UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS

Trabajo de Integración Curricular modalidad Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Sociología

TÍTULO

Salud reproductiva: planificación familiar y fecundidad en mujeres indígenas en la zona rural de cuatro esquinas, cantón Guaranda, 2022-2023

AUTOR

Eva Milena Mora Montalvo

CARRERA

SOCIOLOGÍA

TUTOR

Lic. José Luis Domínguez

2023

GUARANDA - ECUADOR

II. Página de la declaración de tutoría

Yo, **LIC. JOSÉ LUIS DOMÍNGUEZ CAIZA MSG**, portador de la cedula N° 020139365-9 en mi calidad de Tutor del Proyecto de Investigación, modalidad de práctica, contemplado en la Malla Curricular de la Carrera de Sociología de la Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Sociales y Políticas, designado mediante resolución dictada por Honorable Consejo Directivo, bajo juramento **CERTIFICO**: que, la Srta. **EVA MILENA MORA MONTALVO** estudiante de la Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de Jurisprudencia Ciencias Sociales y Políticas, Carrera de Sociología, ha cumplido con la elaboración del Proyecto de investigación de carácter profesional previo al desarrollo del Trabajo de Integración Curricular para obtener el título de Licenciada en Sociología **"SALUD REPRODUCTIVA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y FECUNDIDAD EN MUJERES INDÍGENAS EN LA ZONA RURAL DE CUATRO ESQUINAS, CANTÓN GUARANDA, 2022-2023"** habiendo trabajado conjuntamente en el desarrollo de este documento, constatando de esta manera, que este proyecto es de autoría de la estudiante ante mencionada, por lo cual doy fe, apruebo y certifico todo lo antes mencionado.

Es todo cuanto puedo manifestar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente documento en los trámites académicos, al igual que, una vez emitido éste se autoriza la presentación del proyecto de investigación a las diversas instancias correspondientes.

Atentamente:

LIC. JOSÉ LUIS DOMÍNGUEZ CAIZA, MSG.

TUTOR DEL PROYECTO

III. Página de la declaración juramentada

Yo, **Eva Milena Mora Montalvo,** portadora de la cedula Nº. **0202412102,** egresada de la Carrera de Sociología de la Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Sociales y Políticas de la Universidad Estatal de Bolívar, bajo juramento declaro en forma libre y voluntaria que el presente proyecto de investigación titulado. **"SALUD REPRODUCTIVA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y FECUNDIDAD EN MUJERES INDÍGENAS EN LA ZONA RURAL DE CUATRO ESQUINAS, CANTÓN GUARANDA, 2022-2023"**, fue realizado bajo mi autoría con la dirección del tutor **LIC. JOSÉ LUIS DOMÍNGUEZ CAIZA, MSG,** docente de la Carrera de Sociología de la Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Sociales y Políticas de la institución de educación superior, de la Universidad Estatal de Bolívar. Al ser de mi autoría, debo dejar constancia que las expresiones vertidas en el desarrollo de este proyecto las he realizado apoyándome en fuentes bibliográficas, libros e informes actualizadas, formas necesarias de producción de esta investigación

Atentamente:

NOTARIA CUARTA DEL CANTÓN GUARANDA

AUTORA

Eva Milena Mora Montalvo

ESCRITURA Nº 20240201004P00513

DECLARACIÓN JURAMENTADA
OTORGA:
EVA MILENA MORA MONTALVO
CUANTÍA: INDETERMINADA
Di 2 COPIAS

En el Cantón Guaranda, Provincia Bolívar, República del Ecuador, hoy viernes a los veintiocho dias del mes de junio del año dos mil veinticuatro, ante mí **DOCTORA MSc. GINA LUCIA CLAVIJO CARRIÓN, NOTARIA CUARTA DEL CANTÓN GUARANDA** comparece con plena capacidad, libertad y conocimiento, a la celebración de la presente escritura, la señorita **EVA MILENA MORA MONTALVO,** de estado civil soltera, por sus propios y personales derechos, en calidad de OTORGANTE. La compareciente declara ser de nacionalidad ecuatoriana, mayor de edad, de estado civil como se deja expresado, de ocupación estudiante, domiciliada en la parroquia Veintimilla , cantón Guaranda, provincia Bolívar, con teléfono celular número cero nueve ocho tres ocho ocho tres cinco tres cuatro; y, con correo electrónico **evamora4bgu@gmail.com**, hábil en derecho para contratar y contraer obligaciones, a quien de conocer doy fe, en virtud de haberme exhibido sus documentos de *identificación cuyas copias fotostáticas debidamente certificadas por mí, agrego a esta escritura como* documentos habilitantes. Advertida la compareciente por mí la Notaria de los efectos y resultados de esta escritura, así como examinada que fue en forma aislada y separada de que comparece al otorgamiento de esta escritura sin coacción, amenazas, temor reverencial, ni promesa o seducción instruida por mí de la obligación que tiene de decir la verdad con claridad y exactitud; y, advertida sobre la gravedad del juramento y de las penas de perjurio, me solicita que recepte su declaración juramentada: Yo **EVA MILENA MORA MONTALVO,** de estado civil soltera, que los criterios e ideas emitidos en el presente proyecto de investigación **"SALUD REPRODUCTIVA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y FECUNDIDAD EN MUJERES INDÍGENAS EN LA ZONA RURAL DE CUATRO ESQUINAS, CANTÓN GUARANDA.2022-2023"**, previo a la obtención del título de Licenciada en Sociología, otorgada por la Universidad Estatal de Bolívar, a través de la Facultad de Jurisprudencia Ciencias Sociales y Políticas.- Es todo cuanto puedo declarar en honor a la verdad.- Para su otorgamiento se observaron los preceptos de ley y leída que le fue a la compareciente íntegramente por mí la Notaria, aquella se ratifica en todas sus partes y firma junto conmigo en unidad de acto, incorporando al protocolo de esta Notaria la presente escritura de Declaración Juramentada, de todo cuanto doy Fe.----------

SRTA. EVA MILENA MORA MONTALVO,.
C.C. 0202412102.

DOCTORA MSc. GINA LUCIA CLAVIJO CARRIÓN
NOTARÍA CUARTA DEL CANTÓN GUARANDA.

NOTARÍA CUARTA DEL CANTÓN GUARANDA

V. Reporte de similitud de TURNITIN

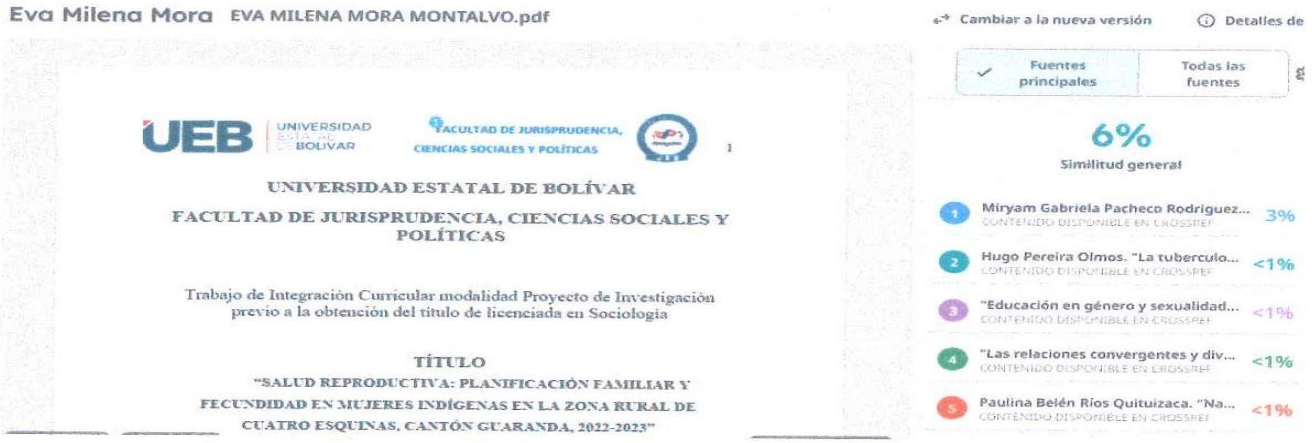
PARA: Eva Milena Mora Montalvo

DE: Lic. José Luis Domínguez Caiza

ASUNTO: Informe de TURNITIN

FECHA: 27 de junio del 2024

Adjunto al presente, sírvase encontrar el documento final del Trabajo de Desarrollo Curricular titulado: "SALUD REPRODUCTIVA: PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y FECUNDIDAD EN MUJERES INDÍGENAS EN LA ZONA RURAL DE CUATRO ESQUINAS, CANTÓN GUARANDA, 2022-2023", elaborado por la señorita **EVA MILENA MORA MONTALVO**, bajo mi dirección, previa a la obtención del título de **LICENCIADO(A) SOCIOLOGIA**, la misma que cumple con los componentes que exige la reglamentación de la Universidad Estatal de Bolívar e incluye el informe de la herramienta TURNITIN, el cual avala los niveles del 6% de similitud general del trabajo investigativo.



Atentamente,

Lic. José Luis Domínguez Caiza, Msg.
TUTOR DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

UEB UNIVERSIDAD ESTATAL DEBOLIVAR

BIBLIOTECA GENERAL

DERECHOS DE AUTOR

Yo; Eva Milena Mora Montalvo, portador de la Cédula de Identidad No 0202412102, en calidad de autor titular de los derechos morales y patrimoniales del Trabajo de Titulación: **Salud reproductiva: planificación familiar y fecundidad en mujeres indígenas en la zona rural de cuatro esquinas, cantón Guaranda, 2022-2023.** Modalidad presencial, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, concedemos a favor de la Universidad Estatal de Bolívar, una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Conservamos a mi/nuestro favor todos los derechos de autor sobre la obra, establecidos en la normativa citada.

Así mismo, autorizo/autorizamos a la Universidad Estatal de Bolívar, para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Digital, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

El (los) autor (es) declara (n) que la obra objeto de la presente autorización es original en su forma de expresión y no infringe el derecho de autor de terceros, asumiendo la responsabilidad por cualquier reclamación que pudiera presentarse por esta causa y liberando a la Universidad de toda responsabilidad.

Eva Milena Mora Montalvo

Autora

Dedicatoria

A mi abuelita Silvia González quien fue mi soporte durante mi vida universitaria por su amor incondicional y apoyo constante ha sido mi fuente de inspiración. Este logro es tan suyo como mío. Gracias por ser mi luz en los momentos oscuros y por alentarme a alcanzar siempre las estrellas. Este logro es un tributo a su sacrificio y dedicación. Con todo mi amor y gratitud.

Milena

VI. Agradecimiento

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a Dios, a la virgen de Lourdes y a mi tutor por su orientación invaluable y apoyo constante durante todo el proceso. A mi Familia Silvia González quien, sin su amor, paciencia y la calidez de su hogar, nada de esto fuera posible a mis padres Ana e Iván, mis hermanas Stephanie, Lussiana, Amira, mi tía Sayuri y mi prima Mayeli les dedico mi gratitud por su apoyo constante. Este logro es el resultado del esfuerzo colectivo y de cada mano que me ayudo en este viaje académico. ¡Gracias a todos por ser parte de este importante capítulo de mi vida!

