la justicia en la atención médica se define generalmente como una forma de imparcialidad. Implica la no discriminación o exclusión de los beneficios de la atención médica y de salud en general, por razones de sexo, estado civil, grado de educación, etnia, nivel socio-económico, creencias.

5.2.2. ETAPAS PARA LA ELABORACIÓN DE LA GUÍA

De conformidad con los resultados de la investigación, las etapas de elaboración de la guía se sintetizan en las siguientes

5.2.2.1. Caracterizar e identificar los factores de riesgo y problemas relacionados al grupo objetivo de la población.

5.2.2.2. Definir los objetivos de la guía

5.2.2.3. Elaborar la Guía Práctica

5.2.2.4. Validación y ensayos de la Guía Práctica

5.2.2.1. Caracterizar e identificar los factores de riesgo y problemas relacionados al grupo objetivo de la población.

Para facilitar el proceso y lograr los objetivos previstos, se recomienda tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- 1. Definir la población a quien va dirigida.** Es necesario tener un conocimiento de las características de la población objetivo en este caso, los aspectos socio económico y cultural en las que se desenvuelven las mujeres, la edad, las formas de vida como por ejemplo factores que favorecen la relación con la pareja, la disposición que existe para aceptar la capacitación, la aceptación de los métodos anticonceptivos con el acuerdo de las dos personas. Estos aspectos son necesarios porque influyen en las condiciones de vida de la pareja y su familia.
- 2. Información precisa.** Para la elaboración de la guía es necesario identificar las condiciones de vida del grupo de mujeres y sus parejas, teniendo presente los siguientes aspectos:
 - a. Las condiciones socio económico y cultural, se deberá saber datos sobre porcentajes de embarazos, número de hijos, abortos, infecciones de transmisión sexual, niños nacidos vivos, tasas de mortalidad y morbilidad. Es importante también conocer, el nivel de instrucción, ocupación, formas de información sobre los temas referentes a salud sexual y reproductiva.
 - b. Los conocimientos que tienen sobre derechos sexuales y reproductivos y métodos anticonceptivos y como influyen en el mantenimiento de sus salud sexual y reproductiva.
 - c. Cuál es el método anticonceptivo más utilizado y disponibilidad del mismo en el Centro de Salud de Mira.
- 3. Cultura y género.** Es necesario considerar que el género es el conjunto de creencias, prescripciones y atribuciones que se construyen socialmente tomando a la diferencia sexual como base. Esta construcción social funciona como una especie de "filtro" cultural con el cual se interpreta al mundo, y también como una especie de

armadura con la que se constriñen las decisiones y oportunidades de las personas. Todas las sociedades clasifican qué es “lo propio” de las mujeres y “lo propio” de los hombres, y desde esas ideas culturales se establecen las obligaciones sociales de cada sexo, con una serie de prohibiciones simbólicas.

La cultura es un resultado, pero también una mediación. Lo simbólico es la institución de códigos culturales que, mediante prescripciones fundamentales como las de género, reglamentan la existencia humana. La socialización y la individuación del ser humano son resultado de un proceso único: el de su humanización, o sea, de su progresiva emergencia del orden biológico y su tránsito hacia la cultura. El pensamiento simbólico constituye la raíz misma de la cultura.

5.2.2.2. Definir los objetivos de la guía

La guía considera tres clases de objetivos: conceptuales, procedimentales y actitudinales que al desarrollarse en forma integrada consiguen los cambios de conducta y comportamiento necesarios para mejorar la salud con un enfoque integral.

Los **objetivos conceptuales**, están constituidos por el conjunto conocimientos estructurados en conceptos, definiciones, reglas, normas, disposiciones, fórmulas.

Los **objetivos procedimentales** que están relacionados con el conjunto de habilidades y destrezas que se deben adquirir para el uso de los métodos anticonceptivos y el empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Los **objetivos actitudinales** están referidos a las actitudes, valores, hábitos que se requieren incorporar para aplicar las nuevas prácticas de vida.

5.2.2.3. Elaborar la Guía Práctica

Para la elaboración de la guía, una vez que están conocidos los aspectos que constituyen el contexto de vida de la población objetivo, es necesario considerar los siguientes aspectos que son fundamentales para los procesos de ecuación y capacitación.

El diseño de los mensajes. Los mensajes se interiorizan y aplican cuando tienen un contenido que conlleva identificación con la realidad que uno está viviendo y desea cambiarla. Desde esta perspectiva es necesario que sean elaborados de tal manera que sean fáciles de recordar, de difundirse y llevarse a la práctica.

Los requisitos que deben considerar los mensajes son:

- Palabras sencillas y claras que sean utilizadas por la población
- No tener información innecesaria
- Deben enfocar una sola idea.
- Ser convincentes e incentivos de cambio
- Expresar de forma organizada las acciones y prácticas concretas a realizarse

El diseño de los gráficos.

Los gráficos son organizadores intelectuales que posibilitan a las personas recordar el mensaje porque se asocian con la experiencia de comunicación y están asociadas a la propuesta de cambio del mensaje escrito.

Las características que deben reunir los gráficos son:

- Ser objetivos y sencillos
- Facilitar el entendimiento del mensaje
- Ser artísticos, fáciles de recordar
- Representar a su cultura y costumbres
- Ser atractivos
- No ser muchos

5.2.2.4. Validación y ensayos de la Guía Práctica

La validación de la guía es un proceso investigativo encaminado a conocer si los mensajes que en ella se incorporan para conseguir las nuevas prácticas de salud sexual y reproductiva son entendidos con facilidad por las usuarias y se potencian situaciones de práctica y de cambio.

En relación con la Guía Práctica, se validaron tres aspectos puntuales, claridad de los contenidos, apoyo de los gráficos al conocimiento del mensaje, aceptación del contenido.

Claridad de los contenidos, para validar este aspecto se evaluó

- La claridad del lenguaje, comprensión de los mensajes, ambigüedad de las explicaciones, identificación de lo que expresa cada contenido
- Identificación de cada uno de los conocimientos determinados en cada mensaje
- Neutralidad del mensaje
- Aspectos relacionados con el estilo, tamaño de la letra, títulos, colores, espacios entre un contenido y otro.

Apoyo de los **gráficos** al conocimiento del mensaje, para validar este aspecto se requiere evaluar si el gráfico:

- Es comprensivo, se relaciona con el método o el derecho que explica
- Es de fácil interpretación, las personas pueden decir en sus palabras lo que les sugiere el gráfico.
- Presentación, tiene colores llamativos, el tamaño es el adecuado
- Es necesario o puede entenderse sin ponerlo

Aceptación del **contenido**, se validó cual es la aceptación general a la guía y que se prevé a futuro con su utilización y lectura frecuente.

- Cual es el objetivo de la guía y por qué se piensa entregar a las mujeres y parejas que asisten al Centro de Salud de Mira.
- Indicar como apoyará a que las mujeres a que se empoderen de sus derechos y conozcan el método anticonceptivo que mejor responde a sus características personales y de acuerdo con su pareja.

Adaptación y ajuste

En base a los resultados de la validación de la guía realizada en talleres de trabajo con las mujeres que asisten a la consultas, se mejora de conformidad a los criterios de la validación.

Un aspecto muy importante a considerar es que la guía debe ser revisada de forma permanente de conformidad con los avances científicos y técnicos de la salud sexual y reproductiva y, especialmente de acuerdo a los cambios socio - económicos y culturales que tiene la población como resultado de los procesos educativos y de cambio de la sociedad.

5.3. OBJETIVOS

5.3.1. GENERAL

Diseñar una guía práctica de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como contribución para la prevención de embarazos no deseados, abortos, infecciones de transmisión sexual y que las mujeres puedan leerlo y aplicarlo de forma permanente.

5.3.1.1. ESPECÍFICO

Promover el empoderamiento de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos de las mujeres que asisten al Centro de Salud de Mira, para que tengan estrategias de acuerdos y sean apoyadas por su pareja en el logro de una salud sexual sana, responsable y gratificante.

5.4. FACTIBILIDAD

La factibilidad se refiere a la disponibilidad de los recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos o metas señalados, la factibilidad se apoya en 3 aspectos básicos: operativo, técnico y económico. El éxito de un proyecto factible está determinado por el grado de factibilidad que se presente en cada una de los tres aspectos anteriores.

En este contexto, el diseño de la guía práctica fue factible, así como la validación y aplicación con las mujeres que asisten al Centro de Salud de Mira

Factibilidad Técnica.

Se refiere a los recursos necesarios como herramientas, conocimientos, habilidades, experiencia, requeridas por el proyecto. Este material

educativo será de gran ayuda para las mujeres que acuden al CSM y también para la población Minera.

Factibilidad Económica.

Se refiere a los recursos económicos y financieros necesarios para desarrollar la guía, aspecto que fue factible con el financiamiento de la investigadora

Factibilidad Operativa.

Se refiere a todos aquellos recursos donde interviene algún tipo de actividad, depende de los talentos humanos que participan durante la operación del proyecto, este aspecto también fue factible por cuanto se contó con la disposición tanto del personal del CSM, como de las mujeres que asisten a la consulta.

5.5. UBICACIÓN FÍSICA

La guía se realizó en la ciudad de Mira, cantón de la provincia del Carchi, en el Centro de Salud de Mira.

Mira es uno de los seis Cantones que tiene la Provincia del Carchi, se encuentra ubicado al sur-oeste, cuenta con un clima de 15°C, la mayoría de sus habitantes se dedica a la agricultura, siembran maíz, cebada ,fréjol la mayoría de mujeres son artesanas, son muy devotos de la Virgen de la Caridad .

5.6. DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta esta elaborada de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Plan de Salud del Ministerio de Salud.

5.6.1. CARACTERIZACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL DESCONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS Y LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LAS MUJERES QUE ASISTEN AL CSM.

5.6.1.1. Definición del grupo objetivo

El grupo objetivo está constituido por las mujeres que asisten al CSM a realizar el control de su salud sexual y reproductiva.

