

Artículo original

**Salud sexual y reproductiva de las mujeres de Rioverde
Sexual and reproductive health of women of Rioverde**

María Maribel Cortez Casierra
maribcortez@hotmail.com

Fundación Prevenir/Universidad Central del Ecuador. Ecuador
Octavio Alfonso Miranda Ruíz
decanomedicina@yahoo.com

Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES-Ambato). Ecuador
Raúl González Salas
rauljoelis68@gmail.com

Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES-Ambato). Ecuador
Iván Pimienta Concepción
dr.ivan.pimienta@gmail.com

Universidad Regional Autónoma de los Andes (UNIANDES-Ambato). Ecuador

RESUMEN

Con el objetivo de caracterizar la situación actual de la salud sexual y reproductiva de las mujeres del cantón Rioverde, se realizó una investigación descriptiva de corte transversal con un enfoque cuali-cuantitativo. Participaron mujeres de 7 grupos representativos de la diversidad poblacional pertenecientes a 6 parroquias de este cantón, con edades comprendidas entre 12 y 49 años, durante el mes de marzo 2015. Los temas abordados en la entrevista trataron sobre la clasificación de las mujeres según el trabajo que realizan, planificación familiar, fecundidad, control prenatal y embarazo, asistencia recibida durante el parto y postparto, cuidado infantil, violencia en la pareja, conocimientos, actitudes y prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y Tuberculosis. Se utilizó el programa SPSS v.15 para el análisis de los datos. El 19,7% de las mujeres eran jóvenes entre 20 a 24 años de edad. El 50,4 % de la población investigada se declaró en unión libre con predominio de las parroquias Lagarto, Montalvo y Rocafuerte. El 66 % eran amas de casa. Un 83,3 % era víctima de violencia psicológica. Del total de entrevistadas, un 45,5 % tenía conocimientos sobre las ETS. Ante las diversas manifestaciones de violencia familiar y elevado porcentaje de embarazos en adolescentes, se hace necesario la implementación de estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres de Rioverde.

PALABRAS CLAVE: Salud reproductiva; Embarazo; Salud sexual

ABSTRACT

In order to characterize the current situation of the sexual and reproductive health of the women of the canton Rioverde, a cross-sectional descriptive research was carried out with a qualitative-quantitative approach. Women from 7 representative groups of the population

Recibido: Abril 2017. **Aceptado:** Junio 2017
Universidad Regional Autónoma de los Andes UNIANDES

diversity belonging to 6 parishes of the canton Rioverde, aged between 12 and 49 years, period - January to April of 2016, participated. The topics discussed in the interview dealt with the classification of women according to Family planning, fertility, prenatal and pregnancy control, childbirth and postpartum care, child care, partner violence, knowledge of attitudes and practices on STDs and Tuberculosis. The SPSS v.15 program was used for data analysis. 19.7% of the women were young people between 20 and 24 years of age. 50.4% of the research population was declared in free union with predominance of the parishes Lagarto, Montalvo and Rocafuerte. 66% are housewives. 83.3% are victims of psychological violence. Of the total number of interviewees, 45.5% had knowledge about STDs. Given the various manifestations of family violence and high percentages of adolescent pregnancies, it is necessary to implement strategies to improve the sexual and reproductive health of Rioverde women.

KEYWORDS: Reproductive health; Pregnancy; Sexual health

INTRODUCCIÓN

Rioverde cuenta con una superficie total de 150.760 hectáreas, su población es de 26.869 habitantes, de las cuales, el 11.80% habita en el área urbana, considerando dentro de este criterio únicamente las 87.71 hectáreas pertenecientes a la cabecera cantonal con sus dos sectores, Rioverde y Palestina. En este cantón de la provincia Esmeraldas, la incidencia de la pobreza por necesidades básicas insatisfechas (NBI), según el Censo de Población y Vivienda del año 2010 ascendía al 97.7%; en el área urbana los pobres representaban el 89.9%, y la pobreza y exclusión en el área rural ascendía al 98.7% (SENPLADES, 2013). La casi totalidad de familias del cantón carecían de acceso a los servicios básicos de salud, educación, agua potable y saneamiento, con lo cual la situación de salud en general y de las mujeres en particular era muy deficiente, lo que ha incidido en los cuadros de pobreza y marginación que enfrentaban hasta esos años.

Para enfrentar esta situación, la Constitución Política de la República garantiza la salud como un derecho, y el Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017 establece que la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), constituye la base de la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (Malo, 2014).

Este mandato significó una reorientación de los programas de atención hacia un modelo que fortalece la promoción y la prevención, para su implementación el Ministerio de Salud, como rector de la política, diseñó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), con enfoque familiar, comunitario e intercultural (FCI). El MAIS-FCI se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales, y pone en el centro de su accionar la garantía del derecho a la salud de las personas, las familias y la comunidad. Desde este enfoque, se organizan las distintas modalidades y contenidos en la prestación de servicios integrales, la articulación intersectorial y la participación ciudadana (SENPLADES, 2015).