Milena

VII. Índices

Índice general

Contenido

II. Página de la declaración de tutoría **2**
III. Página de la declaración juramentada **3**
V. Reporte de similitud de TURNITIN **4**
VI. Dedicatoria **5**
VI. Agradecimiento **6**
VII. Índices **7**
Índice general **7**
Índice de gráficos **11**

CAPÍTULO I: PROBLEMA **12**
1. Título **12**
Resumen **13**
Abstract **14**
1.1 Introducción **15**
1.2 Planteamiento del Problema **17**
1.3 Formulación del problema **19**
1.4 Hipótesis **19**
1.4.1 Supuesto comprobable **19**
1.5 Variables **20**
1.5.1 Variable Independiente **20**
1.5.2 Variable Dependiente **20**
1.6. Objetivos **20**
1.6.1 Objetivo General **20**
1.6.2 Objetivos Específicos **20**
1.7 Justificación **21**

CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO **23**
2.1 Marco Histórico **23**

2.1.1 Pueblos indígenas y su salud reproductiva en los últimos años..... 23
2.1.2 Historia del desarrollo humano y la reproducción en Ecuador 24
2.1.3 Caracterización socio histórico y geográfico de la zona rural de Cuatro Esquinas. 25
2.2 Marco Teórico 26
2.2.1 Enfoque sociológico de la salud 26
2.2.2 Teoría de género y salud reproductiva 29
2.2.2.1 Salud reproductiva 34
2.2.2.2 Acceso a información y educación reproductiva..... 37
2.2.3 Enfoque de género y equidad en las zonas rurales 39
2.2.4 Planificación familiar 40
2.2.5 Tipos de anticonceptivos..... 44
2.2.6 Métodos anticonceptivos eficaces utilizado en los pueblos indígenas..... 45
2.2.7 Métodos anticonceptivos..... 46
2.2.5 Desigualdad en el acceso a la salud y planificación familiar..... 49
2.3.2 Barreras y desafíos en el acceso a servicios de salud reproductiva 49
2.3.3 Empoderamiento en salud reproductiva en las mujeres indígenas 53
2.3.4 Perspectivas culturales sobre la fecundidad en mujeres indígena 54
2.3.5 Conocimientos y prácticas de salud reproductiva en comunidades indígenas 57
Sexualidad asociada con la conformación de la Familia: Virginidad como un tesoro 58
2.4 Marco Legal 59

CAPÍTULO III – METODOLOGÍA 62
3.1 Método de la investigación 62
3.1.1. Método cuantitativo 62
3.1.2 Método Deductivo 62
3.1.3 Método Inductivo 63
3.2 Tipo de Investigación 63
3.2.1. Investigación descriptiva 63

3.2.2. Investigación bibliográfica **63**
3.3 Técnicas e instrumentos de investigación **64**
3.3.1. Técnicas **64**
Encuestas **64**
3.3.2. Instrumentos **64**
Cuestionario **64**
3.4 Criterio de inclusión y criterio de exclusión **65**
3.4.1 Criterio de inclusión **65**
3.4.2 Criterio de exclusión **65**
3.5 Población y muestra **65**
3.5.1 Población **65**
3.5.2 Muestra **66**
3.6 Localización geográfica del estudio **67**

CAPÍTULO IV – RESULTADOS Y DISCUSIÓN **68**
4.1. Resultados **68**
4.2. Discusión **91**

CAPÍTULO V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES **93**
5.1. Conclusiones **93**
5.2. Recomendaciones **94**

BIBLIOGRAFÍA **95**
Anexos **103**
Anexo 1.- Fotografías 104
Anexo 2. Cuestionario de la encuesta 108

Índice de tablas

Tabla 1.- Edad 68

Tabla 2.- ¿Cómo se identifica? 70

Tabla 3.- Idioma 71

Tabla 4.- Estado civil 72

Tabla 5.- ¿Nivel de educación? 73

Tabla 6.- Ocupación 74

Tabla 7.- Distancia de su hogar al centro de salud Cuatro Esquinas 75

Tabla 8.- Última vez que fue al centro de salud. 76

Tabla 9.- ¿Por qué fue al centro de salud la última vez usted? 77

Tabla 10.- ¿A qué edad tuvo su primer hijo? 78

Tabla 11.- ¿Cuántos hijos tiene? 79

Tabla 12.- ¿Cómo decidió tener su primer hijo? 80

Tabla 13.- ¿Quién decide en su hogar cuantos hijos tener? 81

Tabla 14.- Nivel de conocimiento sobre planificación familiar. 82

Tabla 15- Acceso a métodos de planificación familiar. 83

Tabla 16.- ¿Están de acuerdo los hombres en su comunidad sobre la planificación familiar? 84

Tabla 17.- Se siente cómoda hablando sobre temas de salud reproductiva 85

Tabla 18.- ¿Cada que tiempo va al ginecólogo? 86

Tabla 19.- Método anticonceptivo que utiliza 87

Tabla 20.- Influyen las creencias espirituales en las decisiones sobre salud reproductiva 88

Tabla 21.- Importancia de la educación sexual en la promoción de la salud reproductiva 89

Índice de gráficos

Figura 1.- Centro de Salud Cuatro Esquinas F2C4+PF2, Guaranda..... 67
Figura 2.- Edad 68
Figura 3.-¿Cómo se identifica? 70
Figura 4.- Idioma 71
Figura 5.- Estado civil..... 72
Figura 6.- ¿Nivel de educación? 73
Figura 7.-Ocupación 74
Figura 8.- Distancia de su hogar al centro de salud Cuatro Esquinas..... 75
Figura 9.- Última vez que fue al centro de salud. 76
Figura 10.- ¿Por qué fue al centro de salud la última vez usted?..... 77
Figura 11.- ¿A qué edad tuvo su primer hijo? 78
Figura 12.- ¿Cuántos hijos tiene? 79
Figura 13.- ¿Cómo decidió tener su primer hijo? 80
Figura 14.- ¿Quién decide en su hogar cuantos hijos tener? 81
Figura 15.- Nivel de conocimiento sobre planificación familiar. 82
Figura 16.- Acceso a métodos de planificación familiar. 83
Figura 17.- ¿Están de acuerdo los hombres en su comunidad sobre la planificación familiar? 84
Figura 18.- Se siente cómoda hablando sobre temas de salud reproductiva..... 85
Figura 19.- ¿Cada que tiempo va al ginecólogo?..... 86
Figura 20.- Método anticonceptivo que utiliza 87
Figura 21.- Influyen las creencias espirituales en las decisiones sobre salud reproductiva 88
Figura 22.- Importancia de la educación sexual en la promoción de la salud reproductiva 89

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1. Título

Salud reproductiva: planificación familiar y fecundidad en mujeres indígenas en la zona rural de Cuatro esquinas, cantón Guaranda, 2022-2023

Resumen

Este estudio examina la salud reproductiva de las mujeres indígenas en la zona rural de Cuatro Esquinas, Cantón Guaranda, durante 2022-2023, utilizando una metodología cuantitativa. Las encuestas estructuradas revelan la necesidad de un enfoque integral que aborde no solo los aspectos médicos, sino también los factores culturales, socioeconómicos y geográficos que influyen en las decisiones reproductivas. Proporcionar acceso a servicios médicos básicos, junto con planificación familiar y educación, es esencial para superar las barreras existentes y garantizar intervenciones efectivas y sostenibles a largo plazo.

Las encuestas identificaron varias barreras socioculturales que afectan el acceso de las mujeres indígenas de Cuatro Esquinas a los servicios anticonceptivos. Entre estas barreras se incluyen normas de género tradicionales que limitan la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre su salud reproductiva, así como el estigma y los tabúes en torno a la sexualidad y la reproducción. Además, la falta de educación y la distancia a los centros de salud también se identificaron como obstáculos significativos que afectan el acceso a servicios anticonceptivos. Mejorar el acceso a la educación y reducir la distancia a los centros de salud son pasos cruciales para abordar estas barreras.

En conclusión, mejorar la salud reproductiva de las mujeres indígenas de Cuatro Esquinas requiere un enfoque integral que considere aspectos médicos, culturales, socioeconómicos y geográficos. Es esencial diseñar intervenciones específicas que no solo aborden las barreras identificadas, como la falta de acceso a información y servicios adecuados, sino también que promuevan la autonomía y el empoderamiento de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva. Esto implica políticas públicas sensibles a la diversidad cultural, fortalecimiento de sistemas de salud locales y colaboración efectiva entre diferentes actores, asegurando así que todas las mujeres puedan ejercer su derecho a una salud reproductiva integral y de calidad en sus comunidades.

Palabras clave: Salud reproductiva, planificación familiar, fecundidad, mujeres indígenas, zonas rurales, Cuatro Esquinas, Guaranda, Ecuador.

Abstract

This study examines the reproductive health of indigenous women in the rural area of Cuatro Esquinas, Cantón Guaranda, during 2022-2023, using a quantitative methodology. Structured surveys reveal the need for a comprehensive approach that addresses not only medical aspects, but also cultural, socioeconomic, and geographic factors that influence reproductive decisions. Providing access to basic medical services, along with family planning and education, is essential to overcome existing barriers and ensure effective and sustainable long-term interventions.

The surveys identified several sociocultural barriers that affect Cuatro Esquinas indigenous women's access to contraceptive services. These barriers include traditional gender norms that limit women's autonomy to make decisions about their reproductive health, as well as stigma and taboos surrounding sexuality and reproduction. In addition, lack of education and distance to health centers were also identified as significant barriers affecting access to contraceptive services. Improving access to education and reducing distance to health centers are crucial steps to address these barriers.

In conclusion, improving the reproductive health of indigenous women in Cuatro Esquinas requires a comprehensive approach that considers medical, cultural, socioeconomic and geographic aspects. It is essential to design specific interventions that not only address the identified barriers, such as lack of access to adequate information and services, but also promote women's autonomy and empowerment in making decisions about their reproductive health. This implies public policies that are sensitive to cultural diversity, strengthening of local health systems and effective collaboration between different actors, thus ensuring that all women can exercise their right to comprehensive and quality reproductive health in their communities.

Key words: Reproductive health, family planning, fertility, indigenous women, rural areas, Cuatro Esquinas, Guaranda, Ecuador.

1.1 Introducción

En Cuatro Esquinas, Cantón Guaranda, la salud reproductiva de las mujeres indígenas en las zonas rurales es un campo de estudio crucial que demanda atención urgente y precisa. Este estudio se centra en investigar los patrones de planificación familiar y fecundidad entre estas mujeres durante el periodo 2022-2023. Con el objetivo de proporcionar un análisis exhaustivo, se examinarán detalladamente los métodos anticonceptivos utilizados, las barreras socioculturales que limitan el acceso a servicios anticonceptivos y el nivel de conocimiento en planificación familiar a través de encuestas estructuradas. Estos datos no solo ayudarán a comprender mejor las necesidades específicas de salud reproductiva en la comunidad indígena, sino que también servirán como base para desarrollar intervenciones efectivas y culturalmente sensibles que mejoren la calidad de vida de estas mujeres.

La investigación se enfocará en desentrañar las complejidades socioculturales que influyen en las decisiones de planificación familiar y acceso a servicios de salud reproductiva. Se explorarán las normas culturales, las percepciones comunitarias y las tradiciones locales que pueden actuar como barreras significativas para las mujeres indígenas al momento de buscar y utilizar métodos anticonceptivos. Además, se analizará cómo estas barreras impactan en la autonomía y capacidad de las mujeres para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva, contribuyendo así a un panorama más claro sobre los desafíos que enfrentan en este ámbito vital.

El estudio también tiene como objetivo proporcionar datos concretos sobre el nivel de conocimiento existente en planificación familiar y salud reproductiva dentro de la población indígena de Cuatro Esquinas. A través de encuestas meticulosamente diseñadas, se buscará evaluar no solo el grado de comprensión sobre métodos anticonceptivos, sino también la disposición y acceso a información precisa y servicios de salud adecuados. Este enfoque permitirá identificar áreas críticas donde se requiere mayor educación y recursos para mejorar la capacidad de las mujeres indígenas para tomar decisiones autónomas y saludables respecto a su reproducción y bienestar general.

Capitulo I.- Este capítulo consta de aspectos relevantes y referentes a la problemática social que suscita en la comunidad Cuatro Esquinas, consecutivo del

enfoque investigativo a nivel internacional, nacional y local, que es de ayuda al contexto del problema. Seguidamente, se indaga la pregunta de investigación que es origen de la formulación de objetivos de una investigación. También, se presenta la justificación que es la estructura base de las dimensiones para una pertinente ejecución.

Capitulo II.- Consta el marco teórico que es el análisis de trabajos investigativos de otros estudios realizados en tesis elaborados, que se enfatiza en la salud reproductiva, planificación familiar y fecundidad en mujeres indígenas. De la misma forma, se desarrolla el marco teórico basada en la variable salud reproductiva, lo que ayuda a comprender el tema de planificación familiar y fecundidad e iniciar la ejecución de trabajo investigativo.

Capítulo III.- Se propone el marco metodológico que compone consideraciones específicas y necesarias de temas metodológicos, tanto en nivel y diseño de investigación, con la finalidad de aplicar de forma eficiente y eficaz enfoques de salud reproductiva, asegurando la información recopilada de manera segura, donde se diseña el instrumento pertinente para aplicar sobre la muestra. Además, se preocupa por la resistencia metodológica basada en las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Capitulo IV.- En este apartado presenta los resultados obtenidos con el levantamiento de información con fin de analizar temas de salud reproductiva, planificación familiar y fecundidad de mujeres indígenas. Seguido, se realiza un análisis eficiente de cada aspecto hallado de importancia categoría en la generación de las debidas conclusiones del proyecto investigativo.

Capitulo V.- Por último, se presenta las conclusiones y recomendaciones que son pertinentes en la finalización del trabajo investigativo.

1.2 Planteamiento del Problema

El tema principal de este planteamiento es la salud reproductiva, con un enfoque en la planificación familiar y la fecundidad de las mujeres indígenas en la zona rural de Cuatro Esquinas, cantón Guaranda. La salud reproductiva es un derecho fundamental que permite a las personas tener una vida sexual responsable y segura, además de la capacidad de reproducirse y decidir libremente cuándo y con qué frecuencia hacerlo.

La salud reproductiva es un pilar esencial del bienestar humano y del desarrollo sostenible. Sin embargo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), muchas mujeres en el mundo carecen de acceso a servicios básicos de salud reproductiva, lo que resulta en altas tasas de mortalidad materna, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. En América Latina, la situación de salud reproductiva varía considerablemente entre los países. Regiones rurales e indígenas suelen tener acceso limitado a servicios de planificación familiar, lo que lleva a tasas más altas de fecundidad y complicaciones de salud materna. Un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2020) destaca la disparidad en el acceso a servicios de salud entre áreas urbanas y rurales. En Ecuador, aunque ha habido avances en la mejora de los servicios de salud, las desigualdades persisten. Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2020), la tasa de fecundidad en las zonas rurales es significativamente más alta que en las urbanas, particularmente entre las poblaciones indígenas. La falta de acceso a métodos anticonceptivos y a educación sobre salud reproductiva son factores críticos.