Es una población conformada por mujeres comprendidas entre 18 y 45 años de edad, que están viviendo en mira o en los sectores aledaños a la ciudad.

1. Condiciones prevalentes de salud.

Las mujeres que acuden al CSM en su mayoría son de condiciones socio-económicas bajas, acuden principalmente al programa de Planificación familiar ya que el M.S.P. ofrece gratuitamente los insumos del programa. En el proceso de atención se han Diagnosticado muchas enfermedades prevalentes, cómo son Infecciones de Trasmisión sexual, embarazos no deseados, abortos en condiciones de riesgo, niños de bajo peso a nacer.

Además la mayoría de las mujeres no tienen un verdadero conocimiento de sus derechos reproductivos y el manejo adecuado de los métodos anticonceptivos lo cuál les convierte en un grupo vulnerable a todo lo referente a su salud sexual

2. Características de la comunidad

La mayoría de las mujeres que acuden al control de su fertilidad al C.S.M son de condiciones socio económicas bajas, lo cual las hace más vulnerable a todos los problemas relacionados principalmente con su salud, este problema se vuelve tangible al momento de hablar de sus derechos, pues muchas de las investigadas no tiene ni siquiera un conocimiento certero de su sexualidad, a estas mujeres se les ha cuartado el derecho a recibir una educación, la mayoría apenas han alcanzado a terminar la escuela lo cual demuestra que en la zona de estudio el aspecto cultural juega un papel muy importante y que a la mujer se le educa, solamente en el rol de progenitora y protectora de sus hijas/os y su familias.

La mayoría de mujeres encuestadas tienen conocimiento empírico de los anticonceptivos, conocen cuales son los anticonceptivos pero el 35% no sabe las contraindicaciones, uso, requerimiento, lo que demuestra que no tienen conocimientos científicos, debido principalmente a la falta de educación secundaria y universitaria, estos conocimientos adquiridos se transmiten de mujer a mujer y de generación en generación.

En lo que se refiere a los derechos sexuales y derechos reproductivos existe un desconocimiento del 68%, el 44% de las mujeres no saben lo que es la salud sexual y reproductiva y lo paradójico es que el 45% de las mujeres contestaron que sus derechos sexuales y reproductivos si se cumplen, este criterio evidencia que existe un sesgo en lo que es la salud sexual y reproductiva y que los conocimientos que tienen son erróneos, falsos, equivocados. Incompletos.

La mayoría de estas mujeres usan las píldoras anticonceptivas debido

a que el CSM, entrega gratuitamente a las usuarias cada mes. Las mujeres de la ciudad de Mira dejarían de tener problemas relacionados con su fertilidad, cuando puedan planificar con anticipación el momento de tener hijos/as, dar a luz con asistencia de personal capacitado, y tener acceso a tratamiento de alta calidad si surgen complicaciones.

En Mira, en la toma de decisión de los métodos para regular la fecundidad se pone de manifiesto las relaciones de poder pues el 48% de las mujeres encuestadas respondieron que quien decida sobre algún método anticonceptivo es prioritaria del hombre, debido principalmente al aspecto cultural y al machismo existente, en todo es el hombre el que manda y es el que decide. Las relaciones de poder entre los géneros, son un obstáculo para que las mujeres puedan ejercer este derecho, muchas mujeres deben subordinar estas decisiones a la voluntad de su esposo/ compañero y se ven obligadas a optar por el método que el esposo elija, por ello, muchas mujeres utilizan algún método secretamente

5.6.2. ELABORACIÓN DE LAS BASES TÉCNICAS DE LA GUÍA

Metas de la Guía

1. Lograr que el 100% de las mujeres que acuden al CSM, tengan conocimientos científicos de los métodos anticonceptivos y de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
2. Conseguir que el 100% de las mujeres que acuden al CSM, lea y aplique la guía práctica como un requisito indispensable en el mantenimiento y mejoramiento permanente de su salud sexual y reproductiva.

5.7. PLAN DE EJECUCIÓN

5.7.1. Actividades

1. Consulta bibliográfica
2. Elaboración de la propuesta en base a los resultados del diagnóstico y a los lineamientos del Ministerio de Salud Pública.
3. Lectura comentada con el personal del CSM
4. Conocimiento, sugerencias y recomendaciones de la tutora.
5. Aplicación piloto de la guía a una muestra de mujeres seleccionadas.
6. Validación de la guía en talleres realizados a grupos focales de mujeres que asisten a la consulta.
7. Ajuste y rediseño de la guía de acuerdo a los resultados de la validación

5.8. IMPACTO

Con el uso de la guía por parte de las mujeres que asisten al CSM, se prevé alcanzar los siguientes logros:

1. Disminuir el número de abortos, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual
2. Lograr que el 100% de mujeres utilicen el método anticonceptivo más adecuado a sus características individuales y en mutuo acuerdo con su pareja.
3. Mejorar el empoderamiento de las mujeres en la aplicación y defensa de sus derechos sexuales y derechos reproductivos
4. Incorporar de forma progresiva a los hombres en el mantenimiento y cuidado de la salud sexual y reproductiva de la pareja

5.9. EVALUACIÓN

La evaluación de la guía práctica se realizó aplicando la modalidad de talleres realizados a grupos focales de mujeres que participaron en la encuesta y entrevista, los resultados son los siguientes:

1. Se observa que en todas las mujeres que asisten a los talleres se realiza un cambio de comportamiento y actitud, frente a la salud sexual y reproductiva y frente a como ella influye en el mejoramiento de las relaciones de pareja y familiares
2. Todas las mujeres participantes identificaron con claridad los mensajes de la guía y aceptaron usarlo como un manual que apoye el mantenimiento de su salud sexual y reproductiva
3. Todas las mujeres expresan con sus palabras los mensajes tanto sobre los métodos anticonceptivos como sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos.
4. Las mujeres manifiestan que los gráficos les ayuda a recordar, pues no tiene mucha habilidad para la lectura
5. El 100% de las mujeres van a aplicar los conocimientos y además se comprometen a hacerle conocer a su pareja y a otras mujeres para que se hagan acreedoras de estos beneficios.
6. Las mujeres de más edad indican que les servirá para educar a sus hijas que ya están jovencitas

CONCLUSIONES DE LA PROPUESTA

La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida influenciada por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva; por lo tanto, la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorar el entorno de las personas.

Las mujeres reconocen que los conocimientos, procedimientos y actitudes adquiridas permanecerán con ellas y con sus parejas.

Las mujeres a medida que conocen sobre salud sexual y reproductiva cambian de manera integral y se observa que incorporan a su familia en el proceso.

Los testimonios sobre las ventajas de la guía son una motivación para continuar en la tarea de apoyar el mejoramiento de las condiciones de vida de las mujeres que son un grupo social menos favorecido.

Las mujeres aprecian el diccionario, consideran que es una ayuda para la lectura y su comprensión

La difusión realizada por las mujeres que asisten a los talleres sobre las bondades de la guía, logra que otras parejas y/o mujeres solas asistan a consultar sobre sus derechos, sexuales, sus derechos reproductivos y los métodos anticonceptivos.

RECOMENDACIONES DE LA PROPUESTA

Entregar a la Universidad Técnica del Norte un original de la Guía Práctica sobre derechos sexuales y reproductivos y métodos anticonceptivos.

Entregar a la Dirección Provincial de Salud de la provincia del Carchi, un original de la Guía Práctica

Fortalecer y capacitar a los profesionales de salud mediante capacitaciones y motivación para lograr credibilidad que requiere el programa y por los avances que se realizan de forma permanente, en estos temas.

Exigir el mejoramiento de las condiciones socio económico de las mujeres, los hombres, las familias y la comunidad del Carchi para que tengan accesos no solamente a una salud digna y con calidez sino que tengan accesos a la educación, viabilidad, al transporte y sobre todo a la tecnología.

Incorporar a otros profesionales de salud con la finalidad de contar con su apoyo y asesoría para que difundan la Guía y conseguir una verdadera difusión de la salud Sexual y Reproductiva en la Provincia del Carchi y principalmente en las mujeres que acuden a los Centros de Salud del Ministerio

Llevar un control estadístico anual de las pacientes de obstetricia y del control de la natalidad y verificar si se cumplen o no los programas impuestos por el Ministerio de Salud

Desarrollar talleres y conferencias en el Centro de Salud acerca de los Métodos anticonceptivos, los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

Organizar a las mujeres en edad reproductiva que asisten al Centro de Salud de Mira, capacitarlas en lo referente al programa para que ellas pasen la voz a las demás mujeres acerca de sus derechos.

GUÍA PRÁCTICA
DE EDUCACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES - REPRODUCTIVOS
Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
PARA EL CENTRO DE SALUD DE MIRA



AUTORA:

SANDRA CRUZ

NOVIEMBRE 2008

PRESENTACIÓN

La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva, se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos.

Un buen estado de salud sexual y reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la posibilidad de ejercer el derecho a procrear o no, la libertad para decidir el número y espaciamiento de los hijos, el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación que afecta la integridad y la salud.

Como resultado del trabajo de investigación realizado en el Centro de Salud de Mira, constituye una satisfacción entregar la Guía Práctica sobre derechos sexuales y reproductivos y métodos anticonceptivos para que su conocimiento cambie las prácticas de salud, así como permita exigir el derecho a recibir servicios adecuados y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción, independientemente del sexo, edad, etnia, clase, orientación sexual o estado civil de la persona, y teniendo en cuenta sus necesidades específicas de acuerdo con su ciclo vital.

Sandra Cruz

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS COMO DERECHOS HUMANOS

Los derechos sexuales y reproductivos están considerados como parte de los derechos humanos fundamentales, la concepción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos implica reconocer su carácter de universales, intransferibles e inalienables y la obligación del Estado de garantizar las condiciones para su pleno ejercicio.