El MAIS es una herramienta para lograr la participación de las comunidades, que sirve para “conocer mejor la realidad en la que vivimos para poder transformarla”. Concibe a la comunidad como un conjunto de personas que comparten un interés o un problema común y no solamente como un lugar delimitado geográficamente y demográficamente, por lo general aislado, deprimido y exótico (Giovannella et al., 2015).

La Atención Primaria de Salud ha sido renovada mediante la participación social en la implementación del MAIS-FCI porque está fuertemente ligada a los procesos de organización que se construyan, desde las necesidades y demandas más sentidas de las mujeres y hombres de cada región (Naranjo, 2014). Propone generar espacios democráticos, deliberativos y asociativos de poder ciudadano, para generar a corto y mediano plazo procesos de transformación en el ámbito de la salud y la calidad de vida (Constitución de la República del Ecuador, 2008). El modelo persigue generar mecanismos que contribuyan a que las personas y las organizaciones sociales locales, tengan el control de los determinantes de la salud, a través de procesos de información, educación permanente, y activa participación ciudadana para el pleno ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud (MSP, 2012).

El objetivo del presente trabajo consistió en analizar la situación actual de la salud sexual y reproductiva de las mujeres entre los 12 y 49 años de edad del cantón Rioverde, mediante información cualitativa relevante, que permita contextualizar los resultados de la información cuantitativa obtenida con las entrevistas sobre conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud.

MÉTODOS

Se realizó una investigación descriptiva, de corte transversal, con un enfoque cuali-cuantitativo. El universo de estudio estuvo integrado por 7 grupos representativos de la diversidad poblacional de 6 parroquias del cantón Rioverde seleccionadas para la investigación: Chontaduro, Chumundé, Lagarto, Montalvo, Rocafuerte y la Cabecera Cantonal, tomándose una muestra de un total de 81 participantes, 77 mujeres y 4 hombres.

Como técnica se utilizó la entrevista y se desarrolló para ello una guía estructurada con el objetivo de profundizar en temas relacionados a la salud sexual y reproductiva: estado civil o conyugal, clasificación de las mujeres según el trabajo que realizan, planificación familiar, fecundidad, control prenatal y embarazo, asistencia recibida durante el parto y postparto, cuidado infantil, violencia en la pareja y conocimientos, actitudes y prácticas sobre Enfermedades de Transmisión Sexual y Tuberculosis (ETS). El periodo de estudio fue el mes de marzo del 2015, y se tuvo como criterio de inclusión mujeres entre 12 y 49 años de edad, residentes en el cantón Rioverde, se excluyeron las mujeres menores o mayores al periodo de edad mencionado y las no residentes en el área objeto de la investigación. La información recolectada se procesó utilizando el programa estadístico SPSS v.15 en

español. Los indicadores calculados para darle salida al objetivo propuesto fueron números absolutos y porcentajes. La información se presentó en tablas.

RESULTADOS

Grupos de edad	Ciudad o Parroquia rural						
	Cabecera Cantonal	Chontaduro	Chumundé	Lagarto	Montalvo	Rocafuerte	Total
	n=70	n=45	n=45	n=75	n=55	n=75	n=365
< de 15	7,1	2,2	11,1	9,3	9,1	16,0	9,6
15 a 19	14,3	26,7	11,1	9,3	10,9	17,3	14,5
20 a 24	21,4	20,0	20,0	21,3	16,4	18,7	19,7
25 a 29	14,3	8,9	13,3	20,0	16,4	14,7	15,1
30 a 34	17,1	15,6	8,9	12,0	23,6	14,7	15,3
35 a 39	8,6	4,4	11,1	10,7	7,3	6,7	8,2
40 a 44	14,3	15,6	8,9	8,0	10,9	4,0	9,9
45 a 49	2,9	6,7	15,6	9,3	5,5	8,0	7,7
Total	100	100	100	100	100	100	100
Promedio	28,2	28,0	29,3	28,5	28,6	25,7	27,9
σ (1)	9,5	10,2	11,6	10,0	9,9	10,1	10,2

Tabla 1. Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas en grupos de edad, por ciudad o parroquia rural

Fuente: entrevistas a las mujeres de Rioverde

(1) Signo de la desviación estándar

En la tabla 1, se observa la estructura por edad de las mujeres de la muestra para cada parroquia, donde existe un predominio de mujeres en las edades comprendidas entre 20 – 24 años.