A Nivel Regional (Provincia de Bolívar): En la provincia de Bolívar, donde se encuentra el cantón Guaranda, la situación es aún más pronunciada. Las barreras geográficas y económicas dificultan el acceso a los servicios de salud. Las mujeres indígenas de esta región enfrentan mayores obstáculos debido a la pobreza y la falta de infraestructura sanitaria adecuada.

A Nivel Local (Cuatro Esquinas, Cantón Guaranda): En la comunidad de Cuatro Esquinas, las mujeres indígenas se enfrentan a una serie de desafíos específicos. La falta de clínicas y personal médico capacitado, junto con la prevalencia de creencias culturales

que desconfían de los métodos anticonceptivos modernos, agrava el problema. Esto conduce a altas tasas de embarazos no deseados y complicaciones de salud materna.

En el Contexto de Empresas: Las empresas locales y organizaciones no gubernamentales pueden desempeñar un papel crucial en la mejora de la salud reproductiva en Cuatro Esquinas. A través de programas de responsabilidad social corporativa, pueden apoyar la construcción de infraestructura sanitaria, financiar campañas de educación sobre planificación familiar y proporcionar acceso a servicios médicos básicos.

Las consecuencias de esta situación son numerosas y profundas. La alta tasa de fecundidad sin acceso adecuado a la planificación familiar lleva a problemas de salud para las mujeres, como complicaciones durante el embarazo y el parto, y un mayor riesgo de mortalidad materna e infantil. También tiene implicaciones económicas y sociales, perpetuando ciclos de pobreza y limitando las oportunidades educativas y laborales para las mujeres. El impacto en la comunidad es igualmente significativo. Un crecimiento poblacional descontrolado pone presión sobre los recursos limitados, afectando la calidad de vida y dificultando el desarrollo sostenible. La falta de acceso a servicios de salud reproductiva perpetúa la desigualdad de género, impidiendo que las mujeres alcancen su pleno potencial.

Si no se implementan medidas efectivas para mejorar el acceso a la salud reproductiva y la planificación familiar en Cuatro Esquinas, es probable que las tasas de fecundidad se mantengan altas. Esto perpetuará los ciclos de pobreza y limitará el desarrollo socioeconómico de la región. Las mujeres seguirán enfrentando riesgos significativos de salud y la comunidad podría experimentar un aumento en la presión sobre los servicios públicos y los recursos naturales. Para mitigar estos riesgos, es crucial implementar un enfoque integral que incluya la mejora de la infraestructura sanitaria, capacitación del personal médico en competencias culturales y campañas de educación sobre la importancia de la planificación familiar. Además, la colaboración con líderes comunitarios y la adaptación de los servicios a las realidades culturales de la población indígena pueden mejorar significativamente el acceso y la aceptación de los métodos de

planificación familiar. Con estas acciones, se puede anticipar una mejora en la salud reproductiva de las mujeres, una reducción en las tasas de fecundidad y un progreso hacia el desarrollo sostenible en Cuatro Esquinas.

1.3 Formulación del problema

¿Cómo se puede mejorar la salud reproductiva utilizando la planificación familiar y fecundidad en mujeres indígenas en la zona rural del Cuatro Esquinas, Cantón Guaranda, 2022-2023?

1.4 Hipótesis

De esta manera, la hipótesis quedaría de la siguiente forma la planificación familiar incide en la salud reproductiva y fecundidad en mujeres indígenas en la zona rural de Cuatro Esquinas.

1.4.1 Supuesto comprobable

Se plantea que la efectividad de la planificación familiar tiene un impacto directo en la salud reproductiva y la fecundidad de las mujeres indígenas en la zona rural de Cuatro Esquinas. Se supone que aquellas mujeres que tienen acceso adecuado a métodos anticonceptivos y reciben información detallada sobre salud reproductiva tendrán una mayor capacidad para tomar decisiones informadas y autónomas sobre su fertilidad y bienestar. Este supuesto se basa en la premisa de que la planificación familiar no solo ofrece opciones para espaciar o limitar los embarazos, sino que también contribuye a reducir los riesgos de complicaciones durante el embarazo y parto, así como a mejorar la salud materna e infantil en general. Se espera que al proporcionar acceso equitativo y culturalmente sensible a servicios de salud reproductiva, se logre un impacto positivo en la calidad de vida y autonomía de las mujeres indígenas en Cuatro Esquinas, promoviendo así un desarrollo comunitario más sostenible y saludable en la región.

1.5 Variables

1.5.1 Variable Independiente

Planificación familiar

1.5.2 Variable Dependiente

Salud reproductiva y fecundidad en mujeres indígenas

1.6. Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Analizar los niveles de salud reproductiva: planificación familiar y fecundidad en mujeres indígenas en la zona rural de Cuatro esquinas, cantón Guaranda, 2022-2023.

1.6.2 Objetivos Específicos

- Investigar los métodos anticonceptivos de planificación familiar y fecundidad utilizados por las mujeres indígenas de la zona rural de Cuatro Esquinas.
- Distinguir las barreras socioculturales que afectan el acceso de servicios anticonceptivos de las mujeres indígenas de la zona rural de Cuatro Esquinas.
- Establecer el nivel de conocimiento en la planificación familiar y salud reproductiva de las mujeres indígenas de la zona rural de Cuatro Esquinas, cantón Guaranda, a través de encuestas.

.

1.7 Justificación

La planificación familiar es un aspecto crucial de la salud reproductiva que influye directamente en la capacidad de las mujeres para tomar decisiones informadas sobre su fertilidad y bienestar. En contextos como Cuatro Esquinas, Cantón Guaranda, las mujeres indígenas enfrentan múltiples barreras para acceder a métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva adecuados, lo cual puede contribuir a altas tasas de fecundidad no deseada y complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. La falta de información y recursos pertinentes puede limitar significativamente su autonomía reproductiva y sus oportunidades de desarrollo personal y comunitario.

Desde una perspectiva científica, estudiar la relación entre planificación familiar, salud reproductiva y fecundidad en mujeres indígenas en zonas rurales como Cuatro Esquinas es crucial por varias razones. Primero, permite identificar y comprender los factores específicos que afectan la salud reproductiva en contextos socioeconómicos y culturales particulares. Segundo, proporciona datos empíricos que pueden informar políticas públicas y programas de salud más efectivos y adaptados a las necesidades locales. Tercero, contribuye al cuerpo de conocimientos sobre salud materna e infantil, ofreciendo charlas sobre cómo mejorar los resultados de salud y calidad de vida para estas comunidades marginadas.

Socialmente, abordar la salud reproductiva de las mujeres indígenas en Cuatro Esquinas es fundamental para promover la equidad de género, el empoderamiento femenino y el desarrollo comunitario sostenible. Mejorar el acceso a la planificación familiar no solo puede reducir la mortalidad materna e infantil, sino también fortalecer la capacidad de las mujeres para participar activamente en la vida económica, educativa y política de sus comunidades. Esto no solo beneficia a las mujeres individualmente, sino que también contribuye al bienestar general y la prosperidad de la sociedad en su conjunto.

En resumen, el problema de la salud reproductiva, específicamente en cuanto a la planificación familiar y fecundidad en mujeres indígenas de la zona rural de Cuatro Esquinas, Cantón Guaranda, durante el periodo 2022-2023, radica en la necesidad de investigar y comprender cómo el acceso limitado a métodos anticonceptivos y educación

en salud reproductiva impacta negativamente en la autonomía, bienestar y desarrollo de estas mujeres. Este estudio busca establecer conexiones claras entre la planificación familiar y la salud reproductiva, con el objetivo de proponer intervenciones que mejoren las condiciones de vida y promuevan un desarrollo más equitativo y sustentable en la región.

CAPÍTULO II – MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Histórico

2.1.1 Pueblos indígenas y su salud reproductiva en los últimos años.

Ecuador es un país con una rica diversidad cultural, y en su territorio habitan varios pueblos indígenas que han mantenido sus tradiciones y formas de vida a lo largo de los siglos. Estos pueblos indígenas tienen una historia ancestral en la región y han contribuido significativamente a la identidad cultural y la historia del país. Desde hace miles de años, los Pueblos de América han tenido épocas de claridad y obscuridad llamadas PACHAKUTIKS, en las que han predominado las tendencias superiores e inferiores de los hombres. Así hubo momentos históricos en que la mística y la cultura andinas alcanzaron grandes niveles de elevación, pero también, mantuvieron conflictos que por décadas lanzaron a los pueblos a una destrucción mutua. El último período de decadencia de la Región Andina tuvo como corolario la venida de Francisco Pizarro a América en el año de 1502 (Rodríguez, 1998). (Valverde, Zapata, 2016, p.24)

La pobreza y la marginalización social pueden afectar la capacidad de las comunidades indígenas para acceder a servicios de salud, incluyendo la planificación familiar y el cuidado prenatal. Las comunidades indígenas pueden enfrentar mayores tasas de enfermedades infecciosas y problemas de salud reproductiva debido a factores como la falta de acceso a agua potable, saneamiento adecuado y atención médica. Los investigadores hablan sobre las diferentes nacionalidades del Ecuador:

> Estas 14 nacionalidades indígenas son: “la Kichwa, en la Sierra; Awa, Tsa’chila, Chachi y Épera en la Costa; Cofán, Siona, Secoya, Shuar, Achuar, Waorani, Kichwa de la Amazonia, Zápara y Shiwiar en la Amazonia. Todas están agrupadas en la CONAIE. La nacionalidad kichwa, a su vez, contiene diversos pueblos con características propias, como son: Panzaleo, Puruhá, Kañari, Karanki, Natabuela, Otavalo, Kayambi, Kitu Kara, Chibuleo, Waranka, Salasaka y Saraguro. Además de las nacionalidades y pueblos indígenas, en el Ecuador vive el pueblo afro-ecuatoriano, ubicado, especialmente, en la norteña provincia de Esmeraldas y en el valle de El Chota, en la provincia serrana de Imbabura. El pueblo afro se ubica también, en menor número, en la provincia del Guayas y en la provincia amazónica de Sucumbíos.” (Larrea, et al., 2007, p. 18)

El tema de la salud reproductiva en los pueblos indígenas es objeto de interés y preocupación en los últimos años. A nivel mundial, diferentes comunidades indígenas

han enfrentado desafíos particulares relacionados con la salud reproductiva, debido a una serie de factores sociales, culturales y económicos. Las mujeres de edad fértil son similares a las indígenas y no indígenas. Donde, la fecundidad de las mujeres indígenas es más elevada que la de las no indígenas. Una tercera parte de las indígenas en edad reproductiva tiene cuatro hijos/as o más, mientras que en las segundas dicho porcentaje es 2.5 veces menor (32.1 y 12.8 por ciento, respectivamente). (Instituto Nacional De Las Mujeres, s.f. p. 2)

Las prácticas culturales y las normas sociales en torno a la familia y la reproducción pueden influir en la fecundidad de las mujeres indígenas. Algunas comunidades indígenas pueden valorar la familia numerosa, mientras que otras pueden tener prácticas y creencias que influyen en la decisión de tener menos hijos.

2.1.2 Historia del desarrollo humano y la reproducción en Ecuador.

La historia del desarrollo humano y la reproducción en Ecuador ha estado marcada por influencias culturales, políticas y sociales a lo largo del tiempo. Antes de la llegada de los españoles, diversas culturas indígenas tenían sus propios sistemas de conocimientos relacionados con la salud y la reproducción. Durante la época colonial, la Iglesia Católica tuvo un papel dominante en la promoción de ciertas normas y valores relacionados con la sexualidad y la familia. En el 2002, Larrea y Sánchez dijeron que;

> La teoría del desarrollo humano, al no circunscribir sus metas al crecimiento económico, integra las dimensiones sociales como elementos centrales del desarrollo. Entre ellas se destacan la satisfacción de las necesidades básicas en educación, salud y vivienda, el acceso a un empleo adecuado y dignificante, y la gradual eliminación de las inequidades sociales, entendidas como desigualdades innecesarias, injustas y evitables. Se plantea también la participación consciente de las personas en las decisiones sociales como un fin consubstancial al desarrollo, superando de esta manera concepciones economicistas, que han privilegiado las estrategias económicas sobre las políticas sociales y ambientales. (p. 11)

Ecuador ha enfrentado desafíos en la salud reproductiva, incluyendo altas tasas de embarazo adolescente, mortalidad materna e infantil, y desigualdades en el acceso a servicios de salud en áreas rurales y comunidades indígenas.