Los derechos implican así un ejercicio de la autonomía en las decisiones acerca de la sexualidad, libres de coerción, discriminación y violencia. Establecen también la igualdad entre mujeres y hombres en los asuntos relacionados con las relaciones sexuales y la reproducción, incluyendo el absoluto respeto a la integralidad de la persona, el respeto mutuo, y el consentimiento y la distribución de las responsabilidades sobre el comportamiento sexual y sus consecuencias.

Concretamente los derechos sexuales y reproductivos se refieren a una maternidad segura, a la detección del cáncer cérvico -uterino, a la problemática de violencia familiar y sexual, a la reducción del embarazo adolescente y a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

En el Centro de Salud de Mira, los derechos, más allá de una buena información y divulgación, significan además un enorme trabajo sobre la cultura, es la aplicación de una nueva ética del amor que nos hace falta.

¿QUÉ SON LOS DERECHOS HUMANOS?

Son el conjunto de derechos que tiene toda persona sin importar su sexo, color de piel, edad, orientación sexual, religión, partido político etc.

CARACTERÍSTICAS DE LOS DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos se caracterizan por ser:

- **Derechos para todas y todos**, sin importar la condición de cada persona (su sexo, color, creencias, edad, entre otros.) Nuestra tarea consiste en respetar a todas las personas, así también nos respetarán a nosotros.

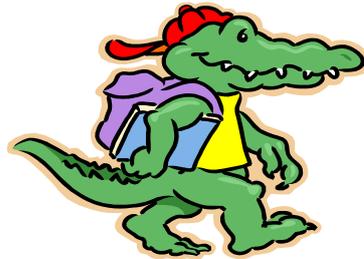


- **Los derechos no se pueden fraccionar los derechos**, defender unos y no otros.

Recuerde: **Todos los derechos tienen igual valor**



2. **Respetar los derechos humanos:** es decir no matar, no torturar, no censurar la libre expresión, no desalojar a las personas de su vivienda, no permitir la violencia.



3. **Garantizar los derechos humanos:** Todas/os los ciudadanos tenemos derecho a hacer respetar nuestros derechos y hacer que se respeten por parte de todas las personas.



Para conversar: Si el Estado es responsable de respetar y hacer respetar los derechos humanos, también en el hogar tenemos que enseñar a nuestras hijas e hijos el respeto a estos derechos

**¿CÓMO PODEMOS APORTAR LAS Y LOS CIUDADANOS A LA
VIGENCIA DE LOS DERECHOS HUMANOS?**



ORGANIZÁNDONOS

Recordar que **la unión hace la fuerza** y que debemos organizarnos y trabajar para tener ideas comunes, para obtener metas mas justas y lograr libertad y equidad.

Siempre soñemos para que nuestros sueños se vuelvan realidad para conseguir un mundo mejor y sin violencia.

“El soñar es el más humano de los derechos

Si no fuera por él

, Y por las aguas que nos da de beber

Los demás derechos morirían de sed”

Eduardo Galeano

¿QUÉ SON LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS?

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos y su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción.



DERECHOS SEXUALES



Los derechos sexuales: son parte de los derechos humanos e incluyen el derecho de toda persona a tener placer y a controlar su sexualidad satisfactoriamente y sin riesgos, decidiendo libre, informada y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, discriminación y la violencia. Asimismo incluye el derecho de

acceder a los servicios de salud que la protejan.

¿CUÁLES SON NUESTROS DERECHOS SEXUALES?



1. **El Derecho a la Libertad Sexual:** Es la expresión de la sexualidad de la forma como lo desee, como le haga sentir mejor, sin que nadie se aproveche, o trate de explotarle o abusar de usted.
2. **El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Sexual y Seguridad del Cuerpo Sexual:** Es la posibilidad de tomar decisiones autónomas sobre su vida sexual, en el contexto de su propia ética personal y social, incluye el control y el placer de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación o de violencia de cualquier tipo.
3. **El Derecho a la Privacidad Sexual:** Es el derecho a tomar decisiones individuales sobre sus comportamientos sexuales, disfrutando de todo aquello que le haga sentir bien, es importante tener en cuenta que estos comportamientos no deben interferir con los derechos sexuales de otros u otras.
4. **El Derecho a la Equidad Sexual:** Se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, orientación sexual e identidad de género.
5. **El Derecho al Placer Sexual:** Es el derecho a disfrutar del ejercicio de su sexualidad, incluyendo el autoerotismo.
6. **El Derecho a la Expresión Sexual Emocional:** Es el derecho a expresar nuestra sexualidad a través de la comunicación, el

contacto y el amor. La expresión sexual es más que el placer erótico de los actos sexuales.

7. **El Derecho a la Libre Asociación Sexual:** Significa la posibilidad de casarse, de divorciarse o de convivir.



¿CUÁLES SON NUESTROS DERECHOS REPRODUCTIVOS?

1. **El derecho a la vida:** derecho a la prevención, reducción de la mortalidad materna, la atención oportuna y científica durante el embarazo, parto, lactancia



2. **El derecho a la salud** comprende el derecho a la salud reproductiva y también ha dicho que entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear y con la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia.

No olvides que este derecho lleva implícito el derecho de la mujer y del hombre a obtener información y escoger los métodos

anticonceptivos de su elección

3. **El derecho a la libertad, seguridad e integridad personal** que incluye no ser sometida a tortura o tratos crueles, inhumanos y degradantes, el derecho a estar libre de violencia, en el sexo y en el género y el derecho a vivir libre de explotación sexual.

Para conversar:

En este caso se está protegiendo el derecho a no ser explotado/a sexualmente, a no ser traficado/a, a no ser violentado/a y a no ser torturado/a sexualmente.

4. **El derecho a decidir el número e intervalo de hijas/os.** Incluye el Derecho a la **Autonomía Reproductiva** y el derecho a realizar un plan de protección con asistencia médica u otra forma de salud.

Este derecho está directamente relacionado con el derecho a la vida de la mujer, también el derecho a decidir el número de hijas/os, está directamente relacionado con la capacidad decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales.

5. **El derecho a la intimidad** es otro derecho reproductivo que incluye el derecho de toda mujer a decidir libremente y sin injerencias arbitrarias sobre sus funciones reproductivas, es también un derecho de todo hombre.



El derecho a la intimidad también cubre el derecho a que el médico respete la confidencialidad de su paciente.

6. El derecho a la igualdad y a la no discriminación.

El derecho a la igualdad es uno de los pilares fundamentales de los derechos humanos, sin el derecho a la igualdad, los derechos humanos, casi no tendrían razón de ser, este derecho habla de que no se pueden hacer distinciones en el goce de los derechos.

- 8. El derecho al matrimonio y a tener una familia,** incluye el derecho de las mujeres a decidir en cuestiones relativas a su función reproductiva en igualdad y sin discriminación, el derecho a contraer o no matrimonio y el derecho a disolver el matrimonio y a tener capacidad y edad para dar el consentimiento para contraer matrimonio y fundar una familia.



Todavía en muchos países en este milenio, a las mujeres las obligan a casarse, son los papás los que deciden por ellas, todavía no se cumple el derecho en cuanto a las decisiones del número de hijas/os pues generalmente en el mundo las mujeres no tienen esa posibilidad de decidir.

9. El derecho al empleo. la protección a la maternidad, en un ambiente libre de acoso sexual, es el derecho a no ser discriminada, ni despedida por embarazo.



10. El derecho a la educación, que obviamente incluye el derecho a la educación sexual y reproductiva y el derecho a la no discriminación en el ejercicio y disfrute de este derecho. La educación de la sexualidad para todos es una obligación del Estado.

La educación y la información es un derecho que permite gozar de todos los derechos y que debe concebirse de manera que fortalezca el respeto por los derechos humanos,

11. Derecho a la información adecuada y oportuna, que se le dé particularmente a la persona que lo necesita y en el momento que lo necesita.



La necesidad de elaborar programas innovadores al que mujeres y hombres adultos tenga acceso a asesoramiento y servicios de salud reproductiva que informen sobre su obligación de compartir las responsabilidades de la planificación familiar.

12. El derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra las mujeres, este es un derecho no muy conocido, la mayoría de las

personas, dicen que es una obligación del Estado cambiar toda las tradiciones y costumbres que sean discriminatorias contra las mujeres.



Es hora de que todos los estereotipos que puede haber en los libros, en los periódicos, en los medios de comunicación sean analizados, el Estado está obligado a ir transformándolos poco a poco

13. El derecho a disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimentación da el derecho a disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana.

En este derecho debemos pensar por ejemplo, en cómo el Estado debe invertir en anticonceptivos seguros, qué sería una forma de proteger, respetar y garantizar este derecho.

Las **mujeres** tenemos el **derecho a elegir sobre nuestra vida** reproductiva, tener conocimientos de los métodos anticonceptivos, pedir información y educación sobre las infecciones de transmisión sexual.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

"No hemos de tolerar que no se nos deje saber aquello que podemos y debemos saber"



La planificación familiar es la decisión de la pareja, de decidir el número y espaciamiento de las hijas/os y a escoger el método anticonceptivo que mejor le convenga.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Características de los métodos para planificar la familia

- **No provocan daño.** El anticonceptivo usado por el hombre o mujer no debe producir daños.



- **Son seguros** Deben tener el menor índice de fracasos.- todavía no existe un método 100% seguro, debe ser analizado, evaluado y decidido en pareja y cada método debe ser explicado por el profesional satisfaciendo todas las inquietudes de la pareja.



- **Son fáciles de usar** Tienen indicaciones para cada caso
- **Están disponibles.** Están al alcance de todas las personas que deseen planificar su familia.
- **La reversibilidad.** Al dejar de usar el método elegido, la pareja puede recuperar la posibilidad de tener hijas/os, excepto en el caso de la vasectomía la ligadura de trompas.

CLASIFICACIÓN DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

MÉTODOS NATURALES

MÉTODO DEL RITMO O CALENDARIO

Es un método natural que consiste en cuidarse de tener relaciones sexuales durante el período fértil (cuando la mujer puede quedar embarazada) esto debe aconsejar el médico u obstetrix



Efectividad: De 100 parejas que utilizan, más o menos 20 quedan embarazadas

LACTANCIA MATERNA

Dar de mamar en forma exclusiva, por un máximo de 6 Meses o hasta que regrese la menstruación.