Estado civil	Ciudad o Parroquia rural						
	Cabecera Cantonal	Chontaduro	Chumunde	Lagarto	Montalvo	Rocafuerte	Total
	n=70	n=45	n=45	n=75	n=55	n=75	n=365
Soltera	28,6	24,4	26,7	40,0	47,3	54,7	38,4
Casada	8,6	8,9	20,0	1,3	5,5	2,7	6,8
Divorciada	1,4						0,3
Separada	2,9	6,7		5,3	3,6		3,0
Viuda						1,3	0,3
Unión libre	57,1	57,8	53,3	53,3	43,6	40,0	50,4
No responde	1,4	2,2				1,3	0,8
Total	100	100	100	100	100	100	100

Tabla 2. Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según estado civil o conyugal actual, por ciudad o parroquia rural

Fuente: entrevistas a las mujeres de Rioverde

Recibido: Abril 2017. **Aceptado:** Junio 2017

Universidad Regional Autónoma de los Andes UNIANDES

En la tabla 2, se observa que el estado civil declarado por las mujeres entrevistadas en Rioverde varía según las parroquias, sin embargo, en todas existe una alta proporción de mujeres que se declaran solteras y en unión libre.

Ocupación	Ciudad o Parroquia rural						
	Cabecera Cantonal	Chontaduro	Chumundé	Lagarto	Montalvo	Rocafuerte	Total
	n=70	n=45	n=45	n=75	n=55	n=75	n=365
Ama de casa	67,1	84,4	68,9	66,7	65,5	52,0	66,0
Agricultora por cuenta propia	1,4					1,3	0,5
Empleada doméstica				1,3			0,3
Empleada o trabaja en sector público	4,3		2,2	1,3		1,3	1,6
Comerciante	4,3		13,3	4,0	12,7	2,7	5,8
Empleada privada					1,8	1,3	0,5
Estudiante	14,3	15,6	15,6	18,7	18,2	38,7	21,1
Otra	8,6			6,7	1,8	2,7	3,8
No responde				1,3			0,3
Total	100	100	100	100	100	100	100

Tabla 3. Distribución porcentual de las mujeres entrevistadas según su trabajo o dedicación por ciudad o parroquia rural

Fuente: entrevistas a las mujeres de Rioverde

En la tabla 3 se muestra la distribución porcentual de las mujeres según el trabajo que realizan, donde se destacan las amas de casa y una cifra considerablemente menor que labora en el sector público.

Planificación familiar

Según las entrevistas realizadas, la casi totalidad de las mujeres en Rioverde tienen conocimiento de los métodos anticonceptivos. Los métodos más conocidos y difundidos son los métodos modernos, así, el 90% conoce la inyección anticonceptiva, el 88% la píldora anticonceptiva, el 87% el condón o preservativo, el 79% la esterilización femenina o ligadura, el 75% el implante y el 69% el Dispositivo Intrauterino (DIU) o T de cobre. Los métodos menos conocidos son los llamados métodos tradicionales como el método del ritmo, el de retiro, el de la temperatura basal o el de la lactancia materna.

Fecundidad

El 78,4% de las mujeres de Rioverde han estado alguna vez embarazadas y las restantes, sobre todo jóvenes, esperan quedar embarazadas para tener hijos. Según el estudio cuantitativo, el índice más alto de mujeres que han tenido embarazos está en la parroquia Chontaduro con un 86.7% seguido de la cabecera cantonal con 82.9%. En las encuestas

se registra que a partir de los 24 años se cuenta con altos porcentajes de mujeres que han tenido embarazos (87.5%).

El promedio de embarazos de las mujeres en este cantón es de 3.7, más alto que a nivel nacional. El promedio de embarazos por mujer supera los cinco embarazos, cuando las mujeres pasan de los 35 años. En los grupos focales se encontró que todas las mujeres de edades superiores a 40 años han tenido entre 7 y más de 14 embarazos (una mujer en Chontaduro tiene 14 hijos vivos).

En el estudio cuantitativo se registró la pérdida de embarazos de las mujeres encuestadas; el dato más relevante es el alto porcentaje de pérdida de embarazos entre las mujeres de menos de 20 años (50% de las de menos de 15 años y 34.3% de las que están entre los 15 a 19 años). También se encontró en las narraciones de las mujeres en los grupos focales, que los embarazos de mujeres con muchos hijos o en caso de adolescentes, en ocasiones, son suspendidos con prácticas caseras usadas en la localidad.

El embarazo: prácticas y servicios de atención

El control prenatal alcanza al 97% de las madres gestantes del área del proyecto, según las entrevistas a las mujeres que dieron a luz y el 100% de las embarazadas, acuden a las unidades de salud del Ministerio para realizar los controles prenatales.

También, el 70% de las mujeres dicen acudir a las unidades del Ministerio de Salud Pública para recibir la atención médica y consejos sobre las señales de peligro durante el embarazo, el 73.4% de las mujeres expresan que les dan consejos de cómo prepararse para el parto y el 93.8% manifiestan que reciben la vacuna contra el tétanos, enfermedad frecuente en la zona.