2.1.3 Caracterización socio histórico y geográfico de la zona rural de Cuatro Esquinas.

Es importe abordar esta problemática de salud reproductiva: planificación familiar y fecundidad en mujeres indígenas en la zona rural de Cuatro Esquinas para conocer cuáles son los diferentes desafíos que enfrentan debido a los factores culturales, socioeconómicos y de acceso a servicios médicos. Es posible que los las creencias culturales y tradicionales puedan influir en la toma de decisiones relacionadas con la salud reproductiva. En el sector Cuatro Esquinas se ha podido notar que pese a las múltiples campañas sobre planificación familiar pero la gente se muestra reacia a aplicar este conocimiento la mayor parte de mujer tienen un promedio de 4 a 8 hijos de las cuales se encuentran madres solteras, divorciadas, viudas en donde la pobreza no permite brindara sus hijos una vida digna con acceso a todos sus derechos. (Bautista,2012, p.26)

La zona rural de cuatro esquinas tiene una superficie territorial de 363 km2 está ubicado al norte de la ciudad de la ciudad de Guaranda, pertenece a la parroquia Guanujo de la provincia Bolívar, aproximadamente a 45 minutos de la cabecera cantonal. Con una población de 6877 asignada por el INEC en el año 2022. El clima es frio con una temperatura de 14°C a 16°C que distinguido por las constantes lluvias, granizadas y clima nublado. En parroquia Rural de cuatro esquinas cuenta con un centro médico del mismo nombre, cuenta con una construcción de cemento con diferentes áreas dentro del mismo como: consultorios, vacunas, estadísticas, farmacia, vivienda, bodega, cuenta con todos los servicios básicos. La atención está a cargo de profesionales de la salud. Su horario de atención es de 8:00am a 17:00pm de lunes a viernes.

2.2 Marco Teórico

2.2.1 Enfoque sociológico de la salud

La sociología médica o sociología de la salud, trabaja de forma directa con médicos y otros profesionales para investigar factores sociales asociados con trastornos de salud específicos en investigar causas y consecuencias de salud y enfermedad. “Reconociendo que la mala salud está relacionada con variables sociales como edad, raza, sexo, nivel socioeconómico, origen étnico, educación y ocupación”. (Balarezo, 2018). Es decir, que la investigación de sociólogos encuentra una aplicación directa en el análisis de la etiología y causas de la mala salud, en atención al paciente y solución de problemas de salud pública. Además, presenta investigaciones y análisis motivados de forma principal por cuestiones médicas más que sociológicas.

Spencer, en su amplitud sociológica indica que los inconvenientes y problemas de salud eran la causa de los conflictos sociales. “Creyendo que la sociedad debería funcionar de manera independiente y la vida social debería desarrollarse libre del control externo del estado, abrazó la creencia en el proceso de selección natural que esta institución podría usarse para mejorar la salud y prevenir enfermedades”. (Villareal, 2015). Cabe recalcar, que no interviene en la propia selección de ser responsable, al mismo generar una habilidad social y esencial en la sociedad. Por consiguiente, la sociología medica en su amplitud de salud se ha convertido en una indagación desde el pensamiento médico personal o la tendencia del pensamiento social en analizar los limites conceptuales y teóricos. De este modo, se limita en presentar los factores que componen los indicadores de riesgo en distintas publicaciones y estudios médicos, así entender la importancia de conocer temas de salud reproductiva, así como sus enfoques de planificación familiar y fecundidad en las mujeres.

Desde el punto sociológico, se indaga la dicotomía de la enfermedad y salud, donde explican que es un sistema valioso de tener conocimiento sobre salud reproductiva. De la misma forma, las instituciones sociales justifican condicionamientos culturales de la salud como una problemática social. Por ende, Karl Marx, Émile Durkheim y Talcott Parsons explican que la salud desde un punto de vista sociológico y el rol social de los pacientes, son el estudio de problemas de salud que comienza y termina con problemas

de salud y problemas sociales. A igual que Comte, Durkheim, Spencer indaga que la sociedad es un organismo vivo, que se inspira en la biología, en sus funciones y distintas partes que interconectan e interpretan una estructura general de una sociedad que funcione de forma correcta. Al mismo tiempo, satisface los requisitos y asegura un equilibrio con un sistema de conjuntos y el funcionamiento del sistema de salud en relación con la sociedad en general y las instituciones sociales. (Villareal, 2015)

Según Marx (1867), las condiciones de trabajo y las relaciones de producción en una sociedad capitalista tienen un impacto significativo en la salud de los trabajadores. Esto influye en mujeres indígenas ya que pueden enfrentar barreras significativas para acceder a servicios de salud reproductiva, incluyendo información sobre planificación familiar, anticonceptivos y cuidado prenatal. Por las condiciones de trabajo precarias, la falta de autonomía económica y decisional, y la discriminación étnica pueden contribuir a tasas más altas de fecundidad no deseada y a peores resultados de salud materna e infantil entre las mujeres indígenas.

Desde la sociología Parsons nos brinda una definición interesante de salud posicionada en el paradigma medico clásico orientado al individuo e interpreta términos de participación del individuo en el sistema social (Villareal, 2015). Con lo que salud y enfermedad son algo más que condiciones o estados del individuo, sino también, estados reconocidos y valorados por la cultura y la estructura social, por lo que la salud pasa a ser un asunto de responsabilidad social e individual, visto desde una perspectiva de roles.

Así mismo el sociólogo funcionalista Talcott Parsons introduce la idea de sistemas de roles que estructuran la interacción social dentro de las comunidades. En el contexto de la salud reproductiva y la fecundidad en mujeres indígenas, los sistemas de roles delinean claramente quién tiene la autoridad para tomar decisiones relacionadas con la planificación familiar y cómo se distribuyen los recursos familiares. Los roles de género, específicamente, pueden jugar un papel crucial en la determinación de las expectativas sociales y culturales sobre la reproducción. Parsons sostiene que la adaptación social es fundamental para mantener la cohesión comunitaria frente a cambios externos, como la introducción de nuevas prácticas de salud reproductiva o políticas gubernamentales. Esto

sugiere que cualquier intervención en salud reproductiva debe considerar las estructuras sociales y culturales existentes para ser efectiva y respetuosa de las dinámicas locales.

Se refiere a elementos como la organización, relaciones de roles, normas, valores y creencias de la práctica médica como forma de comportamiento humano. La atención se centra en los procesos que tienen lugar en el entorno médico y cómo contribuyen a la comprensión de la sociología médica, especialmente la vida social en general. Se caracteriza por investigar y analizar el entorno médico desde una perspectiva social. Utilizan conocimientos sociológicos y métodos de investigación para explicar, generalizar y predecir el comportamiento social humano en relación con situaciones de salud, desarrollar, probar y validar teorías sociológicas y contribuir al conocimiento general del campo. Los sociólogos médicos persiguen los mismos objetivos que otras disciplinas sociológicas al examinar fenómenos sociales como el poder y el conflicto en el campo de la salud y la enfermedad desde la perspectiva de los problemas sociológicos más que desde una perspectiva médica. (Balarezo, 2018)

Los sociólogos generales fueron los primeros en interesarse en el campo de la sociología médica y utilizaron datos e instituciones médicas para fundamentar las teorías sociológicas. Por lo general, enseñaban solo a estudiantes de sociología. Algunos autores se refieren a que, paradójicamente, a mediados de la década de 1950 los médicos más cercanos a las metas intelectuales de los sociólogos médicos tendían a ser psiquiatras, y eran menos reconocidos como sociólogos duros. Por otro lado, el desarrollo de la sociología médica en Europa estaba todavía en sus primeras etapas y era en gran parte desconocido excepto en Inglaterra, Francia, Bélgica y Polonia. Uno de los programas de sociología médica mejor desarrollados en Europa es el de la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica. (Balarezo, 2018)

La sociología se encarga del estudio los métodos del desarrollo y funcionamiento de los sistemas sociales a nivel global y en particular. Aprenda la cadena de varios fenómenos sociales y las leyes del comportamiento social humano. Una definición más práctica indica que se refiere a la vida social humana, grupos y sociedades. (Rojo y García, 2000). Así mismo busca comprender cómo las estructuras y dinámicas sociales interactúan con la salud individual y colectiva, y cómo se pueden abordar las

desigualdades y desafíos en materia de salud a nivel sociocultural y político. Al utilizar metodologías cualitativas y cuantitativas, esta disciplina proporciona una visión integral y crítica de la salud y la atención médica en la sociedad.

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, influyendo significativamente en los resultados de salud. En comunidades indígenas, factores como normas culturales, nivel educativo y acceso a servicios de salud afectan la salud reproductiva. Según Gaikowski (2019), las normas culturales pueden limitar el acceso a métodos anticonceptivos y priorizar la preservación de la identidad cultural, influyendo en las decisiones reproductivas de las mujeres en un contexto de recursos limitados. Además, los sistemas de roles y las normas culturales determinan quién tiene autoridad para tomar decisiones sobre planificación familiar y distribución de recursos. Las estructuras tradicionales de género pueden reforzar desigualdades y afectar negativamente la salud materna e infantil. Sánchez-Gómez y Rodríguez-Castro (2009) señalan que la adaptación de políticas públicas a estos contextos es necesaria para mejorar los resultados de salud en comunidades vulnerables. Es crucial que las intervenciones en salud consideren estas realidades socioeconómicas y culturales para ser efectivas y equitativas.

2.2.2 Teoría de género y salud reproductiva

La teoría del género es un conjunto de enfoques y perspectivas que buscan analizar y comprender cómo se construyen y operan las identidades y roles de género en la sociedad. Esta teoría cuestiona la idea de que el género es una característica puramente biológica y destaca cómo las normas sociales, las creencias culturales y las estructuras institucionales influyen en la forma en que se concibe y se vive el género. Beauvoir aborda cómo la cultura y las instituciones sociales perpetúan esta desigualdad de género y cómo se forman estereotipos y roles de género que limitan las posibilidades y oportunidades para las mujeres. También critica la idea de que las mujeres son consideradas naturales para ciertas tareas y roles, relegándolas a funciones reproductivas y cuidadoras.

La opresión la padece en el plano económico, no en el sexual. En el campo, la campesina toma parte considerable en el trabajo rural; es tratada como una sirviente; a menudo no come en la misma mesa que el marido y los hijos, trajina más duramente que

ellos, y las cargas de la maternidad aumentan sus fatigas. Pero, siendo necesaria para el hombre, lo mismo que en las antiguas sociedades agrícolas, es también respetada; los bienes de todos ellos, sus intereses, sus preocupaciones, son comunes; la mujer ejerce en la casa una gran autoridad. Fueron estas mujeres quienes, desde el seno de su difícil existencia, hubieran podido afirmarse como personas y exigir derechos; pero una tradición de timidez y sumisión pesaba sobre ellas. (Beauvoir, 1949, p.48)

Beauvoir en este apartado describe como la opresión que sufren las mujeres se manifiesta principalmente en el ámbito económico. Se menciona el caso específico de la campesina en el trabajo rural, donde toma parte activa, pero es tratada como una sirviente y enfrenta una carga adicional debido a la maternidad. Debemos destacar que en la actualidad existen varios derechos, obligaciones y oportunidades para todas las personas. La igualdad de género significa igualdad de derechos, obligaciones y oportunidades par a todas las personas. Es el pilar que necesitamos para construir un mundo sostenible, pa cífico, próspero y saludable que no deje a nadie atrás. Es un derecho humano fundament al consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y esencial para el logr o de todos los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). (Organización Mundial de la Salud, 2018)

El género es un factor importante en las disparidades de salud. Esta hoja informativa explica cómo se puede restringir o promover la equidad en la atención médica, por ejemplo, afectando el acceso a la atención médica universal, y muestra cómo esto afecta las trayectorias profesionales de los trabajadores de la salud. Al género se le puede conceptualizar como relaciones, particularidades y conformidades determinados por la sociedad que se consideran adecuados para mujeres, hombres, niñas, niños y personas con identidades no binarias. Así mismo el género es un producto de las relaciones de las personas entre si su poder compartido. No es un concepto estático, cambia con el tiempo y el espacio. Cuando las personas o los grupos no siguen las normas (incluidas las nociones de masculinidad o feminidad), los roles de género, las responsabilidades y las relaciones, a menudo se enfrentan al estigma, la exclusión social y la discriminación y pueden tener consecuencias negativas para la salud. El género interactúa con el género biológico, pero es un concepto diferente. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Judith Butler, en su obra Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity, introduce la idea de que el género es una construcción performativa. Según Butler, el género no es una identidad fija inherente a los individuos, sino un conjunto de actos repetitivos y estilizados que crean la ilusión de una esencia de género. Esta perspectiva desafía las concepciones tradicionales del género como binario y natural, proponiendo que el género es producido y reproducido a través de prácticas sociales cotidianas (Butler, 1990).

Butler argumenta que la performatividad del género implica que las normas de género son citadas y reiteradas constantemente, lo que permite que sean tanto mantenidas como subvertidas. Este enfoque tiene importantes implicaciones para la teoría de género y la política de identidad, ya que sugiere que las identidades de género pueden ser transformadas a través de la resignificación de actos y prácticas. La obra de Butler ha sido fundamental para los estudios de género y ha influenciado significativamente las discusiones sobre la identidad y la política sexual.