¿Cómo se usa?

Dar el seno cada vez que pide el niño/a, de día y de noche sin dejar que pase más de 4 horas durante el día y 6 durante la noche. No dar ningún otro líquido ni alimento .Dar solo leche materna



Efectividad: Es un método muy efectivo de 100 mujeres que lo usan, 2 se embarazan en los primeros 6 meses pos-parto

COITO INTERRUPTO O RETIRO DEL PENE

Consiste en la extracción del pene antes que se produzca la salida de semen en la vagina, de manera que el semen no se ponga en contacto con los genitales de la mujer.

Constituye un método de emergencia cuando no se dispone de otro método, requiere mucha motivación, es recomendable para los varones que tienen buen control de su eyaculación es importante recalcar que el adolescente por falta de experiencia en el control de la eyaculación constituye un riesgo.

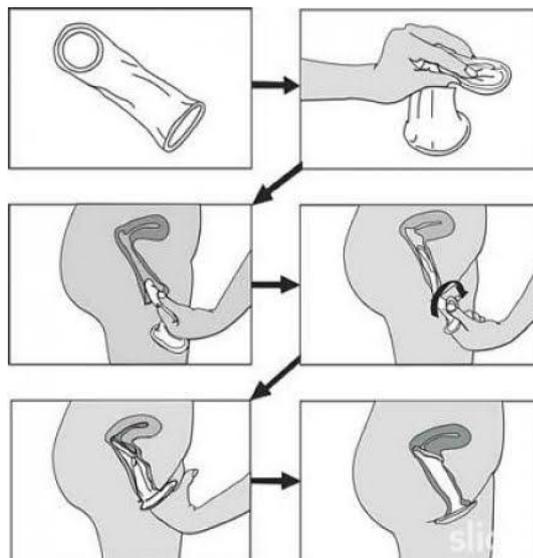
Interferir abiertamente con el desarrollo normal de la respuesta sexual en el coito. Crea ansiedad en ambos miembros de la pareja, lo que dificulta el orgasmo en la mujer, y acelera la eyaculación del compañero.

Efectividad: De 100 parejas que utilizan este método 18 mujeres se quedan embarazadas



METODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA

PRESERVATIVO FEMENINO



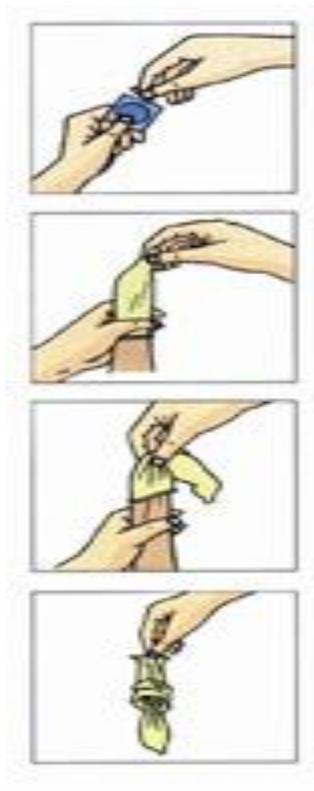
Su eficacia como método anticonceptivo es de un 80-90%

.Es un método de barrera alternativo al preservativo masculino, que como éste, se vende en las farmacias sin necesidad de receta y consiste en impedir el contacto del semen (donde se encuentran los espermatozoides) con el óvulo, evitando el embarazo.

El preservativo de la mujer es una funda fina de poliuretano que se ajusta a las paredes de la vagina. Además previene las enfermedades de transmisión sexual así como el virus de la inmunodeficiencia humana (V.I.H.).

Este método tiene dos anillos, uno interior que permite la colocación fácil dentro de la vagina y se retira luego de su uso

PRESERVATIVOS O CONDONES MASCULINO.



Son fundas finas de caucho, que sirven para cubrir el pene durante las relaciones sexuales, no permiten que los espermatozoides pase a la vagina ya que quedan dentro del condón.

Cómo se usa:

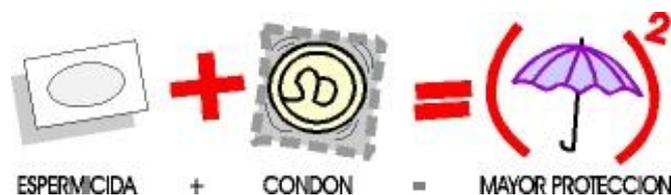
1. Abrir el sobre del condón con los dedos por la ranura del sobre (no

usar tijeras o dientes).

2. Colocar el condón cuando el pene está erecto (duro), antes de introducirlo en la vagina.
3. Al colocarlo, apretar la punta del condón para que no se llene de aire.
4. Desenrollarlo hasta el extremo.
5. Después de que el hombre termina, sujetar el condón por su base y retirar el pene de la vagina mientras está todavía duro
6. Amarrar el condón usado y botarlo en un lugar apropiado.

Efectividad: De 100 parejas que usan este método 12 quedan embarazadas, pero si se usa un espermicida además del condón, se tiene un método más efectivo

TABLETAS VAGINALES O ESPERMICIDAS



Es una pastilla grande que se coloca dentro de la vagina

Como previene el embarazo:

Contiene sustancias llamadas espermicidas que destruyen los espermatozoides o semillas del hombre.

¿Cómo se usan?

Debe ser introducida profundamente en la vaginal. Hay que esperar de

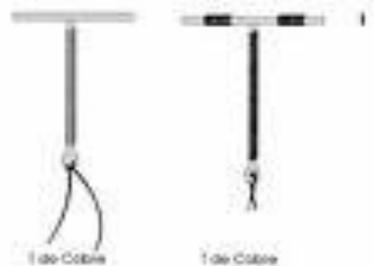
10 a 15 minutos antes de tener relaciones sexuales. Una vez en la vagina protege por una hora. Si pasa más de este tiempo o se tiene relaciones repetidas, hay que usar otra tableta.

También hay otros espermicidas:

- Espumas
- óvulos
- jaleas o cremas

Efectividad: Es menos efectiva que otros métodos, de 100 mujeres que la usan, más o menos 20 se embarazan.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS



La T de cobre es un pequeño objeto de plástico con alambre de cobre suave, que una persona capacitada coloca en el útero (matriz).Es efectivo por 5 años.

Cómo previene el embarazo: El cobre debilita o paraliza a los espermatozoides (semillas del hombre).Así evita la unión del óvulo (semilla de la mujer) con el espermatozoide.

Efectividad: Es uno de los métodos más efectivos, de cada 100 mujeres que lo usan, una se embaraza durante el primer año.

Puede aumentar el sangrado menstrual y los cólicos menstruales.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Los métodos anticonceptivos hormonales pueden ser **orales** o **inyectables, parches dérmicos e implantes.**

¿Cómo previenen el embarazo?

No permite que madure los óvulos o semillas de la mujer. También dificulta la entrada de los espermatozoides

ORALES (Píldoras)



Las píldoras contienen hormonas, que al ser tomadas diariamente impiden que la mujer resulte embarazada, debe tomarse cada día la misma hora, si descansa:

- Si es de 28 píldoras, empezar el otro paquete al día siguiente
- Si es de 21 píldoras, descansar 7 días y comenzar el siguiente

paquete.

Efectividad: De cada 100 mujeres que usan la píldora por un año, alrededor de 7 se embarazan (generalmente por olvidarse de tomar todos los días).

¿Qué hacer en caso de olvido?

- Si olvido tomar la píldora por UN DÍA, tomar dos al día siguiente
- Si olvido tomar la píldora por DOS Días, tomar 2 píldoras cada uno de los dos siguientes días y seguir con una píldora diaria normalmente Usar un método de barrera o abstenerse por 7 días
- Si olvida de tomar la píldora por TRES O MÁS DIAS puede quedar embarazada

Posibles molestias o efectos secundarios:

- Pequeños sangrados entre menstruaciones o retraso de la menstruación
- Náusea
- Dolor de cabeza
- Dolor o pesadez de los senos
- Aumento de peso
- Mancha en la cara o paños

nota: Estas molestias son probables en los primeros meses, luego desaparecen en pocos meses.

PILDORAS DE EMERGENCIA



Aún habiendo muchísima información sobre métodos anticonceptivos, se dan millones de casos de embarazos no deseados que terminan en aborto. ¿Cuántas veces ha pasado que nos gana la calentura y decimos ps “*chingue su madre*” sin pensar en las consecuencias que esto traería?

Si, es cierto, *se siente más rico sin condón*, pero la realidad es otra.

Hoy en día, es necesario ir, no a todos lados, pero sí a fiestas y a reuniones dónde sabemos que existe la posibilidad de que tendremos relaciones sexuales con una nena, protegidos y bien cargados con uno o dos condones. Pero creo que la responsabilidad no es sólo de nosotros los hombres, también nuestras queridas niñas pueden llevar uno, dos o tres condones...no es malo, no se dejen llevar por lo que llegasen a pensar: – “Uy...esta ya viene preparada” “Es bien p%&&a, traía condones” – No, es mejor llevarlos que a quedarse con ganas o bien hacerlo sin protección, y después no poder dormir.

Algo que apoyo es el uso de la **píldora de emergencia**, pero...¿Qué es la píldora de emergencia?

La **píldora de emergencia**, también es conocida como “**la píldora del día siguiente**”, es un método anticonceptivo de emergencia para usarse después de una relación sexual sin protección. Está compuesta de las mismas hormonas de las píldoras anticonceptivas (estrógeno y progestina), pero en mayores dosis.

¿Cómo funciona? Interviene antes de que se efectúe el embarazo, dependiendo del día del ciclo menstrual:

1. Si la relación sexual es antes de la ovulación, la píldora impide que el óvulo sea liberado del ovario, demorando la ovulación.
2. Si la relación sexual es durante o después de la ovulación, la píldora evita que el espermatozoide fecunde al óvulo.