La atención durante el parto

El 84.8% de las mujeres acuden a los hospitales de la provincia de Esmeraldas y centros de salud del Ministerio de Salud en Borbón o Rioverde; el 12.1% lo hacen en la casa, casi siempre acompañadas de parteras; y sólo el 3% lo hacen en centros privados.

En los grupos focales, se solicitó a las asistentes analizar críticamente la calidad y satisfacción de los servicios que reciben en las instituciones públicas. Pocas mujeres están totalmente satisfechas con el servicio recibido, en tanto que la mayoría habían experimentado maltrato. Otra serie de observaciones se refieren a los turnos y horarios de atención, porque no contemplan la urgencia requerida por las mujeres al momento del parto, ni las distancias entre los hogares y las instituciones de salud.

También hay problemas por la escasez de doctores, ya que cuando tienen que salir a las visitas en las comunidades, no hay quien atienda en las unidades de salud, entonces deben ir a buscar atención en los centros de salud de Borbón o de Esmeraldas.

La atención postparto

El 46.2% de las mujeres recibió consejería en los primeros 4 días después del parto, el 39.8% recibió alguna atención hasta el primer mes, y el 14% no recibió ninguna consejería, según el estudio cuantitativo. Las mujeres en los grupos focales piensan que el control prenatal que reciben las madres gestantes no es seguido después del parto por un control adecuado, que responda a sus necesidades luego del parto.

La atención infantil

La práctica más importante para el desarrollo de los niños es la lactancia materna. En el estudio cuantitativo, las mujeres encuestadas señalan que el 63% inicia la lactancia en la primera hora después del parto. Las mujeres aceptan que la lactancia materna es la mejor forma de criar a sus hijos, por lo que no se detectó resistencias hacia esta práctica. Otros aspectos relativos al cuidado infantil, están relacionados con que, el 66.2% de los niños ha recibido alguna dosis de vitamina A; el 95.4% de los niños tienen su carné de salud en el que se registran las vacunas que son provistas en las unidades de salud.

En cuanto a la morbilidad infantil, se identificó que las enfermedades más comunes entre los niños menores de dos años del área cantonal son las diarreas, las enfermedades respiratorias (tos, gripe, bronquitis) y las infecciones, las mismas que demandan servicios adecuados en las unidades de salud. Sin embargo, las mujeres comentan que tienen problemas por la falta de médicos pediatras en forma permanente en las unidades de salud, por los horarios de atención, y por la falta de medicinas.

Violencia contra las mujeres

La violencia contra las mujeres se mantiene como un tema oculto, escondido, privado, que no debe ser hablado fuera de la casa. Esta es la razón por la que apenas el 9% de las mujeres encuestadas reconoce que existe violencia en su hogar.

La violencia psicológica es la forma más común de agresión contra las mujeres, con un 83.3% según la encuesta. Los gritos, los insultos, los reclamos, los silencios, son las prácticas violentas y cotidianas en las relaciones intrafamiliares.

Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS/VIH/SIDA) y tuberculosis

Según la encuesta, las enfermedades de transmisión sexual conocidas por las mujeres de Rioverde son: el VIH/SIDA (45.5%), la gonorrea (28.2%), la sífilis (15.6%) y el virus del papiloma humano (9%). Así mismo, más del 80% de las mujeres han oído hablar de la tuberculosis.

DISCUSIÓN

El análisis cualitativo de las variables definidas en las entrevistas sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres de Rioverde permitió identificar que existen variaciones entre los grupos de

edades, fluctuaciones que ocurren debido al bajo número de participantes en la entrevista por cada parroquia.

La organización más representativa de las mujeres de Rioverde es la Red de Mujeres por los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSRC), creada en el año 2003, la misma que ha venido realizando un trabajo de organización de las mujeres en las distintas parroquias y recintos del cantón, para elevar la conciencia de sus compañeras sobre estos derechos. También están integradas en los comités de salud que se promueven con la aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI) en este cantón (MSP, 2012).

En los últimos años se ha observado un aumento de la unión libre, Rioverde no está ajeno a esta problemática, existiendo un menor índice de divorcios. Sin embargo, las estadísticas publicadas por el INEC (2011) en Ecuador en 9 años, muestran que la cantidad de divorcios se ha incrementado en un 87.73%. Esta situación señala la importancia de trabajar con las mujeres en los temas de salud sexual y salud reproductiva, porque son ellas las que reclaman tener el control de su cuerpo, a contar con información adecuada sobre los métodos de control de la natalidad, a decidir sobre su capacidad de tener hijos y cuántos y cuándo tenerlos.