Foucault en relación a cuestiones de género y salud productiva, para analizarlo utiliza su concepto de poder, aunque el poder no es el único aspecto que describe las relaciones y las prácticas sociales, pero es un factor fundamental que debe ser considerado. Su propuesta fue revolucionaria por que le permitió distanciarse de los enfoques clásicos del estudio de las relaciones de poder y las instituciones macrosociales como el Estado, los partidos políticos y las luchas por el poder. El poder sirve para regularizar e intervenir las identidades y prácticas sexuales en la sociedad. (Foucault, 1999)

El cuerpo ocupa un lugar central donde se puede ejercer la fuerza. Hay muchas facetas del cuerpo que se exigen, desde el cuerpo ideal hasta alcanzar su máximo potencial de eficiencia general. La explotación surge no sólo de la relación económica entre trabajadores y propietarios de fábricas. Esta es solo una forma de explotación. Es más directo y visible que lo que está sucediendo en la realidad. A través de una disciplina que comenzó a desarrollarse a partir de finales del siglo XVII. La mecánica cambió cuando la dirección se basó en relaciones directas, directas. Sea más exigente. Todos somos víctimas y cómplices. Somos observados y reprimidos "casi inconscientemente". Pero

también observamos, monitoreamos y sancionamos. Nuestro cuerpo se convierte en un importante instrumento de disciplina. Son cuerpos flexibles que se forman, someten, utilizan, transforman y perfeccionan. El objetivo es manipular un cuerpo altamente adaptable según las necesidades del momento social, el trabajo realizado y lo que se quiere lograr con él.

La disciplina es un aspecto y una característica de la sociedad actual. Se basa en la obediencia del cuerpo. Anteriormente, el poder se ejercía a través de la domesticidad. Se refiere a una relación de control permanente, global, a gran escala, no analítico y limitado. Relación establecida por el capricho o voluntad de un soberano, como una relación que existía entre un soberano y un esclavo o sirviente, o entre un señor feudal y un vasallo. (Foucault, 1999, 128) Los determinantes de género de la salud son normas sociales, expectativas y roles que aumentan las tasas de exposición, la vulnerabilidad y la protección a los riesgos para la salud, la promoción de la salud y los comportamientos de búsqueda de atención, y las respuestas específicas de género en los sistemas de atención de la salud. Son uno de los determinantes sociales más importantes de las desigualdades en salud.

El concepto de interseccionalidad se refiere al significado y la relación entre género, género y otros determinantes y factores sociales que crean desigualdades en salud en los procesos y sistemas de poder a nivel individual, organizacional y global. Se basa en el análisis de las cuestiones de género y lo amplía. (Organización Mundial de la Salud, 2018). Las áreas de salud reproductiva y derechos sexuales y reproductivos se encuentran entre las áreas más diversas donde las desigualdades sociales de las mujeres en relación con los hombres se expresan de formas más diversas.

“El ejercicio del poder patriarcal abarca desde las dimensiones más sutiles hasta las más bárbaras. Aquí encontrarás formas de entender y moldear la vida familiar, creencias y valores que empoderan a las personas en otras áreas de la vida social”. (Castillo, Herrera y Trayner, 2005, p. 11). Si bien no es la única área, es en esta área donde las niñas y los niños aprenden que somos mujeres y hombres, de lo cual se forman gran parte de nuestras identidades generales y las expectativas que dan forma a las vidas

de los demás. No solo surgirá la opresión y el control, sino que surgirá la resistencia y la búsqueda del cambio hacia relaciones más justas e igualitarias.

La incorporación de la perspectiva de género es la evaluación de cómo el género influye en las acciones planificadas, incluidas las leyes, las políticas y los programas, en todos los sectores y en todos los niveles. La teoría de género y salud reproductiva son dos conceptos interrelacionados entre sí que examinan como las estructuras sociales, las expectativas culturales y las normas de género influyen en la salud y el bienestar sexual y reproductivo de las personas.

De este modo, Espinoza y Paz, (2004), dan a conocer que la salud reproductiva es:

> Un espacio donde se han lidiado las discrepancias de este aspecto; posiblemente porque el conocimiento mismo nació con una perspectiva de género, porque en esta área se resumen algunos de los problemas y reivindicaciones más sentidos y movilizadores del feminismo: los relacionados con la autonomía y autodeterminación sobre el cuerpo, la sexualidad, la maternidad; tal vez también porque en las instituciones públicas de salud y población, que inciden de manera central en la salud reproductiva, encontramos algunos funcionarios con mayor interés y apertura ante los problemas de género. (p. 129)

El concepto de salud reproductiva se dio a conocer al mundo siendo el resultado de un intenso debate entre funcionarios gubernamentales, líderes eclesiásticos y feministas agrupados en organizaciones privadas nacionales e internacionales. Y es que, por primera vez en un foro mundial en una reunión formal, se abrió un espacio para la sociedad civil. En esta discusión, surge nuevas propuestas que abordan temas demográficos, de salud y de desarrollo. Mientras que las conferencias anteriores buscaron regular el crecimiento de la población a través de políticas basadas en el control del cuerpo de las mujeres, la CIPD priorizó el derecho universal a la salud reproductiva. De este modo, se implementa un objetivo demográfico, que implica cambios cualitativos y promesas para las mujeres, haciéndolas importantes como seres humanos, no solo para regular el útero, los ovarios o la fertilidad.

La salud reproductiva nació con un enfoque de género, reconociendo que empoderar el cuerpo de las mujeres, respetar sus opciones reproductivas y promover la igualdad con los hombres en materia educativa, laboral y política son fundamentales para alcanzar los derechos reproductivos. Desde la conferencia de El Cairo, una red de organizaciones no gubernamentales con enfoque de género ha insistido en que la

propuesta no se convierta en letra muerta. En el campo de la salud reproductiva, los niveles en los que se manifiesta la desigualdad de género y el potencial para un cambio positivo son muy variados. Sin embargo, debido a que estas desigualdades están íntimamente relacionadas con las desigualdades de índole social, étnica y de otro tipo, alcanzar un estado conceptual de perfecta salud y bienestar físico, mental y social requiere definir líneas de acción que ayuden a abordar todo tipo de desigualdades.

Por si fuera poco, "la violencia doméstica, la negligencia, la indiferencia y los prejuicios que tantos hombres enfrentan con la concepción, concepción, parto y crianza de sus hijos provocan desigualdades, sufrimientos y problemas de salud para las mujeres embarazadas y madres". (Espinoza y Paz, 2004, p. 136). Desde una perspectiva de género, es urgente actuar para reducir la violencia contra las mujeres y fomentar una mayor responsabilidad y participación de los hombres en el embarazo, el parto y la crianza de los hijos.

En este contexto, cada elemento de la salud reproductiva requiere un análisis específico, y la visión general requiere una formulación conceptual y programática. Por ejemplo, en el área de la salud perinatal, existe una necesidad urgente de mejorar la consejería prenatal y la atención profesional de las complicaciones durante el parto. Además, necesitamos una colaboración intensa con matronas y médicos y una mejor remuneración para ellos.

2.2.2.1 Salud reproductiva

La salud pública, especialmente la salud reproductiva, surgió como una preocupación na cional en el contexto de la modernización del país con una creciente industrialización y urbanización durante las décadas de finales del siglo XIX y principios del XX. con cam bios demográficos tempranos. (Foucault, 1991, p. 154). Cabe recalcar que, se refiere a 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.

Para Quintero y Camacho, (2018), "la sexualidad y reproducción están ligadas a la calidad de vida, en lo individual como 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". (p.75). sin duda son aspectos que se relacionan con la

reproducción sexual, y más se entraña en la posibilidad de ejercer los derechos reproductivos y sexuales. Es importante, la salud reproductiva para la sociedad y la sociología porque se encuentra relacionado con un aspecto importante de la vida humana. Hoy en día la salud de la mujer es estudiada por las ciencias sociales y es imposible no reconocer los aportes de la sociología, antropología y medicina social a nuestra comprensión en función reproductiva como sexual, que incluye un enfoque de cultura.

Se trata de examinar "las percepciones sociales que existen en nuestra sociedad s obre la relación entre hombres y mujeres, dado que las construcciones sociales (potencia lmente modificadas) del sexo y el placer son de naturaleza intrínseca a la respuesta sexu al humana" (Espinosa, 1999, p.9). Indicando, que se trata de salud reproductiva, los derechos sexuales y reproductivos se refieren tanto a las diferencias de género como a las desigualdades sociales, de género, de género y de derechos humanos. Consecutivamente, se indaga el entendimiento de la trasformación de relaciones sociales e instituciones en el periodo moderno tardío. Su trabajo sobre teoría estructural brinda una perspectiva analítica sobre como las normas e instituciones sociales afectan en la salud reproductiva, en particular con respecto a la planificación familiar, el acceso a la atención y las decisiones sobre atención media y salud reproductiva.

De otro método, la salud reproductiva son condiciones de pleno bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad y la reproducción en las etapas de la vida. Significa que las personas tienen una vida sexual segura y satisfactoria, tienen la oportunidad de tener hijos y tienen la libertad de elegir si quieren tener hijos, cuándo y con qué reiteración. Tanto hombres como mujeres tienen derecho a la información y al acceso a métodos de control de la fecundidad seguros, eficaces y asequibles, y al acceso a servicios de planificación familiar y salud pública que brinden asistencia profesional adecuada a las mujeres embarazadas y garanticen un parto seguro y el nacimiento de niños sanos y gratuitos. La salud sexual y reproductiva está relacionada con la reproducción, una de las áreas clave de la reproducción social. Por lo cual, Castillo, Herrera y Trayner, (2005), amplia este conocimiento entendiendo que:

> Se desarrollan las relaciones entre mujeres y hombres, que también se expresan en otros ámbitos de la vida social. Estas relaciones son desiguales y jerárquicas, moldeadas por creencias, valores y tradiciones culturales que

> reconocen la superioridad sobre casi todo lo que los hombres y lo que dicen y hacen, lo que resulta en un complejo de inferioridad hacia las mujeres y todo lo que dicen y hacen. (p. 12)

Indicando, que la sociedad desde la perspectiva de salud reproductiva, y de género, significa abordar cómo se produce y reproduce la vida social, y cómo se producen, reproducen y manifiestan las desigualdades sociales para muchas mujeres en relación con la mayoría de los hombres. De esta forma, es ampliar el acceso a la planificación familiar y a métodos anticonceptivos, personas refugiadas que puedan prevenir embarazos no deseados, discapacidades, abortos no seguros, y muertes maternas y perinatales. “La salud sexual y reproductiva incluye la capacidad de tener una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos y de reproducirse, así como la libertad de elegir si hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.” (Álvarez, 2006). Esta última condición implica implícitamente el derecho de hombres y mujeres a recibir información sobre planificación familiar, a acceder a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de control de la fecundidad de su elección, y a servicios médicos apropiados que permitan un embarazo y un parto seguros.

Todos estos enfoques sin duda se refieren e implica la posibilidad de tener una sexualidad satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desea. Esta concepción de la salud reproductiva supone el derecho de las personas a elegir métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y de tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las personas las máximas posibilidades de tener hijos sanos

Según el informe de Demographics International (PAI), ha habido algunas mejoras en la salud reproductiva durante el último siglo, con grandes diferencias entre países, beneficiándose los países más desarrollados. Este informe recalca el impacto de las intervenciones en la salud reproductiva como la atención de calidad durante el embarazo y el parto, el uso de medicamentos que salvan vidas, los procedimientos quirúrgicos seguros, incluido el aborto, la anticoncepción avanzada y la baja fertilidad. Las grandes diferencias en los riesgos sexuales y reproductivos entre países pueden atribuirse a las diferencias en las políticas gubernamentales de salud, los niveles de ingresos y las prácticas sociales y culturales de sus poblaciones.

La justicia y la igualdad se discuten en los foros internacionales como ideales democráticos, pero aún existen diferencias en el acceso a los servicios de salud y en las condiciones de vida de las personas. Los pobres del mundo están aumentando, en su mayoría mujeres y niños, pero varían entre regiones y culturas, y han progresado poco en la participación social de las mujeres y una inclusión más igualitaria. Debido a que la muerte materna es evitable, es un indicador importante de la discriminación y el bajo estatus social de las mujeres. Desafortunadamente, la realidad actual muestra que lograr la salud reproductiva es muy difícil, incluso para millones de personas. Al menos 350 millones de personas que intentan evitar el embarazo no tienen acceso a métodos de planificación familiar. 120 millones de mujeres no cuentan con servicios de salud reproductiva disponibles y aceptables, y aproximadamente 500.000 mujeres mueren cada año por complicaciones relacionadas con el embarazo, cuya principal causa es el aborto. Además, la reproducción humana surge de una compleja red de relaciones sociales en las que la reproducción, los roles de género y la estructura familiar responde a sistemas normativos de control social que pueden o no ser favorables. (Álvarez, 2006)

2.2.2.2 Acceso a información y educación reproductiva

El derecho a la educación sexual es un derecho humano en sí mismo y un medio para garantizar la efectividad de otros derechos humanos como el derecho a la salud, a la información, derechos reproductivos y sexuales. El derecho de acceso a la información es particularmente relevante en el campo de la salud, especialmente la sexualidad y la reproducción, ya que ayuda a las personas a tomar decisiones libres e informadas sobre los aspectos íntimos de su personalidad. En el sistema americano, el acceso a la información sexual y reproductiva incluye una gama de derechos como la libertad de expresión, la integridad personal, la protección de la familia, la privacidad y vivir libre de violencia y discriminación.