¿Es abortiva? No es un método abortivo, pues no tiene la capacidad de interrumpir un embarazo. La píldora sólo actúa cuando el óvulo aún no ha sido fecundado.

¿En qué casos debe tomarse? Se recomienda tomar en tres casos: si tuviste relaciones sexuales sin protección, si falló o se rompió tu método anticonceptivo de barrera (condón o diafragma), o si hubo una violación. Debes llamar a tu ginecólogo en cuanto hayas tenido relaciones sexuales sin protección, pues cuanto antes tomes las píldoras de emergencia, mayores serán las probabilidades de prevenir un embarazo.

¿Cuánta eficacia tiene? Cuando es utilizada antes de las 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección, se tiene un 98% de seguridad de no quedar embarazada. La primera dosis se toma dentro de las primeras 72 horas, y la segunda se toma en las siguientes 12 horas. Sin embargo, la píldora no resulta eficaz si ya estás embarazada pues el óvulo fecundado ya se implantó en el útero, si tuviste relaciones sexuales sin protección hace más de 72 horas, si vomitas o tienes diarrea dos horas después de tomarla, si dejaste que pasara demasiado tiempo entre

ambas dosis, o si olvidaste tomar la segunda dosis.

¿Puede tomarla cualquier persona? Únicamente tu ginecólogo puede determinar si es segura en tu caso. No la puedes tomar si has tenido una hemorragia vaginal sin causa aparente, coágulos de sangre, o si eres alérgica a cualquiera de sus componentes.

¿Cuáles son sus efectos secundarios? Los efectos secundarios normalmente duran 24 horas y pueden ser: mareos, náuseas, vómitos, dolor de cabeza, retención de líquidos y sensibilidad en los senos. Es importante que tu médico te dé un antiemético para evitar que elimines la píldora. Es indispensable que recurras a tu ginecólogo si tienes síntomas como: dolor, enrojecimiento o inflamación en las piernas, extremidades adormecidas, dolores severos en el abdomen, problemas para respirar, visión borrosa o pérdida de la visión, debilidad, aturdimiento, sangrado irregular, o ausencia de menstruación después de 21 días de tomar la píldora.

INYECTABLES



Es una inyección que se pone la mujer cada mes, o cada 2 meses o cada 3 meses en la nalga.

¿Cómo previene el embarazo?

No permite que madure los óvulos o semillas de la mujer.

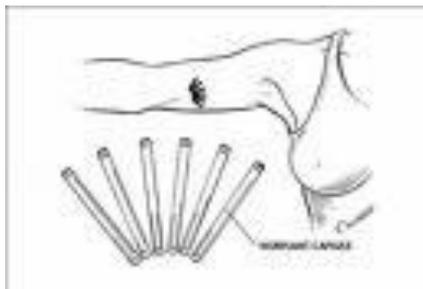
Efectividad: Es un método muy efectivo. De cada 100 mujeres que usan esta inyección por un año, como máximo una saldrá embarazada.

Posibles molestias o efectos secundarios:

- Pequeños sangrados entre menstruaciones
- Dolores de cabeza, que a menudo pasan y si duele mucho acudir a donde el Doctor.
- Náuseas, cambios en el peso
- Menstruaciones irregulares
- Aumento de peso, manchas en la cara o paños
- No debe ser usado por mujeres fumadoras.

nota: Estas molestias son probables en los primeros meses, luego desaparecen en pocos meses

IMPLANTES HORMONALES



Es un método anticonceptivo hormonal. Consiste en 6 tubitos de plástico SUAVES que se coloca bajo la piel del brazo, que contiene una hormona que impide el embarazo. Protege por 5 años y son colocados por una persona capacitada, el procedimiento se realiza con anestesia local en 10

minutos

Efectividad: Es uno de los métodos más efectivos .De cada 100 mujeres que lo usan por un año, máximo una saldrá embarazada.

Posibles molestias o efectos secundarios:

- Cambios en la menstruación
- Aumento de peso
- Dolor de cabeza
- nauseas, mareos, sangrado irregular.
- Métodos definitivos quirúrgicos

PARCHE CUTÁNEO



El parche cutáneo anticonceptivo es un parche adhesivo pequeño que se adhiere en la piel para evitar el embarazo. El parche cutáneo es un método anticonceptivo hormonal de aplicación semanal. El parche puede usarse en las nalgas, el pecho (excepto los senos), la parte superior de la espalda o el brazo, o el abdomen.

El parche libera estrógeno progestina constantemente a través de la piel y hacia el torrente sanguíneo. Como con otros métodos anticonceptivos hormonales, el parche evita la ovulación y altera el endometrio, que ayuda a evitar que el óvulo se adhiera al útero.

El parche cutáneo se usa en un ciclo de 4 semanas o 28 días. La mujer

usa el parche por una semana, un total de 3 semanas corridas. Durante la cuarta semana, no se usa el parche y ocurre el sangrado. Después de la cuarta semana, se aplica un parche nuevo y el ciclo comienza otra vez, independientemente de cuando haya comenzado o terminado el sangrado.

El parche se creó para usarse por una semana. No debe despegarse durante las actividades regulares como bañarse, hacer ejercicios o nadar.

Los efectos secundarios y los riesgos son:

- Irritación de la piel
- Sensibilidad en los senos
- Dolor de cabeza
- Náuseas
- Dolores menstruales
- Dolor abdominal

Por último...

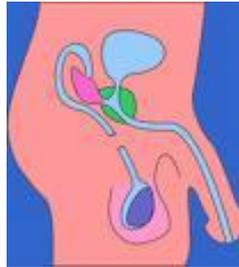
Los métodos anticonceptivos hormonales, como las inyecciones, los implantes y los parches son maneras eficaces de evitar el embarazo. Son convenientes, fáciles de usar y reversibles. Su médico le ayudará a decidir qué tipo de método mejor se ajustará mejor a sus necesidades y estilo de vida.

MÉTODOS DEFINITIVOS

VASECTOMÍA

Es un método permanente para hombres que no desean tener hijos nunca más. Es una pequeña operación en la que se amarran y cortan los

conductos deferentes, por donde pasan los espermatozoides (semillas del hombre) hacia el pene. Después de la operación el hombre sigue disfrutando de relaciones sexuales y funcionando normalmente.



¿Cómo se realiza?

La realiza personal capacitado, con anestesia local y no necesita hospitalización.

¿Cómo previene el embarazo?

Al amarrar y cortar los conductos, se impide la salida de los espermatozoides

Efectividad: Es un método sumamente efectivo. De 100 parejas con el hombre operado generalmente no habrá embarazo.

Posibles molestias o efectos secundarios:

Leve hinchazón y dolor después de la operación (usar un soporte y bolsa de hielo .Puede tomar acetaminofen o ibuprofén)

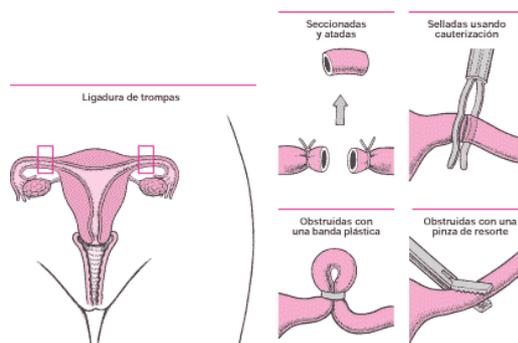
nota: El hombre sigue en capacidad de embarazar a su pareja por un

tiempo después de la operación. La pareja debe usar el preservativo 3 meses o 20 eyaculaciones

LIGADURA DE TROMPAS

Es un método permanente para mujeres y parejas que no desean tener hijos nunca más. Es una pequeña operación en la que se amarran y cortan los conductos por donde pasan los espermatozoides para unirse con los óvulos o semillas de la mujer.

Cómo se realiza



No necesita hospitalización pero la mujer debe tener un examen médico previo.

¿Cuándo se realiza la operación?

Se puede hacer en cualquier momento siempre que haya seguridad que la mujer no está embarazada.

RECUERDE: USTED Y SU PAREJA SON QUIENES DEBEN ELEGIR EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO QUE MEJOR LE CONVenga.

DICCIONARIO

Derecho: Conjunto de normas LEYES destinadas a la protección y defensa de la persona y de los fines que son propios de ésta.

Erección: proceso por el cual el pene, al llenarse de sangre, se agranda y endurece para poder penetrar

Espermatozoides: Son las células germinal masculinas, se producen en los testículos y salen en cada eyaculación.

Eyaculación: momento del orgasmo masculino en el que, por las contracciones, se despiden el semen hacia el exterior.

Hormona: Son sustancia que poseen los animales y los vegetales que regula procesos corporales tales como el crecimiento, el metabolismo, la reproducción y el funcionamiento de distintos órganos. Las hormonas son segregadas por glándulas.

Los conductos deferentes: son conductos que nacen en el vértice del testículos por donde viajan los espermatozoides.

Menstruación: Período del ciclo sexual femenino que se produce mensualmente desde la primera menstruación hasta la menopausia. Se manifiesta con un sangrado vaginal durante 3 a 7 días.

Métodos anticonceptivos: herramientas diversas, generalmente de aplicación en la mujer que impiden la fecundación. Pueden ser: Naturales: evitan el contacto de los genitales durante los días fértiles. (Ritmo, coito interrumpido). Químicos: sustancias espermicidas. Cremas, jaleas, óvulos. De barrera: evitan el contacto directo de los espermatozoides con el cuello del útero. Preservativo masculino y femenino. Diafragma. Esponja. Mecánicos: actúan en el útero impidiendo la nidación. Dispositivo intrauterino o espiral. Hormonales: regulan el ciclo menstrual femenino. Pastillas e inyección.

Óvulo: célula germinal femenina. Se encuentra alojada en los ovarios hasta su maduración.

Pene: órgano sexual masculino; alberga la uretra, por la que circulan tanto la orina como el semen. La micción sólo puede producirse mientras el pene se encuentra en el estado normal de flacidez.