El hecho de que se observa un predominio de las amas de casa, otras que trabajen en la agricultura, específicamente en la pesca y negocios para venta de ropa y alimentos en la parroquia de Chontaduro, pudiera estar relacionado con la distancia que las separa del centro cantonal, además no cuentan con vías de comunicación a la mayor parte de las comunidades, por lo que existen escasas oportunidades para lograr empleos remunerados. Se coincide con Gayoso et al., (2015) quienes observaron un descenso progresivo y sostenido en la población laboral femenina al aplicar una encuesta de carácter nacional en España donde incluyeron trabajadores activos a partir de los 16 años hasta los 54 años de edad.

El análisis realizado sobre la problemática alrededor de la planificación familiar en el cantón Rioverde muestra que su eficacia no depende sólo del conocimiento de la existencia de diversos métodos de planificación, ni siquiera del acceso generalizado y gratuito de dichos métodos, realidad directamente relacionada con la inequidad entre mujeres y hombres en la unidad familiar y también a la calidad de la información que se les brinda por parte de las instituciones de salud, que según expresan es limitada e incompleta. Esto requiere cambios socioeconómicos y culturales que permitan relaciones igualitarias entre hombres y mujeres, para lograr decisiones libres, consensuadas y bien informadas. Similares criterios plantean Vázquez et al., (2016) al referir la falta de acceso a una preparación educativa y la falta de derechos económicos, entre otros.

Otras mujeres sin embargo, se someten a las exigencias de los hombres por su condición discriminada en la relación de pareja y dejan de usar los métodos, aspecto que coincide

con estudios realizados en España (Mackinon, 1989). En la presente investigación, muchas mujeres que habían usado algún método anticonceptivo, dejaron de usarlos; unas porque están sin pareja y otras por la exigencia de la pareja, en un contexto de relaciones inequitativas, en las que el control y la autoridad en la relación familiar está en poder del hombre y se ejerce sobre el cuerpo de las mujeres.

Hay un escaso conocimiento sobre los métodos de planificación para los hombres o tienen conocimientos errados. La vasectomía y otros métodos son mencionados con recelo por los mitos a su alrededor. Sin embargo, Larranaga et al., (2014) expresan a partir de encuestas realizadas en España que la población manifiesta tener conocimientos acerca de estas formas de planificación familiar (hombres: 88.4%; mujeres: 83.4%) y la mayoría considera que tiene buena o muy buena información sobre sexualidad.

La actividad sexual de las mujeres en Rioverde se inicia entre los 11 y los 12 años, por lo que muchas adolescentes ya tienen embarazos, la mayor parte no deseados, generalmente por la falta de respaldo de las parejas/padres, por falta de información adecuada, por la ausencia de proyectos de vida y sobre todo, por violencia sexual y relaciones sexuales no consentidas. Muchos de los embarazos de niñas se atribuyen a violaciones (Consejo Nacional de Salud, 2006).

En el aspecto de la fecundidad se observó una diferencia entre el número de embarazos y el promedio de los hijos nacidos vivos, igual se registra en las diferentes parroquias. Esta diferencia parece ser explicada en parte por las prácticas de interrupción de los embarazos, la mayor parte, informales, clandestinos e inseguros para la vida de cada una de ellas, problemas que en la esfera reproductiva manifiestan muchas mujeres en países del tercer mundo (OPS, 2007).

En cuanto al control prenatal se ha obtenido un incremento, quiere decir que se ha logrado un importante crecimiento de la cobertura de los servicios de salud del Estado, pero sobre todo, por una mayor conciencia de las madres por cuidar su salud y la salud del hijo. Criterio coincidente con el expresado por Cáceres (2016) al referir que el control prenatal es la estrategia recomendada para detectar tempranamente riesgos del embarazo, instaurar el manejo adecuado, prevenir complicaciones y preparar a la gestante para el parto y la crianza.

Es importante también reconocer que, el incremento en la realización de controles durante el embarazo obedece a políticas del Ministerio de Salud Pública asociado a la vacunación, a los suplementos de hierro que reciben y a la entrega del Bono de Desarrollo Humano (BDH), que continúan recibiendo siempre y cuando asistan a los estudios y sea supervisada su salud.

En estas condiciones, es importante señalar que las mujeres inician los controles en forma generalizada, a partir del tercer mes de gestación, lo que coincide con Duran *et al.*, (2007) quienes plantean la idea de realizar controles periódicos de salud y la implementación de un Programa Nacional de Alimentación Complementaria en diversas zonas de Chile. Estos controles se realizan hasta el final del embarazo, con un promedio de 6 controles por embarazo. Según las mujeres asistentes a los grupos focales, el alto índice de controles obedece también a la efectividad de las visitas domiciliarias realizadas por los equipos de salud, que llegan hasta los hogares de las mujeres para el control del embarazo.