La OMS afirma que el acceso a la educación y la información sobre la salud sexual y reproductiva es un derecho humano fundamental (OMS, 2020). Según el UNFPA, la educación sexual integral proporciona a los jóvenes conocimientos y habilidades esenciales (UNFPA, 2019). Planned Parenthood enfatiza la importancia del acceso a la información reproductiva para prevenir embarazos no deseados (Planned Parenthood,

2021). El derecho de las mujeres a acceder a información sobre temas reproductivos conduce a esfuerzos activos o informales por parte de los Estados, reconociendo las limitaciones que las mujeres, en particular las indígenas pobres y/o afrocolombianas y las que viven en zonas rurales, suelen enfrentar para acceder a información confiable, completa, actualizada y accesible que les ayude a ejercer sus derechos y satisfacer sus necesidades.

La educación sexual integral y el acceso a la información promueven un comportamiento sexual saludable, contribuye a relaciones más igualitarias y reduce los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual. Las Directrices Técnicas Internacionales sobre Educación Sexual de la UNESCO (2009) brindan recursos útiles y buenos consejos técnicos para los responsables de la formulación de políticas y los profesionales de la educación y la salud sobre cómo debe ser un programa de educación sexual eficaz y qué contenido y objetivos de aprendizaje deben cubrirse a diferentes edades en la educación sexual básica para niños y niñas y para jóvenes de 5 a 18 años y mayores.

Sin embargo, a pesar de la gran importancia de la alfabetización física, la salud y los derechos, la educación sexual aún puede ser muy controvertida y prejuiciosa en muchas sociedades. Según cálculos de Naciones Unidas, la mayoría de los jóvenes y adolescentes aún carecen de la educación integral que necesitan para una vida saludable. A muchos jóvenes se le niega el acceso a una educación integral sobre sexualidad humana y salud reproductiva, o reciben información sobre salud y sexualidad incompleta, sesgada o inexacta. En algunos países, proporcionar información sexual y reproductiva a los jóvenes está restringido por ley y, en algunos casos, tipificado como delito. Según Amnistía Internacional (2020), el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva es crucial para el ejercicio de los derechos reproductivos y la toma de decisiones informadas. "El acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva es esencial para que las personas puedan ejercer sus derechos reproductivos y tomar decisiones libres de discriminación, coerción y violencia" (Amnistía Internacional, 2020, p. X).

La educación reproductiva se refiere a la provisión y el fomento de información, conocimientos y habilidades sobre salud sexual y reproductiva. El objetivo de este tipo de educación es brindar a las personas una comprensión completa y precisa de temas como la anatomía y fisiología reproductiva, la planificación familiar, la anticoncepción, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el consentimiento, la prevención de embarazos no deseados y la toma de decisiones informadas sobre la salud sexual. "El acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva es esencial para que las personas puedan ejercer sus derechos reproductivos y tomar decisiones libres de discriminación, coerción y violencia. La falta de acceso a esta información puede tener consecuencias graves para la salud y la vida de las personas."

La educación reproductiva está disponible para personas de todas las edades, géneros y orientaciones sexuales y es esencial para empoderar a las personas para que tomen decisiones responsables y saludables con respecto a su sexualidad y reproducción. Al proporcionar información precisa basada en la ciencia, tiene como objetivo reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, y promover relaciones respetuosas e igualitarias. La educación sexual integral en las escuelas no solo reduce las tasas de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, sino que también promueve relaciones saludables y previene la violencia de género" (Guttmacher Institute, 2021, p. X).

La educación igualmente puede abordar conceptos como la dimensión del consentimiento la precaución del acoso sexual, la diversidad sexual y de género, y la importancia de acceder a la asistencia de salud reproductiva seguros y privado. Los programas de educación reproductiva a menudo se llevan a cabo en escuelas, centros de salud y otras comunidades para garantizar que las personas tengan acceso a información importante para la salud sexual y reproductiva. Es significativo que estos programas sean inclusivos, respetuosos de las diferentes identidades y culturas, y basados en la ciencia y los derechos humanos.

2.2.3 Enfoque de género y equidad en las zonas rurales

El enfoque de género y equidad en la ruralidad se enfoca específicamente en abordar las desigualdades de género que existen en contextos rurales, donde las dinámicas de género

pueden ser aún más pronunciadas debido a factores culturales, sociales y económicos. En contextos rurales, suelen existir roles y divisiones tradicionales de género en el trabajo, la toma de decisiones y el acceso a recursos. El enfoque de género y equidad busca cuestionar estas divisiones y promover una distribución más equitativa de las responsabilidades y oportunidades. Tres de cada cuatro personas pobres en países en desarrollo viven en zonas rurales y la mayoría de ellos dependen directa o indirectamente de la agricultura para sus modos de vida. En muchas partes del mundo, las mujeres son las principales agricultoras y productoras, pero sus funciones siguen siendo muy poco reconocidas. (Agricultura y Desarrollo Rural, 2012, p.XVI)

Es importante fomentar la participación activa y el liderazgo de las mujeres rurales en los procesos de toma de decisiones, tanto a nivel comunitario como en instancias políticas y gubernamentales. Su voz y perspectiva son fundamentales para abordar los problemas que enfrentan en sus comunidades. La promoción de la equidad de género en la ruralidad implica brindar educación y capacitación que fortalezca las habilidades y conocimientos de las mujeres, permitiéndoles tomar decisiones informadas y desarrollar sus capacidades.

2.2.4 Planificación familiar

La planificación familiar “es un término que evoca estrategias muy básicas o simples que ayudan a las familias a desarrollar comportamientos reproductivos apropiados para que puedan lograr mejor sus metas de desarrollo saludable”. (Gutiérrez, 2013, p. 465). Es decir, que la realidad de planificación familiar es una estrategia que va mucho más allá de la familia, una noción que está íntimamente relacionado con el desarrollo de las naciones.

Los temas reproductivos no son sólo una preocupación familiar, siempre lo han sido, una preocupación de individuos que reconocieron que el ejercicio de la sexualidad femenina bajo ciertas circunstancias resultaba en el embarazo y el nacimiento de nuevos individuos. En estos días, con una población mundial en crecimiento y el agotamiento de los recursos naturales que afectan las mejores condiciones de vida posibles para todos en todo el mundo, las preocupaciones individuales se han convertido en preocupaciones globales.

En este contexto, se desarrolló el concepto moderno de planificación familiar como una propuesta destinada no solo a mejorar la salud sexual y reproductiva de las personas, sino también a influir en la educación, el alivio de la pobreza, la mejora ambiental y el desarrollo económico nacional. En definitiva, es un concepto transversal que debe ser considerado por los responsables de la conducción de los gobiernos, y debe ser visto desde la perspectiva de considerar la planificación familiar como una herramienta fundamental para el desarrollo sostenible de la nación.

La planificación familiar es distinguida como una estrategia de salud importante y fundamental que, si se utiliza adecuadamente, puede ayudar al desarrollo de la población mundial. El foco estuvo en el individuo, reconociendo así los derechos individuales a la salud, la salud sexual y reproductiva. Ahora se considera promover los derechos humanos.

Por tanto, si el derecho a la salud es un derecho de todo individuo, es deber del Estado asegurar desde el nacimiento las mejores condiciones posibles para que todos crezcan sanos. “Asegurar el acceso a alimentos, ropa, agua limpia, servicios de salud de la más alta calidad con programas de empoderamiento y prevención, y la gama más amplia de medicamentos y anticonceptivos disponibles y accesibles”. (Gutiérrez, 2013, p. 466). En otras palabras, es indagar el acceso a la planificación familiar que sin duda es un derecho de todos y es deber del Estado garantizarlo.

En este nuevo concepto, la planificación familiar permite a las familias contar con formas de limitar el tamaño de su cuerpo y lograr una mejor asignación de recursos, pero no ignora a los humanos como individuos que tienen todo el derecho a usar los métodos anticonceptivos más efectivos para lograr una mejor salud sexual, disfrute sexual sin riesgos y, por lo tanto, una mejor salud reproductiva.

Además, “la prevención de la deserción escolar permite a las mujeres completar y recibir una mejor educación, aumentando así sus salarios y mejorando así su situación familiar, teniendo éxito en promover la participación activa de las mujeres”. (Gutiérrez, 2013, p. 466). Por tanto, se vincula directamente con todos los elementos que forman parte de la población: individuos, familias, comunidades y países, lo que consiente incorporarla a la concepción transversal de la salud sexual y reproductiva, prescindiendo

únicamente de fines demográficos e integrándose a los nuevos paradigmas de población y desarrollo. Por un lado, la prevención del embarazo promueve la igualdad de género en los ámbitos profesionales y profesionales.

Salud

En la vida diaria, la salud es un recurso no un objetivo de vida, más bien se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos personales y sociales, así como aptitudes físicas. De esta manera, la salud se mide por el impacto que una persona puede recibir sin comprender su sistema de vida, también, es un derecho humano e imprescindible para el desarrollo. Por lo tanto, se debe garantizar para todos, siendo una responsabilidad y deber que debe ser asumido por todos.

De este modo, la salud "es el estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones y el conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organimo en un momento determinado, según la primera y segunda acepción". (Rodríguez, y Meros, 2022, p. 124) Es decir, que es un estado personal que va más allá de las referencias científicas, aunque es preciso tener estas referencias para adoptar estrategias necesarias en cada caso y momento

Por lo cual, la salud explica el logro más alto en cuanto al nivel de bienestar mental, social y físico, enfatizada en la capacidad de funcionamiento permitiendo que los factores sociales en el que vivimos inmersos sea un espacio colectivo e individual. Por lo tanto, el más alto nivel de bienestar depende de cada persona y momento, que supone un esfuerzo o logro personal en la sociedad. Al mismo tiempo, es un enfoque digno en el hecho de reconocer la importancia de los factores sociales en los que vive el hombre.

Todos los beneficios de un buen programa de planificación familiar se pierden si no se satisfacen las necesidades de planificación familiar. Entonces, desde el punto de vista de la salud, según Alan Guttmacher, (1994) muestran que:

> El 60% de los embarazos resultan en embarazos no deseados, que muy probablemente terminan en aborto. Dadas las consideraciones legales que existen en América Latina, la mayoría de estos abortos son inseguros y presentan riesgos significativos, incluso para la salud de las mujeres e incluso la muerte. Recuerde, la planificación familiar con anticonceptivos de barrera ayuda a prevenir enfermedades de transmisión sexual, incluido el virus del papiloma (VPH), el VIH

y muchas otras infecciones cuyos efectos en la salud se consideran problemas de salud pública que se propagan a millones de personas cada año.

La planificación familiar también ayuda a mejorar la salud infantil al permitir que las mujeres pasen más tiempo cuidando a sus recién nacidos, mejorando la nutrición y el desarrollo, y brindando una mejor educación a una distancia gestacional óptima. Por ende, la salud tiene que ser capaz de vincular al hombre como un ser psicosocial a partir de sus propias potencialidades y el medio ambiente, con fin de reconocer la importancia de la voluntad del ser humano.

Por consiguiente, Tirado, (2021) menciona que la salud es "un estado de relativo equilibrio de forma y función del organismo que resulta de su ajuste dinámico satisfactorio a las fuerzas, también el estado que una persona obtiene en su repertorio de acción adecuado a los objetivos por el individuo". (p. 56). Se entiende, como la posibilidad de afrontar situaciones nuevas, al margen de la tolerancia que todo ser humano tiene en superar y resistir las infidelidades del medio social.

En este contexto, la salud resulta ser un conjunto de medios para la adaptación a la vida social y de grupo por parte de los individuos. La salud es la capacidad de romper las reglas asignadas y construir nuevas normas bajo las obligaciones de adaptación de un mundo inestable y cambiante. De esta manera, es un medio para la realización personal y colectiva, así como una responsabilidad del ámbito personal, derecho social y hecho político que soporta la equidad, justicia y solidaridad un medio para la vida y el desarrollo.

Educación

Las necesidades de planificación familiar no satisfechas pueden tener costos sociales significativos, incluido el aumento de la deserción escolar debido a embarazos no planificados. Observamos una menor productividad laboral y, por lo tanto, un menor crecimiento económico entre las niñas que abandonan la escuela. y presumía ingresos futuros más bajos en el mercado laboral en comparación con aquellos con diplomas escolares completos. Los factores económicos juegan un papel importante en la deserción escolar temprana en América Latina, pero también se mencionan con frecuencia el embarazo y la maternidad.

Como hemos visto, muchos jóvenes se ven obligados a abandonar la escuela cuando quedan embarazadas, por lo que se ha demostrado que el uso de anticonceptivos mejora el acceso a la educación de mujeres y niñas. En el África subsahariana, entre el 8 % y el 25 % abandona la escuela debido a embarazos no planificados. Por otro lado, las niñas que asisten a la escuela tienen más probabilidades de usar métodos anticonceptivos.