Semen: fluido formado por secreciones de la próstata, las vesículas seminales y las glándulas de Cooper, junto con los espermatozoides producidos por los testículos. Se forma durante la excitación sexual y es eyaculado hacia el exterior durante el orgasmo masculino.

Trompa de Falopio: Son uno dos conductos presentes en las mujeres que se extiende desde los ovarios hasta la zona superior del útero. Se conocen también como oviductos. En la mujer, las trompas de Falopio tienen un grosor de unos 2 cm. y una longitud aproximada de 10 a 13 cm. Cuando el óvulo abandona el ovario, penetra en la trompa de Falopio generalmente aquí se produce la fecundación

Vasectomía: intervención quirúrgica que esteriliza al varón, al cortar los conductos deferentes por los que llegan los espermatozoides al exterior.

BIBLIOGRAFÍA

- ASOCIACIÓN SALUD CON PREVENCIÓN (1998) Sexualidad en la Adolescencia. Primer Seminario Colombiano. Bogotá, Colombia.
- BOTERO, J. y Otro (1994) Obstetricia y Ginecología Texto Integrado. Quinta Edición. Imprenta de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, 1.994.
- CERRUTI, S. y Otro. (1998) Sexualidad Humana: Aspectos para desarrollar docencia en educación sexual. OPS/OMS, Montevideo, Uruguay,
- CUAUHTÉMOC, C.(1997) Juventud en éxtasis 2. Curso definitivo sobre dignidad sexual. Ediciones Selectas Diamante. México, 1.
- DRUCKER, P. (1995) Gerencia para el futuro. Grupo Editorial Norma. México.
- FISHER, R. y Otro. (1999) El liderazgo lateral: Cómo dirigir cuando usted no es el jefe. Grupo Editorial Norma. Colombia.
- HESELBEIN, F y Otro (1999) El líder del futuro. Ediciones Deusto S.A. México.
- INNFA. (1997). El Gran libro de la sexualidad, Identidad Sexual, Editorial Edimpress, Quito Ecuador
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. (2000) Situación Demográfica del Ecuador para el año 2 000
- MSP. UNFPA (2000) Guía de capacitación en salud sexual y reproductiva para adolescentes, Dirección Nacional de promoción y atención integral de salud, Componente Nacional de Adolescentes. Quito Ecuador 2000.
- OPS/OMS (2000) Salud Sexual y reproductiva. Comunicación Social para la Salud N0 8 EUA.
- PERETTI M. (1998) La Educación Sexual, editorial Herder. Barcelona.
- RENE J. (1998) Sexualidad humana y relaciones personales, de planificación de la familia. Nueva York

ÍNDICE

Presentación	184
Derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos	185
¿Qué son los Derechos humanos?	
¿Características de los derechos humanos?	186
¿Quién es responsable del respeto y goce de los derechos humanos?	187
Qué son los Derechos Sexuales y reproductivos	190
¿Qué es Derechos Sexuales?..	191
¿Cuáles son nuestros Derechos Sexuales?	192
¿Cuáles son nuestros Derechos Reproductivos	
¿Qué es la salud sexual y reproductiva?	
Planificación familiar	197
Métodos anticonceptivos	
Clasificación de los métodos	
Métodos naturales	198
Método del ritmo o calendario	
Método de lactancia materna	
Método del coito interrumpido o retiro del pene	

Métodos de barrera	201
Preservativo Femenino	
Preservativo Masculino	
Tabletas vaginales o espermicidas	
Dispositivo intrauterino (T de cobre)	
Métodos hormonales	205
Orales o píldoras anticonceptivas	
Píldoras de Emergencia	
Inyectables	
Implantes (Norplant),	
Parches Cutaneos	
Métodos definitivos	212
Vasectomía	
Ligaduras de las trompas	
Diccionario	215
Bibliografía	216

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

La mayoría de las mujeres que acuden al control de su fertilidad al C.S.M, son de condiciones socio económicas bajas y se dedican a los quehaceres domésticos, a la mujer se le educa, solamente en el rol de progenitora y protectora de sus hijos y su familias, de acuerdo a lo que establece la cultura, lo cual les hace vulnerables a los problemas relacionados principalmente con su salud; a estas mujeres se les ha coartado el derecho a recibir una educación y profesionalización, la mayoría únicamente ha alcanzado la escuela, limitándoles el acceso e incorporación al mercado laboral; por ello, es utilizada en servicios personales: tejedoras, agricultoras, comerciantes informales, con exiguos ingresos que no le permiten satisfacer sus necesidades básicas.

La mayoría de mujeres encuestadas tienen conocimiento empírico de los anticonceptivos, conocen cuales son, pero el 35% no sabe las contraindicaciones, uso, efectividad, lo que demuestra que no tienen conocimientos científicos, debido a falta de información y a su baja escolarización, estos saberes adquiridos se transmiten de mujer a mujer y de generación en generación.

En lo que se refiere a los derechos sexuales y reproductivos, existe el desconocimiento en el 68% de las mujeres, el 44% no saben lo que es la salud sexual y reproductiva y resulta paradójico que el 45% de las mujeres, contestaron que sus derechos sexuales y reproductivos si se cumplen, infiriendo que existe una incongruencia entre lo que las mujeres conocen sobre los derechos sexuales y reproductivos y lo que ellas perciben en relación a su cumplimiento, no se puede exigir la aplicación de una ley si no se la conoce, siendo la falta de difusión la causa principal del desconocimiento.

En relación a los métodos anticonceptivos que utilizan las mujeres, el 23 % usan la píldora anticonceptivo, le sigue en frecuencia la T cu, la inyección hormonal y el preservativo, tiene relación con la entrega gratuita y disponibilidad de los métodos anticonceptivos por parte del MSP, algunas mujeres elijen estos métodos para que sus parejas no se den cuenta que están utilizando porque no les permiten hacerlo.

El 48% de las mujeres encuestadas respondieron que la elección del método anticonceptivo, está determinada por el hombre; en la toma de decisión para la elección del método anticonceptivo se pone de manifiesto las relaciones de poder, en función de aspectos económicos, sociales y culturales, el machismo existente establece que es el hombre el que manda y es el que decide.

Las relaciones de poder entre los géneros, son un obstáculo para que las mujeres puedan ejercer este derecho, están subordinadas a la voluntad de su esposo / compañero y se ven obligadas a optar por el método que él elija, algunas mujeres utilizan el método secretamente porque su pareja, decide que no utilice ninguno.

El mayor impacto en las usuarias del CSM, fue el conocimiento al recibir los talleres de educación de los derechos sexuales y reproductivos, las mujeres renovaron sus conocimientos, reconocieron que la salud sexual y reproductiva es parte de su vida, lo cual evidencia que una difusión de los derechos sexuales y reproductivos contribuyen a su cumplimiento y a fomentar la salud.

La validación de la propuesta de investigación, posibilitó que las mujeres que acuden al control de su fertilidad tengan un conocimiento de los métodos anticonceptivos y el empoderamiento sobre los derechos sexuales y reproductivos que les permita tener una vida sexual sana y

placentera, y no solamente ligada a tener hijos.

RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

El Estado debería mejorar las condiciones socio económico de mujeres, hombres, familias y comunidad del Carchi, para que tengan acceso no solamente a una salud digna, sino también a la educación, viabilidad, transporte y sobre todo a la tecnología.

Las bases fundamentales para fomentar la salud sexual y reproductiva, son la educación y brindar servicios de salud con calidad y calidez, para lograr este propósito se requiere la motivación y capacitación permanente y oportuna de los profesionales de salud.

Es muy importante incorporar a otros actores, como Dirección Provincial del Carchi, con la finalidad de ampliar la difusión de la Guía Práctica de Educación de los Derechos Sexuales y Reproductivos, para lograr que las mujeres que acuden a los Centros de Salud del Ministerio, conozcan sus derechos.

La reducción de embarazos no deseados, abortos, ITS las muertes de madres y recién nacidos/as, exige un compromiso a todo nivel: individual, familiar, comunitario, de las organizaciones de mujeres, de los prestadores de servicios de salud, de los gobiernos locales y de los responsables de la toma de decisiones en el ámbito nacional.

Deben promoverse políticas encaminadas a desarrollar proyectos interdisciplinarios, tomando como eje el trabajo comunitario del sector de salud, proponiéndose planes de acción que transformen los resultados en prevención y evaluar si se cumplen estos programas.

Debe continuarse realizando investigaciones en está temática, en mujeres

y hombres de la comunidad, en profesionales de la salud, para conocer la realidad de la salud sexual y reproductiva, y a partir del análisis, formular programas de prevención de violencia intrafamiliar.

Organizar a las mujeres en edad reproductiva que asisten al Centro de Salud de Mira, capacitarlas en lo referente al programa para que ellas pasen la voz a las demás mujeres acerca de sus derechos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADVOCATES /OPS (1998): Guía para abogar por la salud integral de los/as adolescentes. Con énfasis en salud sexual y reproductiva. Washington DC
- ACUÑA: Alonso, et. al.(1.996) Enciclopedia del Sexo y de la Educación Sexual, Tomo N° 4, Zamora Editores Ltda. AGUILERA AYALA, Fausto: Manual Gráfico de Epistemología y Diseño de Tesis,
- AGUILERA AYALA, (2002). Fausto: Manual Gráfico de Epistemología y Diseño de Tesis,
- ALVAREZ A. Sexo y cultura. Biblioteca Nueva, Madrid
- ÁLZATE H. Sexualidad humana. Editorial Temis S.A. Santa Fe de Bogotá. 1977
- ARELLANO, J (1988). Elementos de Investigación, La investigación a través de su Asociación Salud con Prevención: Sexualidad en la Adolescencia. Primer Seminario Colombiano. Bogotá, Colombia.
- AYALA MORA E. (1989) Nueva historia del Ecuador. Corporación Editora Nacional, Quito,
- BARRETO G,(1991) Mujer, Amor y Violencia, Editores Colombia.
- BARRIGA LOPEZ. F. (1984) Los mitos en la región andina. Ediciones IADAP. Instituto Andino de Artes Populares del convenio "Andrés Bello. Quito Ecuador.
- BATAILLE G. Breve historia del erotismo. Ediciones Caldén. Buenos Aires. 1976
- BLAZQUEZ F. (1997) Diccionario de las ciencias humanas. Editorial Verbo Divino. Navarra. 1997.
- BOTERO, J. y Otro (1994) Obstetricia y Ginecología Texto Integrado. Quinta Edición. Imprenta de la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.
- CASTILLO, J (1969) Álbum del Centenario de la Provincia de Tungurahua. Editorial Tungurahua, Ambato-Ecuador.
- CEPAL (2000): Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe. México.
- CEPAL (2000): *Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe*. México.
- CEPAL/ OIJ (2000): Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo del nuevo siglo. Santiago, Chile.