En los grupos focales también se detectó que la mayor parte de las mujeres asistentes mantienen controles a través de las “Parteras” de la comunidad, porque les tienen más confianza, porque están en la comunidad y porque no tienen que trasladarse a otra ciudad. Las Parteras les acompañan durante el embarazo y les atienden en caso de presentarse algún problema sencillo, porque en casos más complicados van a la unidad de salud.

Según establece el MSP (2012), la atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. Al evaluar la atención durante el parto de las mujeres que participaron en el presente estudio se observa que inciden dos aspectos: labor de parto prolongada, por hemorragias y cuando el bebé está en una posición incorrecta; otras causas registradas en los servicios de salud son menos significativas.

Las mujeres de las comunidades rurales y alejadas de Rioverde, donde no han tenido acceso a una información adecuada, ni a capacitación y sensibilización sobre sus derechos sexuales y reproductivos, así como también, las jóvenes y adolescentes que inician su sexualidad a edades muy tempranas, requieren ser apoyadas por el proyecto ejecutado por la Red de Mujeres, porque las consideran más cercanas y les pueden hablar en su propio lenguaje, para que la implementación del MAIS en el cantón pueda ser más eficaz. Estos son los grupos de atención preferente del proyecto.

En las reflexiones de los grupos focales, las mujeres de Rioverde consideran necesario la atención después del parto para abordar temas como la alimentación del bebé, el control del niño sano, para evitar infecciones y otras enfermedades de la madre y para conocer cómo y cuándo iniciar la planificación familiar. No obstante reconocen que son ellas las que no asisten a los centros de salud después del parto, bien porque no están conscientes de la importancia de los controles después del parto o por sobrecarga en la realización de tareas domésticas. Castañeda y Romero (2016) refieren la importancia de los planes de Atención al Niño, los cuales comprenden la captación precoz del recién nacido, en su crecimiento y desarrollo, en el cumplimiento del Programa Ampliado de Inmunización y la atención a la enfermedad, aspectos que sobresalen entre los más importantes entre otros; en la Atención al Adolescente se adiciona junto a los principales postulados de la Atención al Niño, la educación en salud sexual y reproductiva.

Tanto las brigadas de salud, como las visitas domiciliarias establecidas en el marco del MAIS-FCI apuntan a llegar a las mujeres en sus propios hogares para cubrir sus necesidades en la etapa de postparto. En este momento, es preciso considerar las tradiciones y costumbres de las familias de estas comunidades, en las que la mujer luego del parto debe asumir el conjunto de tareas y responsabilidades que le son asignadas culturalmente en ambientes rurales como son mayormente los de Rioverde, con la consecuente desvalorización de su salud y su vida y la del niño recién nacido.

La intervención del proyecto de “Atención Primaria de Salud Renovada – ABRAZO” que ejecuta la Red de Mujeres de Rioverde puede jugar un papel importante en la concientización de las mujeres/madres para que asuman un cuidado permanente e integral de su salud y de su propia vida.

En el estudio de Línea de Base se incluyó también la problemática de la atención de los niños recién nacidos, porque está estrechamente ligada y en interacción con las madres. En este aspecto las mujeres/madres desarrollan sus prácticas y vivencias de cuidado de los infantes en un proceso de aprendizaje de madres a hijas, hermanas y amigas.

Además, en la actualidad, las mujeres cuentan con otros espacios en donde socializan nuevas recomendaciones para el cuidado del niño y destacan que en las unidades de salud y en la maternidad les han enseñado prácticas adecuadas para el cuidado de sus hijos, la lactancia y la alimentación.

En referencia a la atención infantil, además de lo planteado anteriormente, también señalan que en el programa Creciendo con Nuestros Hijos – CNH del Ministerio de Inclusión Económica y Social – MIES y antes, en el Instituto nacional de la Niñez y la Familia (INNFA) les enseñan a realizar la estimulación temprana de los niños, lo que es muy importante para mejorar el desarrollo motriz de los infantes (MSP, 2012).

Los escasos casos de ausencia de la lactancia materna se han dado en circunstancias de problemas de salud de la madre, temas abordados en diversos programas de promoción y atención de salud (Sapag y Pobleto, 2007).

La casi totalidad de las mujeres dan de lactar a sus hijos por períodos superiores a 6 meses (INEC, 2011). En los grupos focales se registró que en promedio las mujeres mantienen la lactancia entre 9 meses y un año y medio. También se identificó que todavía se mantienen algunos mitos y creencias que discriminan a las niñas frente los niños en materia de lactancia materna, aspecto que coincide con estudios realizados por Rodríguez (1989) en Ecuador.