2.2.5 Tipos de anticonceptivos

Por un lado, "son métodos o procedimientos para prevenir el embarazo, ya sean utilizados por la propia mujer sexualmente activa o por su pareja. Pueden ser hormonales o no hormonales, temporales o permanentes, tecnológicos o conductuales. (Díaz y Schiappacasse, 2017, p. 2). Por otro lado, "Capacidad de modular la fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos. Embarazo seguro, parto y crianza de niños sanos" (Beijing, 1995). Considerando, que la sexualidad nos acompaña desde el momento del nacimiento hasta la muerte, y se vive y expresa de diferentes maneras en cada etapa de la vida.

Cuando hablamos de sexualidad, se trata de placer, relaciones con otras personas y reproducción. Salud sexual y reproductiva significa 'tener relaciones sexuales satisfactorias y satisfactorias que no sean forzadas, sin temor a infecciones o embarazos no deseados. Donde, los valores, normas y estereotipos sociales aprendidos desde la niñez determinan los diferentes roles y responsabilidades sexuales de hombres y mujeres, algunos de los cuales son discriminatorios hacia hombres y mujeres. Esta discriminación afecta tanto al disfrute sexual como a la elección y el uso de anticonceptivos.

Según, Orellana y Sillero, (2013), "es un conjunto de prácticas utilizadas en las relaciones heterosexuales basadas en el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados y elegir cuándo y con qué frecuencia tener hijos". (pp. 11-14). Es decir, los métodos anticonceptivos permiten una experiencia sexual más suave sin temor a embarazos no deseados. Asi también, se pueden brindar protección adicional contra las infecciones de transmisión sexual.

Tomando en consideración, que ningún método anticonceptivo es perfecto o 100% efectivo. Cada método anticonceptivo tiene sus fortalezas y debilidades, pero aquellos que se consideran efectivos ofrecen el más alto nivel de protección

anticonceptiva. Principalmente dirigido a mujeres, existen varios tipos a elegir con diferentes mecanismos de acción y vías de administración. Los únicos métodos para los hombres son los condones masculinos y la vasectomía. En este contexto, las personas deben asumir la responsabilidad de la anticoncepción y la mayoría de los problemas, preocupaciones y consecuencias para la salud que surgen del uso de anticonceptivos afectan a las mujeres

2.2.6 Métodos anticonceptivos eficaces utilizado en los pueblos indígenas

En cuanto a los métodos anticonceptivos utilizados en los pueblos indígenas, (Rodríguez, y Salinas, menciona en su investigación titulado *"Poblaciones indígenas amazónicas del Ecuador, su situación, cambios y diferencias reflejadas en su fecundidad*", en el año 2019, considera:

> Como métodos tradicionales más utilizados: el ritmo (60 %), las plantas naturales (30 %), otro (7 %), la abstinencia (2 %) y el retiro (1 %). Respecto a los modernos, el más reportado fue las inyecciones (63 %), seguido por las pastillas (22 %), el DIU/T y la ligadura (con un 6 % cada una) y por último el método de barrera con un 4 %. Para ambos tipos de método usados frente al deseo de tener y no tener otro hijo, calculando de forma global, se evidencia claramente la diferencia entre los tipos de métodos utilizados. El ritmo es el más reportado (35 %), le siguen las inyecciones (26 %), las plantas (18 %), las pastillas (9 %), otro método tradicional (4 %); la abstinencia, el método de barrera y el DIU/T apenas superan el 5 % conjuntamente. (p. 271)

De esta manera, se evidencia que los pueblos indígenas utilizan métodos tradicionales e inclusive inyecciones para reducir embarazos no deseados, al mismo tiempo de generar una planificación familiar adecuada. Donde se demuestra el aumento en el uso de los métodos anticonceptivos, sin embargo, el empleo se concentrar en métodos tradicionales y se evidencia dentro de sus consideraciones reproductivas, el espaciamiento entre sus hijos puede tener ya una validación social y cultural en estas etnias.

Por consiguiente, en los pueblos indígenas del Ecuador lleno de tradiciones y cultura, así como es pluricultural e intercultural, se ve reflejado hasta la actualidad, por la realización de varias prácticas ancestrales, que ha sido transmitidas de una generación, como el uso de plantas, práctica de rituales para fertilidad y concepción de un hijo varón una hija muer y uso de alimentos que aumentan la virilidad del hombre. Por consiguiente,

Betancourt, Moya y Zavala (2020) afirma que la manera tradicional de una planificación familiar se enfatiza por la transmisión de generación en generación, en la cual se afirma que:

> Al momento de la relación sexual el hombre debe eyacular fuera del canal vaginal, así como el uso de plantas, tomar agua de ruda en infusión, 1 taza al día por 3 días, en un vaso de agua de marco en infusión colocar hollín y jabón, tomar al mes de no presentar la menstruación, tomar agua de marco caliente de marco en infusión, tomar agua de ruda y pepas de cilantro en infusión, hacer agua con pepa de aguacate rallada, agregarle pepa de guaba y una rama de carrizo verde y tomar desde el primero al último día de la menstruación durante 8 meses. (p. 16)

De esta forma, con la utilización de la medicina o métodos tradicionales genera que la mujer indígena visibilice la salud sexual y reproductiva como una forma de llevar a cabo su vida sexual de manera satisfactoria, con la libertad de decidir el uso de métodos anticonceptivos, con la finalidad de decidir el número de hijos que deseaban tener, y el momento adecuado para esto. Por ende, entender que el uso de métodos anticonceptivos, les permita planificar un embarazo no deseado y decir el momento exacto para procrear

Al mismo tiempo, en los pueblos las mujeres indígenas entienden que todo ser humano se reproduce de forma voluntaria y natural siempre que haya logrado completar su capacidad biológica para poder engendrar. Esta reproducción se controla mediante el uso de métodos anticonceptivos que no son más que toda la protección utilizada al momento del coito, con la finalidad de prevenir un embarazo no deseado y el contagio de infecciones de transmisión sexual

2.2.7 Métodos anticonceptivos

La planificación familiar es un componente esencial de la salud reproductiva, permitiendo a las personas y parejas decidir el número de hijos y el momento en que desean tenerlos. Los métodos anticonceptivos son herramientas cruciales para lograr este control, ofreciendo diversas opciones que se adaptan a diferentes necesidades y circunstancias. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los métodos anticonceptivos no solo previenen embarazos no deseados, sino que también contribuyen a la reducción de la mortalidad materna e infantil, al permitir espaciar los nacimientos y planificar los embarazos de manera más saludable (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Existen varios tipos de métodos anticonceptivos, que incluyen métodos permanentes, intrauterinos, hormonales y de barrera, cada uno con sus propias ventajas y desventajas. La elección del método adecuado depende de múltiples factores, incluidos la salud, la edad, las preferencias personales y las condiciones socioeconómicas. Un acceso adecuado a la información y a los servicios de planificación familiar es fundamental para empoderar a las mujeres y permitirles tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva (Ministerio de Sanidad, 2020).

Métodos Permanentes para la Mujer

Los métodos anticonceptivos permanentes para la mujer incluyen la ligadura de trompas y la oclusión tubárica. Estos métodos son altamente efectivos y están destinados a aquellas mujeres que están seguras de que no desean tener más hijos en el futuro.

Ligadura de Trompas

La ligadura de trompas implica cortar, atar o bloquear las trompas de Falopio para evitar que los óvulos se encuentren con los espermatozoides. Este procedimiento tiene una tasa de efectividad del 99% y es relativamente sencillo (Ministerio de Sanidad, 2020).

Métodos Anticonceptivos Intrauterinos

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son métodos anticonceptivos de larga duración que se colocan en el útero. Existen dos tipos principales: los DIU de cobre y los DIU hormonales.

DIU de Cobre

El DIU de cobre no contiene hormonas y funciona liberando iones de cobre que son tóxicos para los espermatozoides. Según un estudio publicado en la revista *Lancet*, el DIU de cobre tiene una tasa de efectividad superior al 99% y puede durar entre 5 y 10 años (Garbers et al., 2018).

DIU Hormonal

El DIU hormonal libera una pequeña cantidad de progestina, que espesa el moco cervical y adelgaza el revestimiento del útero. Este tipo de DIU también tiene una efectividad

superior al 99% y puede durar entre 3 y 5 años, dependiendo de la marca y el modelo (Birgisson et al., 2019).

Métodos Anticonceptivos Hormonales Combinados

Los métodos anticonceptivos hormonales combinados incluyen las píldoras, los parches y los anillos vaginales, que contienen tanto estrógeno como progestina. Estos métodos son muy efectivos cuando se usan correctamente, con tasas de efectividad del 91% al 99%.

Píldoras Anticonceptivas

Las píldoras anticonceptivas se toman diariamente y funcionan al inhibir la ovulación y alterar el moco cervical. Las píldoras anticonceptivas combinadas son una opción popular debido a su conveniencia y reversibilidad (Sociedad Española de Contracepción, 2017).

Parches y Anillos Vaginales

Los parches y anillos vaginales liberan hormonas de manera continua y deben cambiarse semanal o mensualmente, respectivamente. Ambos métodos son igual de efectivos que las píldoras y proporcionan una alternativa para aquellas mujeres que prefieren no tomar una píldora diaria (Trussell, 2018).

Métodos Permanentes para el Hombre

El principal método anticonceptivo permanente para el hombre es la vasectomía, un procedimiento quirúrgico que se realiza para cortar o bloquear los conductos deferentes.

Vasectomía

La vasectomía es un procedimiento relativamente simple que se realiza con anestesia local. Tiene una efectividad superior al 99% y se considera una solución permanente para el control de la natalidad en hombres. La vasectomía es un método seguro con una baja tasa de complicaciones y una alta tasa de satisfacción entre los pacientes (Asociación Española de Urología, 2020).

La planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos son fundamentales para la salud reproductiva, especialmente en comunidades vulnerables como las mujeres indígenas. Es crucial proporcionar información y servicios de salud reproductiva que sean

culturalmente sensibles y accesibles. La capacidad de tomar decisiones informadas sobre la fecundidad permite a las mujeres indígenas ejercer un mayor control sobre su salud y bienestar, contribuyendo a la reducción de desigualdades y al empoderamiento de estas comunidades. Además, la implementación de programas de salud reproductiva debe considerar las necesidades específicas de las mujeres indígenas, reconociendo y respetando sus tradiciones y prácticas culturales. La colaboración con líderes comunitarios y la educación inclusiva son estrategias clave para asegurar que los métodos anticonceptivos sean comprendidos y aceptados.

2.2.5 Desigualdad en el acceso a la salud y planificación familiar

La desigualdad en el acceso a la salud y la planificación familiar en zonas rurales es un problema significativo que afecta a muchas comunidades en diferentes partes del mundo. Las zonas rurales a menudo carecen de instalaciones de atención médica adecuadas, lo que dificulta el acceso a servicios de salud, incluyendo la planificación familiar. Por lo tanto, **"**la proporción de mujeres en edad reproductiva que viven en áreas rurales y probablemente insuficientemente atendidas, además las mujeres que viven en áreas rurales". (Juárez et al., 2010, p.10). Cabe indagar, que, en sectores rurales, tienen sistemas de salud menos desarrollados especialmente en términos de hospitales accesibles y de buena calidad a menudo están en enorme desventaja si necesitan atención obstétrica de emergencia

La escasez de personal médico y de enfermería en áreas rurales puede limitar la disponibilidad de atención médica y servicios de planificación familiar. La lejanía y la falta de transporte adecuado pueden dificultar que las personas en zonas rurales accedan a centros de salud donde se brinden servicios de planificación familiar. Las comunidades rurales a menudo enfrentan desventajas socioeconómicas que pueden dificultar el acceso a la salud, incluyendo los servicios de planificación familiar.

2.3.2 Barreras y desafíos en el acceso a servicios de salud reproductiva

El término 'barreras de acceso a los servicios de salud' es un concepto amplio que abarca muchos aspectos y variables diferentes por lo que no existe un modelo único para su significado e impacto. En este contexto, Garrocho (1993) señala que, si bien el concepto de accesibilidad es fundamental para la planificación de los servicios de salud, rara vez

se define claramente, ya que tiende a conceptualizarse como un concepto claro y simple. (Uribe, Rodríguez y Agudelo, 2013, p. 19)

Arredondo y Meléndez (1992) identificaron diferentes modelos para determinar el uso de los servicios de salud, incluidos los epidemiológicos, psicosociales, sociológicos y económicos, y sugirieron que se debe buscar un marco más preciso para explicar los determinantes del uso de los servicios de salud.

Estas barreras van más allá de la mera disponibilidad de recursos y combinan dimensiones socio-organizativas y geográficas. Para Donabedian (1988), el acceso se puede medir en términos de uso de los servicios de salud relacionados con las necesidades percibidas del sujeto. Así, los procesos médicos ocurren en respuesta a necesidades que generalmente se perciben como cambios en la salud y el bienestar.