- CEPAL/ OIJ (2000): *Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo del nuevo siglo*. Santiago, Chile.
- CEPAR. (1999) Informe General ENDEMAIN. 1999.
- CERRUTI, S. y Otro (1992) *Sexualidad Humana: Aspectos para desarrollar docencia en educación sexual*. OPS/OMS, Montevideo, Uruguay, CÓDIGO DE LA SALUD Vol. III Mayo 10-1.971. Libro II. de la Epidemiología y de la Medicina Preventiva. Capítulo II de las Enfermedades Venéreas. Art. 75-76-77-78.
- CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, Belém do Pará, 1994
- CONVENCION SOBRE LA ELIMINACION DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACION CONTRA LA MUJER, 1979
- COOK, J.(1997) Los derechos humanos internacionales de la mujer: el camino a seguir" en *Derechos Humanos de la Mujer: perspectivas nacionales e internacionales*. Bogotá, Colombia, 1997
- CORREA, S at el (1994) "Reproductive and Sexual Rights: a Feminist Perspective"en *Population Policies Reconsidered. Health,Empowerment,and Rights*. International Women's Health Coalition, Harvard School of Public Health, Boston.
- DE CARVALHO. (1964) *Diccionario del Folklore Ecuatoriano*. De. Casa de la Cultura. 1964
- DECLARACION Y PROGRAMA DE ACCION DE LA CONFERENCIA MUNDIAL DE DERECHOS HUMANOS, Viena 1993
- DR. HOWARD W. et al (1991) *Tratado de Ginecología de Novak*. Décimo primera edición Interamericana Editorial McGraw-Hill Inc. Impreso en México.
- DRUCKER, P.(1995) *Gerencia para el futuro*. Grupo Editorial Norma. México..
- ECICLOPEDIA DE LA SEXUALIDAD (2000) Océano Grupo Editorial. S. A. Barcelona.
- ESIPP (1998): *Construyendo ciudadanía. Estrategias de seguimiento a los compromisos de El Cairo, Copenhagen y Beijing*. Buenos Aires.
- ESIPP (1998): *Construyendo ciudadanía. Estrategias de seguimiento a los compromisos de El Cairo, Copenhagen y Beijing*. Buenos Aires.

- ESTADISTICAS, Comisarías de la Mujer. CEPAM. Quito 1.998
- ESTADISTICAS, Comisarías de la Mujer. CEPAM. Quito 1.998
- ESTEVES, M.y Otro (1992) Tendencia secular del crecimiento y de la maduración. Panorama Médico. Quito
- ESTEVES, M y Otro (1992) Maduración física del adolescente. PCM Internacional, Progresos en Ciencias Médicas. Caracas.
- FACIO, A (2003) Cuando el Género Suena, Cambios Trae, Costa Rica, SF
- FACIO, A.(1997) Caminando hacia la Igualdad. Manual de Módulos. Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para la Prevención del Delito y el Tratamiento del Delincuente ILANUD, UNIFEM, San José, Costa Rica,
- FARRE: José, et al. (1.997) Enciclopedia de la Sexualidad Tomo Nº 4. Grupo Editorial Océano, Barcelona-España.
- FERNANDEZ DE C (1990), La otra historia de la sexualidad. Ediciones Martínez Roca, S.A. Barcelona
- FICHER S.(1978) Estudio sobre el orgasmo femenino. Ediciones Grijalbo S.A. Barcelona.
- FISHER H. (1987) El contrato sexual. La evolución de la conducta humana. Salvat Editores, S.A. Barcelona.
- FLORES R. (1995) Hacia una pedagogía del conocimiento. Editorial nomos S. A. Santa Fe de Bogotá.
- FNUAP (1996): Participación masculina en salud reproductiva, incluyendo planificación de la familia y salud sexual. New York
- FNUAP (1996): Participación masculina en salud reproductiva, incluyendo planificación de la familia y salud sexual. New York
- FOUCAULT M. (1996) Historia de la Sexualidad. 1- la voluntad de saber. Siglo XXI Editores. Madrid España.
- FOUCAULT. M. (1996) El uso de los Placeres. Sexta Edición en Español.
- FOUCAULT, M, (1992) Microfísica del Poder, Editorial, Piqueta, Madrid
- FRANCO S, P: (2000) Evaluación de la dimensión socio-emocional de la calidad de tención de servicios de salud. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. OPS/OMS.

- FRANCO S, Ceirano V, Pittman P: *Evaluación de la dimensión socio-emocional de la calidad de atención de servicios de salud*. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. OPS/OMS. Abril de 2000 (en prensa)
- FREUD, S (1986) *La vida sexual de los seres humanos*, Amorrortu. T. FREUD, S: *La vida sexual de los seres humanos*, Amorrortu. T. XVI
- GARY BISHOP H. (1980) *Orgasmo*. Edición en castellano México. "Orgasm" Edex. S.A.
- GONZÁLEZ, A. y Otro. (1996). *Sexualidad y Género Tomo II*,
- GRIJALVA J. (1997). *Datos básicos de la realidad nacional*. Corporación Editora Nacional. Quito. Tercera reimpresión
- HUBNER, A (2000): *Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: revisión bibliográfica, 1988-1998*. Washington: OPS. División de Promoción y Protección de la Salud. Programa de Salud del Adolescente / OMS/ FNUAP. Serie 1.
- JIMENEZ DE VEGA M. (1998) *La mujer en la Historia del Ecuador*. Comité de Cooperación con la comisión interamericana de mujeres. CECIM: Quito Ecuador.
- KAPLAN H. (1982) *Trastornos del deseo sexual*. Ediciones Grijalbo, S.A. Barcelona
- KLIKSBURG B (2000): *Diez falacias sobre los problemas sociales en América Latina*. Preparado para el V Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y Administración Pública. Santo Domingo.
- KODOLODNY R, MASTER W. JOHNSON V (1983) *Tratado de medicina sexual*. Salvat Editores, S.A. Barcelona.
- LADAS A., WHIPPLE B. PERRY J.,(1986) *El punto "G" y otros descubrimientos recientes sobre la sexualidad*. Ediciones Grijalbo S.A. Barcelona.
- LAMAS, M (1996) "El problema de la igualdad entre los sexos" en *Antología de la Sexualidad Humana*, Tomo III, CONAPO, México,
- LAMAS, M (1998) "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género" en *Para entender el concepto género*. Ediciones Abya-Yala, Quito
- LEON N (1987) *La primera alianza el matrimonio conyugal y violencia conyugal*. Nueva editorial de la Casa de la Cultura. Quito.

- LIBERTAD REPRODUCTIVA & DERECHOS HUMANOS 1997 "Derechos Reproductivos de las Mujeres" Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas, New York.
- MADDALENO, M., y Otros(1995) La Salud del Adolescente y del Joven. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 552,
- MSP (1994) Manual para control de E.T.S. Ministerio de Salud Pública del Ecuador
- MASTERS J. y Otro (1994) . La sexualidad humana. Grijalbo
- MCGRAW: HILL.(2000) Clínicas de Atención Primaria.
- MOSCOSO G, (1987) La sexualidad femenina en el Ecuador. Editorial el Conejo. Quito Ecuador.
- NIKKEN, 1990 Manual Internacional de Derechos Humanos. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Editorial Jurídica Venezolana, Caracas.
- PANTELIDES, E., Geldestein, R., Festa Domínguez, G (1995): *Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia*. Cuadernos del CENEP, 51, Buenos Aires.
- Plan de Acción de Québec (2001): III Cumbre de las Américas.
- TENORIO: Rodrigo. El Gran Libro de la Sexualidad.
- TOVAR E. (1997) Metodología de la investigación II. Santa Fe de Bogotá.
- VILLARRUEL, I (2000) Manual de Investigación Documental, Segunda Edición,
- VON PERFALL C. (1992)Diccionario práctico para el conocimiento sexual. Segunda edición. Ediciones 29, Madrid 1992.
- WEEKS J.(1983) El Malestar de la Sexualidad, Significados e Itos y Sexualidades Modernas
- WELLER S (2000): Salud reproductiva de los/as adolescentes. Argentina 1990-1998. CEDES, Buenos Aires.
- **Revistas**
- MUJERES Y CONSTITUCIÓN, Folleto Inredh SF.p. 1 – 6, Quito 1.998
- OMS. Departamento de Salud y Desarrollo del Niño y del Adolescente (2000): Qué ocurre con los muchachos? Una revisión bibliográfica sobre salud y el desarrollo de los muchachos adolescentes. Ginebra.
- OPS/OMS (2000): La salud en el proceso de las Cumbres Iberoamericanas. Oficina de Relaciones Externas.