Se espera que con la implementación del MAIS-FCI, con sus diferentes estrategias y el mejoramiento de la Atención Primaria de Salud (APS) específicamente en los servicios de

pediatría de las unidades de salud, se logre una atención de calidad para lograr la salud integral de los niños de Rioverde. Al respecto Tejerina-Silva, 2014 argumenta que en los países de América del Sur se trazan nuevas políticas y estructuras para progresivamente combatir y eliminar la situación existente relativa a las tasas de mortalidad neonatal, infantil, niñez, materna y general, unido a las limitaciones en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y presupuestarios.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador expuso los avances significativos que se han logrado en el país con el fortalecimiento del “primer nivel de atención”, la APS, aspectos que fueron tratados en La Asamblea Mundial de la OMS (abril 2016) en Ginebra, como forma de contribuir significativamente a la reducción de inequidad en salud y asegurar los derechos humanos (Vance, 2016).

La violencia física e intrafamiliar es la segunda expresión violenta en las relaciones entre hombres y mujeres. Se manifiesta en golpes, empujones, roturas de costillas y otras formas de agresión que causan incapacidad de las mujeres (Joven et al., 2015). Al preguntarles si saben que éstas pueden concluir en un feminicidio, algunas mujeres piensan que es una posibilidad de peligro para su vida, los cuales son vistos por buena parte de la sociedad como naturales y propios de su condición de sexo y género (EISSRE, 2007), tanto así que se ha logrado alta invisibilidad en la convivencia familiar.

Algunas mujeres presentes en los grupos encuestados expresaron conocer que se puede denunciar en las Comisarías de la Mujer o en las Tenencias Políticas, pero no conocen de los cambios que han ocurrido en el sistema de justicia, ni en la institucionalidad dirigida a la atención a las víctimas de violencia, por lo que se mantienen en una actitud pasiva sin llegar a procesos de contención, denuncia y defensa de sus derechos. Al respecto López, (2015) expresa que el Código Orgánico Integral Penal de Ecuador brinda total protección a las víctimas y juzga estos casos, incluyendo la violencia a miembros del núcleo familiar, ya sea sexual o de género. La mayor parte de ellas tampoco conoce las instituciones en donde pueden denunciar y tener apoyo para conseguir las medidas de protección establecidas en la legislación (Lucio y Enrique 2011).

Se coincide con López (2015) que al hacer referencia Código Orgánico Integral Penal de Ecuador plantea que nadie podrá ser llamado a declarar en juicio penal contra su cónyuge, pareja o parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad, excepto en el caso de violencia contra la mujer o miembros del núcleo familiar, sexual y de género.

El conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual al igual que el resto de temas relacionados con la salud es parcial y limitado, lo que les causa recelos, miedos e inseguridades. En este caso, las mujeres que se enfrentan con poca información procuran mantenerse alejadas de las personas enfermas cuando llegan a enterarse del problema, e incluso consideran que es un problema para la comunidad.

CONCLUSIONES

El entorno general de la salud sexual y reproductiva de las mujeres de Rioverde es preocupante sobre todo porque se traduce en diversas manifestaciones de la violencia, la más alarmante tiene que ver con los embarazos de adolescentes y niñas, que en su mayoría son producto de violencia sexual, desconocimiento del correcto uso de los métodos anticonceptivos y un incremento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Las instituciones de salud se encuentran presente de una manera paradójica, formalmente, pero no de manera práctica para el mejoramiento de la vida de las mujeres y sus familias.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan un agradecimiento especial a la Dra. Mónica Cárdenas, miembro de la organización *Planned Parenthood Federation of America* por su valioso apoyo y ayuda incondicional para poder llevar a feliz término el proyecto presentado.

BIBLIOGRAFÍA

- Cáceres M.F. (2016). El control prenatal: una reflexión urgente. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 60(2): 165-170. Recuperado de: <https://revista.fecolsoq.org/index.php/rcog/article/view/342>
- Castañeda C. D y Romero K. (2016). La Atención Primaria de Salud y la Enfermería. *Revista EPISTEME*; (3)3:1-18. Recuperado en 18 de febrero de 2017 de: <http://186.46.158.26/ojs/index.php/EPISTEME/article/view/273>
- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Asamblea Nacional Constituyente. Quito, Ecuador: Constitución De La República Del Ecuador.
- Consejo Nacional de Salud (2006). Plan de Acción de la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2006 – 2008.
- Cuvi M. (2007). Paradojas de los discursos de género dentro de la Iglesia progresista en el Ecuador. En: *Las Propias y los Ajenos*, Raquel Rodas, Editora, 2007, Quito.
- Durán F.E, Soto A.D, Labraña A.M, & Pradenas P.F. (2007). Adecuación dietética de micronutrientes en embarazadas. *Revista chilena de nutrición*, 34(4); 321-329. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182007000400005>
- EISSRE - Enfoque Intercultural en Salud Sexual y Reproductiva en el Ecuador. (2007). En Memoria del Seminario Internacional sobre Enfoque Intercultural y de Género en Salud Materna. Ministerio de Salud – UNFPA, con apoyo de OPS - UNICEF - UNIFEM - CONAMU – CARE Internacional – JAMBI HUASI. Otavalo.
- Gayoso D.M, Shirley R.T, Fernández F.C, De la Cruz C.L (2015). Desigualdad de género en las actividades de prevención de riesgos laborales. *Med. Segur. Trab.*, Madrid,