- Organización Mundial de la Salud: Conclusiones de las discusiones sobre Juventud. 42ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1.989.
- Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, 1966
- PANTELIDES, E y Otros (1995): Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia. Cuadernos del CENEP, 51, Buenos Aires.
- TOVAR E. Metodología de la investigación I. Santa Fe de Bogotá, D.C. 1996-
- **INTERNET**
- http://geocities.com/caravana_social/
- http://www.cedib.org/pcedib/?module=displaysection§ion_id=197&format=html
- <http://www.mujereshoy.com/secciones/2027.shtml>
- <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=5203&SE=SN>
- <http://www.opinion.com.bo/PortalNota.html?CodNot=73576&CodSec=6>
- <http://www.laprensa.com.bo/20050416/politica/politica11.htm>
- <http://www.catolicasporelderechoadecidir.org/noticias-17.shtml>

ANEXO A

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE IBARRA

MAESTRIA EN EDUCACIÓN SEXUAL

ENCUESTA PILOTO PARA LAS PACIENTES QUE ACUDEN A REGULAR SU FECUNDIDAD AL CENTRO DE SALUD DE MIRA

OBJETIVO: Conocer el conocimiento que tienen acerca de los derechos sexuales reproductivos los métodos para regular su fecundidad, para el diseño de la Guía de Educación de los derechos sexuales y reproductivos.

INSTRUCCIONES: Esta es una encuesta confidencial, conteste al siguiente cuestionario de acuerdo a su criterio.

Edad.....

Ocupación.....

Estado Civil.....

Instrucción.....

1.- ¿Podría indicarme que es lo primero que le viene a la mente cuando menciona Métodos de Control de la Fertilidad?

.....
.....

.2.- ¿Qué sabe usted sobre los Métodos de Control de la Fertilidad por favor explique?

.....

3.- ¿Ha oído hablar sobre los Métodos de Control de la Fertilidad?

SI.....NO.....

Donde escucho:

En el Centro de salud.....En El barrio.....

Amigas.....Otros.....

4.- ¿Cuáles son los Métodos de Control de la Fertilidad que usted conoce numéreles?.....

.....
.....

5.-¿Los métodos de planificación familiar son buenos para la salud?

SI.....NO..... Por qué.....

6.- ¿Sabe en que casos no se puede utilizar Métodos de Control de la Fertilidad?

SI.....NO..... Por qué.....

7.- ¿Sabe usted cómo se utilizan los diferentes métodos para planificar su familia?

SI.....NO..... Por qué.....

8.-¿Qué entiende por salud sexual y reproductiva explique lo mejor que pueda?.....

.....
.....

9.- ¿Ha escuchado hablar sobre salud sexual y reproductiva?

SI.....NO.....

Donde escucho.

En el Centro de Salud.....En el barrio.....

Amigas.....TV.....Otros.....

10. ¿Sabe cuales son sus derechos sexuales y reproductivos?

SI.....NO.....

11.- ¿Cree que sus derechos sexuales y reproductivos se cumple?

SI.....NO..... Por qué.....

12.- ¿Cómo ha sido atendido en el centro de salud?

Excelente.....Bien.....Mal.....

Por qué.....

13.- ¿Cree usted que la información que usted da sobre su salud, sentimientos al personal de salud ha sido de confidencialidad?

SI.....NO..... Por qué.....

14.- ¿Alguna vez usted se ha sentido discriminado cuando ha recibido atención en el Centro de salud sea, por su religión, raza, estado civil, posición económica, etc.?

SI.....NO..... Por qué.....

15.- ¿Usted ha recibido una buena información oportuna y adecuada sobre los Métodos de Control de la Fertilidad, enfermedades de transmisión sexual y aspectos relacionados con su sexualidad y la reproducción?

SI.....NO..... Por qué.....

16.- ¿Quisiera usted que se difunda sus derechos sexuales y reproductivos por medio de:

Talleres.....Conferencias.....Hojas volantes..... Radio.....

otros

17.- ¿Usted esta dispuesta asistir a talleres o conferencias que se dicten en el Centro de salud? SI.....NO.....

Por qué.....

18.- ¿Le gustaría crear una organización de mujeres en el centro de salud?

SI.....NO.....Por qué.....

19.Sugerencias.....
.....
.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 2

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE IBARRA

MAESTRIA EN EDUCACIÓN SEXUAL

INSTRUCCIONES: Esta es una encuesta confidencial, conteste al siguiente cuestionario de a cuerdo a su criterio.

ENTREVISTA

Nombre _____ Edad. _____ Estado Civil-----

Instrucción: _____ Ocupación: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Menarquia.....IVSA.....Nro. Compañeros Sexuales.....

FUM.....G.....P.....A.....

C.....HV.....HM.....

PAPTES.....Esparcimiento íter genésico.....

Recibió atención en sus embarazos.....

Tuvo alguna complicación en sus Embarazos.....

¿Dónde fue atendida sus partos?.....

Fue atendida adecuadamente en sus embarazos, partos, en el CSM.

SI.....NO..... ¿Por qué?.....

HISTORIA ANTICONCEPTIVA

Ha recibido una información adecuada de los Métodos de Control de la Fertilidad. SI.....NO... ¿ Por qué?.....
.....

Uso previo de anticonceptivos:

Píldora.....Tiempo de uso..... ¿Por qué ya no utilizó?
.....

Inyectables..... Tiempo de uso..... ¿Por qué ya no utilizó?
.....

DIU.....Tiempo de uso..... ¿Por qué ya no utilizó?
.....

Otros.....

Se quedó embarazada utilizando algún anticonceptivo?
SI.....NO.....

Ha sido atendida adecuadamente en el servicio de planificación familiar
SI.....NO..... ¿Por qué?
.....

El mejor método de Planificación Familiar para una pareja es:

-El que escoge libremente la pareja previa información y orientación adecuada.

-El que aconseja el médico u obstetra como preferible ().

-El que decide adoptar la mujer en forma independiente. ()

-El que decide el varón con la mujer. ()

-El que decide solo el varón. ()

¿Quién ha escogido el método de planificación familiar anteriormente?

Esposo.....

Esposa.....

La pareja.....

El médico u obstetra.....

Vecina.....

Otros.....

Y ¿por qué?

.....

MÉTODO ANTICONCEPTIVO ACTUAL

Tiene una pareja actual..... Cuanto tiempo está con él..... Edad..... Ocupación..... VSA.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

ANEXO 3

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE IBARRA

MAESTRIA EN EDUCACIÓN SEXUAL

INSTRUCCIONES: Esta es una encuesta confidencial, conteste al siguiente cuestionario de acuerdo a su criterio.

Edad.....

Ocupación.....

Estado Civil.....

1 ¿HA ESCUCHADO HABLAR SOBRE LOS MÉTODOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD?

SI.....NO.....

2. ¿EN DÓNDE ESCUCHÓ USTED HABLAR SOBRE ELLOS?

Centro de Salud.....

Barrio.....

Amigas.....

TV.....

Otros.....

3. ¿QUÉ ENTIENDE USTED POR MÉTODOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD? POR FAVOR EXPLIQUE.

4. ¿CUÁLES SON LOS MÉTODOS QUE USTED CONOCE?
ENUMÉRELOS POR FAVOR.

5. ¿CREE USTED QUE LOS MPF SON BUENOS PARA LA SALUD?

SI.....NO.....

¿Por que?.....
.....

6. ¿SABE USTED EN QUÉ CASOS NO SE PUEDE UTILIZAR LOS MPF?

7.¿SABE USTED CÓMO SE UTILIZAN LOS DIFERENTES MÉTODOS
PARA PLANIFICAR SU FAMILIA?

SI.....NO.....

8. ¿HA ESCUCHADO USTED HABLAR SOBRE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA?

SI.....NO.....

9. ¿EN DONDE ESCUCHÓ USTED HABLAR SOBRE ESTE TEMA?

En el Centro de Salud-----
Barrio.....
.Amigas.....
TV-----
Otro.....

10. ¿QUÉ ENTIENDE USTED POR SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA? POR FAVOR EXPLIQUE.

.....
.....
.....

11. ¿HA ESCUCHADO USTED HABLAR SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS?

SI.....NO.....

12. ¿EN DÓNDE ESCUCHÓ HABLAR SOBRE ESTE TEMA?

En el Centro de Salud.....

Barrio.....

Amigas.....

TV.....

Otros.....

13. ¿QUÉ DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS CONOCE USTED? ENUMÉRELOS POR FAVOR.

.....
.....

14. ¿CREE USTED QUE SUS DERECHOS Y SEXUALES Y REPRODUCTIVOS SE CUMPLEN?

SI.....NO.....

¿Por qué?.....

CUANDO USTED HA ASISTIDO AL CENTRO DE SALUD ¿CÓMO HA SIDO ASISTIDO EN ÉL?

Muy bien.....

Regular.....

Mal.....

No responde.....

16. ¿CREE USTED QUE LA INFORMACIÓN QUE DA EN EL CENTRO DE SALUD ES DE COMPLETA CONFIDENCIALIDAD?

SI.....NO.....

¿Por que?.....

17. ¿ALGUNA VEZ HA SIDO DISCRIMINADA CUANDO HA IDO AL CENTRO DE SALUD EN BUSCA DE ATENCIÓN MÉDICA, POR SU RAZA, ESTADO CIVIL, RELIGIÓN, POSICIÓN ECONÓMICA, ETC.?

SI.....NO.....

¿Por que?.....

18. ¿HA RECIBIDO USTED BUENA INFORMACIÓN, OPORTUNA Y ADECUADA SOBRE LOS MÉTODOS DE CONTROL DE LA FERTILIDAD, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y

ASPECTOS RELACIONADOS CON SU SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN?

SI.....NO.....

¿Por que?.....

19. CREE USTED QUE SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DEBEN DIFUNDIRSE POR MEDIO DE:

Talleres.....

Conferencias.....

Hojas volantes.....

Radio.....

Otros.....

20. ¿ESTARÍA USTED DISPUESTA A ASISTIR A TALLERES O CONFERENCIAS QUE SE DICTEN EN EL CENTRO DE SALUD?

SI.....NO.....

¿Por que?.....

21. ¿LE GUSTARÍA A USTED FORMAR PARTE DE UNA ORGANIZACIÓN DE MUJERES EN EL CENTRO DE SALUD?

SI.....NO.....

¿Por que?.....

.....

22. ¿QUÉ SUGERENCIAS ME DARÍA USTED ACERCA DEL ESTUDIO QUE ESTOY REALIZANDO?

MUCHAS GRACIAS