- 61(238):4-17, Recuperado el 07 de mayo de 2016 de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0465-546X2015000100002&script=sci_arttext&tlng=pt
- Giovanella L, Fidelis A.P, Vega R.R, Oliveira S, Tejerina S.H (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. Rev Saude Debate; 39(105):300-322. Recuperado de:
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00300.pdf>
- INEC. (2011). Ecuador. En INEC, Políticas de Desarrollo de Recursos Humanos (pág. 283). Quito: INEC.
- Joven R.J, Loy V.B, Rodríguez J.R, Oneida G.R. (2015). Caracterización de la mujer víctima de lesiones intencionales. Acta Médica del Centro 9 (4). Recuperado en 26 de septiembre 2016 de:
<http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/288>
- Larranaga I, Martín U, Bacigalupe A. (2014). Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. Gac. Sanit.; 28(1):109–115. Recuperado en 09 de marzo de 2017 de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.007>
- Lucio R, Villacres N y Enrique R. (2011). Sistema de Salud de Ecuador. Salud Pública de México 53, s177-187.
- López SY. (2015) ¿Cómo trata la Prueba el Código Orgánico Integral Penal de Ecuador? Revista EPISTEME; (2) 1:1-21. Recuperado en 23 de septiembre de 2016 de:
<http://186.46.158.26/ojs/index.php/EPISTEME/article/view/89/72>
- Malo M. (2014). Reforma del Sistema de Salud del Ecuador: hacia la cobertura universal. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Foro sobre Marco Normativo, Recuperado en 17 de octubre de 2016 de: <http://www.paho.org/forocoberturagt2014/wp-content/uploads/2014/08/Reforma-del-Sistema-de-Salud-del-Ecuador-hacia-la-Cobertura-Universal.pdf>
- MacKinnon, C. (1989). Hacia una teoría feminista del Estado, Colección Feminismos, Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia, Instituto de la Mujer, Madrid. España.
- MSP. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. Ecuador. Recuperado en 11 de abril de 2016, de:
http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/quia/Manual_MAI_S-MSP12.12.12.pdf
- Naranjo.J, Delgado C.A, Rodríguez C.R, & Sánchez P.Y (2014). Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. Revista Cubana de Medicina

- General Integral, 30(3) Recuperado en 13 de noviembre de 2016, de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300011
- Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la APS. La Salud en las Américas. Documento Promoción OPS/OS. (2007). Recuperado el 18 de mayo de 2016 de: https://cursos.campusvirtualesp.org/file.php/118/modulo_/md3-lp-reuniones-APS-spa-2007.pdf
- Rodas R. (2007). Muchas voces demasiado silencio. En: Las Propias y los Ajenos, Editora, Quito.
- Rodríguez L. (1989). Mujer y Derechos Reproductivos. En: Salud: Derechos de la Mujer: Memoria del Taller y Foro Las Mujeres y el Derecho a la Salud. CEPAM – UNFPA, Quito.
- Sapag J y Poblete F. (2007). Promoción Salud. Recuperado el 18 de mayo de 2016 de: http://medicinafamiliar.uc.cl/html/promocion_salud.html
- SENPLADES (2013). Plan Nacional de Desarrollo / Plan Nacional para el Buen Vivir 2013 – 2017. Quito.
- SENPLADES (2015). Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de Rioverde. Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Rioverde. Esmeraldas. Ecuador. 2015 – 2019.
- Tejerina-Silva H. (2014). Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los países de América del Sur. Mapeo de la APS en Ecuador. UNASUR. MAPEO-APS en países Sudamérica. Recuperado en 13 de mayo de 2017 de: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[186\]ling\[2\]anx\[560\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[186]ling[2]anx[560].pdf)
- Vázquez P.J, Arredondo T.F, Garza J. (2016). Brecha de género en los países miembros de la Alianza del Pacífico. Estudios Gerenciales 32 (141):336–345. Recuperado en 04 de marzo de 2017 de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0123592316300651>
- Vance C. (2006). Ministerio de Salud Pública del Ecuador expone avances significativos en acceso universal de salud en Asamblea General OMS 2016. Recuperado el 21 de mayo de 2016 de: <http://www.salud.gov.ec/ministerio-desalud-de-ecuador-expone-avances-significativos-en-acceso-universal-de-saluden-asamblea-mundial/>