El acceso siempre está relacionado con el proceso de buscar atención y recibir atención cuando sea necesario. La forma más precisa de hablar de acceso es cuando se refiere a la capacidad de un sujeto para buscar y recibir atención, también conocida como "disponibilidad". Por lo tanto, el acceso se refiere a las características de una población o grupo de usuarios potenciales o reales de un servicio de salud. Otros aspectos, como los factores personales y situacionales, han sido retomados por otros autores para explicar los comportamientos de salud y los resultados del proceso de acceso.

Acceso como un proceso de interacción entre un usuario y un servicio para permitir que un individuo reciba el servicio. Referente a las barreras con acceso a la salud suceden en distintos niveles y con otros gradientes. Algunas de estas barreras resultan de las características demográficas, la organización y prestación de la atención médica y las interacciones entre los proveedores de atención médica y los usuarios.

Como se señaló anteriormente, las principales barreras en el campo de la salud sexual y reproductiva no solo están relacionadas con el estatus socioeconómico de las personas, sino también con las estructuras de género que rodean a las mujeres, especialmente cuando se trata de temas culturalmente sensibles que deben abordarse precisamente porque tocan los límites más íntimos. (Uribe, Rodríguez y Agudelo, 2013, p. 20)

Así mismo otras barreras claves identificadas incluyen barreras geográficas y culturales que se han identificado incluyen geográficas (distancia y ubicación de los servicios de salud), culturales (p. ej., miedo, tabú y malentendidos de las intervenciones médicas), económicas (costos de consultas, medicamentos y pruebas, costos de transporte, costos laborales) y barreras inherentes a la prestación de los servicios de salud en sí (tiempos de espera, disponibilidad de servicios, calidad de la atención). Del mismo modo, la falta de información y claridad en la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes se ha documentado como una barrera que enfrentan los usuarios de los servicios de salud, limitando su capacidad para mejorar los patrones de comportamiento, adherirse al tratamiento e incluso ejercer su poder en la atención de la salud.

En el caso de barreras físicas o geográficas, la distancia entre los usuarios y los servicios de salud es particularmente relevante ya que la disponibilidad del servicio, aunque sea gratuito, no es suficiente para llevar a las personas al punto de atención. Los costos de transporte y el tiempo de viaje son clave para obtener atención médica, pero el tratamiento puede verse obstaculizado si no se dispone de los fondos necesarios.

El tema de las barreras geográficas no afecta únicamente a las zonas rurales y periurbanas, ya que la ubicación de los servicios ha demostrado ser un factor fundamental en el acceso a la salud en las zonas urbanas. Las barreras socioeconómicas se distinguen de las barreras de gastos de bolsillo porque el usuario debe asumir el costo de utilizar el servicio. B. Pagar citas, medicamentos, pruebas de diagnóstico o tratamientos. Asimismo, la ponderación de pérdidas y ganancias en el trabajo presenta barreras económicas que los sujetos toman en cuenta y pueden retrasar el cuidado.

También se investigaron sistemáticamente las barreras socioculturales. Los factores que facilitan el acceso de las personas a los servicios de salud incluyen las actitudes y creencias sobre los servicios y el personal de salud. La humildad para hablar sobre temas específicos y hacer oír tu voz. Miedo a los procedimientos médicos y la tecnología. Falta de autonomía en la toma de decisiones. Violencia doméstica, roles de género de las mujeres en actividades que son predominantemente domésticas (como el cuidado de los niños).

Brecha generacional, nivel de educación y otros aspectos también. Finalmente, las barreras institucionales se refieren a las barreras que surgen de la organización y prestación de servicios de salud como infraestructura, equipamiento y personal médico. Resulta que la visión que el proveedor tiene del usuario es una barrera institucional. Insuficiencia y falta de canales efectivos de comunicación e información, relaciones de poder desiguales. Requisitos administrativos para la atención. Horarios y tiempos de espera para el uso del servicio. Disponibilidad de medicamentos y servicios de planificación familiar, mamografías, prueba de VPH, etc.

Desde este punto de vista, en términos generales, se puede decir que la atención médica no es el factor decisivo, porque la salud de las personas está muy influenciada por sus condiciones de vida y de trabajo. En este sentido, la política de salud pública debe ir más allá de la prioridad de reducir el riesgo de enfermedad y muerte de las personas para abrazar las brechas en las estructuras y procesos sociales que determinan una vida saludable (relacionada con las diferentes oportunidades y recursos de las personas).

Al examinar "la desigualdad en el acceso a estos servicios esenciales utilizando el índice de cobertura compuesto, se observa que el índice varía en la región entre 37,9 % y 84,5 % para el quintil de ingresos más bajos de la población y entre 65,3 % y 89,6 % para el quintil de ingresos más altos". (Uribe, Rodríguez y Agudelo, 2013, p. 21). En este contexto, en mayoría de los países de América Latina han mejorado sus servicios de salud materna, infantil, sexual y reproductiva en las últimas dos décadas.

Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud estima que la cobertura de los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil en las Américas es del 81,3 %, varios puntos porcentuales más que el promedio mundial del 74,0 %. Sin embargo, estos indicadores son desiguales y las mujeres, niños y niñas en situación de vulnerabilidad continúan padeciendo un acceso deficiente y una mala salud.

De manera similar, en varios países de América Latina, se "ha encontrado que los costos de atención médica de bolsillo para las mujeres son sistemáticamente más altos que para los hombres, en parte debido a la mayor carga financiera asociada con el pago de la atención de maternidad y otros servicios de salud materna y reproductiva" (Houghton, Báscolo, Jara, Cuellar, Coitiño, Del Riego y Ventura, 2022). Es decir, que las

mujeres enfrentan barreras sociales, culturales, económicas, legales y de otro tipo relacionadas con su condición de mujeres que limitan sus oportunidades para satisfacer sus necesidades de atención médica.

En muchas situaciones, la autonomía y el poder de decisión de las mujeres son limitados, incluso para las necesidades de salud. Además, las condiciones laborales de las mujeres, así como responsabilidades como las tareas del hogar, el cuidado de niños y personas dependientes, limitan el tiempo de acceso a los servicios de salud. En este sentido, el género debe ser una consideración importante al medir la equidad en el acceso a los servicios de salud e identificar enfoques para abordar la vulnerabilidad de mujeres y niñas, necesidades de salud y desigualdad de género.

A pesar del consenso generalizado "el género es un determinante estructural del acceso, hay poca información sobre las barreras de acceso que enfrentan las mujeres en términos de género en los países de América Latina". (Houghton, Báscolo, Jara, Cuellar, Coitiño, Del Riego y Ventura, 2022). Por lo cual, se relaciona con la necesidad de proporcionar intervenciones de salud específicas para las mujeres como un derecho fundamental para eliminar las desigualdades y destaca la rentabilidad de estas intervenciones. Así como, los roles y relaciones de género que influyen en el acceso a los servicios, teniendo en cuenta las relaciones de poder y la asignación de recursos dentro del hogar y su interacción con los aspectos sociales y culturales

2.3.3 Empoderamiento en salud reproductiva en las mujeres indígenas

El empoderamiento en salud reproductiva de las mujeres indígenas es crucial para garantizar su bienestar y autonomía en decisiones relacionadas con la reproducción. Se deben implementar programas que respeten y valoren sus tradiciones culturales, ofreciendo acceso a información, servicios de salud y educación adecuados en su idioma y adaptados a su contexto.

"Poder planificar cuántos hijos tener y con qué frecuencia te brinda mejores oportunidades para ahorrar, trabajar, ganar más y planificar tu vida. Pueden invertir en educación, así en capacitación profesional para prepararse mejor para el mercado laboral y satisfacer otras necesidades". (Gutiérrez, 2013, p. 467). De esta manera, se promueve

el ejercicio pleno de sus derechos y se fortalece su participación en la toma de decisiones sobre su salud reproductiva.

El empoderamiento implica que las mujeres indígenas tengan la capacidad y el derecho de tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva, incluyendo la posibilidad de decidir cuándo tener hijos, cuántos y con qué espaciamiento. Las mujeres indígenas deben tener acceso a servicios de salud reproductiva de calidad, incluyendo métodos anticonceptivos, servicios de planificación familiar y detección y tratamiento de enfermedades reproductivas.

2.3.4 Perspectivas culturales sobre la fecundidad en mujeres indígena

Entre las teorías más difundidas destaca la teoría de la transición demográfica, en la que la mortalidad y el desarrollo de la fecundidad juegan un papel fundamental. Según UNICEF, menciona que:

> La esperanza de vida humana promedio al nacer es ahora de más de 75 años, en comparación con 69 años en 1990. En tanto, la tasa de fecundidad aumentó del 3% al 2% y del 10,64% al 6,85%. Durante la última década, Ecuador ha experimentado cambios demográficos, con las tasas de fecundidad, mortalidad y natalidad desempeñando un papel destacado. Por ejemplo, en 1990, 5 de cada 1000 morían. Diecisiete años después, solo cuatro personas han muerto, pero la tasa de mortalidad ha disminuido.

Al mismo tiempo, se realiza intentos en explicar el desarrollo de fenómenos demográficos a través de diversas teorías y revelar sus consecuencias independientemente de la voluntad normativa. Conociendo, que la fertilidad de las sociedades antiguas estuvo indudablemente determinada por la necesidad de supervivencia.

Sin embargo, “la fuerte disminución a fines del siglo XX como resultado de la disminución del número de niños no deseados y la revisión a la baja del número de niños elegibles no fue compensada por una mejor supervivencia de los nacidos más jóvenes”. (Lachimba y Medina, 2010, p. 27). Recalcando, que varios nacimientos fueron solo nacimientos de reemplazo destinados a compensar la desaparición del primogénito fallecido. Posteriormente, la disminución de los nacidos vivos se vio compensada por mejoras en la supervivencia antes de la edad reproductiva.

Los altos niveles de fertilidad están asociados con procesos reproductivos intensivos y deben registrarse longitudinalmente. La edad de una mujer debe tenerse en

cuenta al intentar medirla. “Una posibilidad es centrarse en cohortes que se acercan al final de su vida reproductiva, pero tiene limitaciones claras en la interpretación (se captura la fecundidad pasada) y aplicación de políticas (no hay intervención para las trayectorias reproductivas completas)”. (Rodríguez, 2003, p. 15). Por tanto, es posible atribuir un estado de fecundidad alta a las mujeres de todas las edades a partir de los parámetros del número de hijos nacidos a distintas edades. Este parámetro puede definirse sobre la base de una distribución uniforme entre países por edad exacta, o sobre criterios relacionados con el desempeño de las sociedades modernas, donde la alta fecundidad tiende a contradecir lo que se considera una adecuada integración social.

La antropología demográfica de las comunidades indígenas se ha arraigado como un tema teórico y metodológico en las últimas décadas y ha realizado importantes aportes al conocimiento de la demografía de las pequeñas sociedades. Además, dichos estudios proporcionaron datos para evaluar el estado de salud de estas personas. Un buen ejemplo de la expansión y mejora de la investigación en antropología demográfica es el análisis de los pueblos indígenas de Brasil, especialmente de la cuenca del Amazonas, durante las últimas dos décadas.

Desde la perspectiva de las dinámicas reproductivas, los sistemas socioculturales indígenas amazónicos tienen regulaciones sofisticadas en cuanto al inicio de la actividad sexual, la edad del matrimonio, el nacimiento del primer hijo, los intervalos entre nacimientos y el final del período reproductivo. La diversidad social de los pueblos indígenas de Brasil, con cerca de 220 grupos étnicos, es muy alta y, aunque esto dificulta mucho la generalización, las condiciones asociadas a la salud reproductiva son generalmente altas. Un número significativo de tasas totales de fecundidad (TFR) se encuentran en el rango de 7-8 hijos.

Desde una perspectiva epidemiológica, “la combinación de TGF alta, nacimientos en la adolescencia temprana y una vida reproductiva prolongada generalmente puede colocar a las mujeres aborígenes en posiciones sociales y de salud vulnerables”. (Arias, Ventura, Coímbra, Oliveira y Escobar, 2010, p. 350). Es decir, los patrones de fecundidad altos se asocian con intervalos entre nacimientos cortos, inicio del período reproductivo

a principios de los 20 años de vida, alrededor de los 13-14 años de edad, y a menudo continúa hasta los 40-45 años de edad

La fecundidad de las mujeres indígenas varía según el área geográfica, el grupo étnico, las situaciones socioeconómicas y culturales y el acceso a los servicios de salud y educación. Es imprescindible conmemorar que los pueblos indígenas son diversos y abarcan una amplia gama de culturas, tradiciones y condiciones socioeconómicas, lo que dificulta hacer declaraciones generales sobre su fertilidad en su conjunto.

Históricamente, muchas comunidades indígenas han tenido tasas de fecundidad más altas que otros grupos debido a causas como la falta de disponibilidad de anticonceptivos modernos, el dominio de prácticas culturales y religiosas y una alta dependencia de la agricultura y la subsistencia.

Sin embargo, el aumento de la urbanización, el acceso a la educación y la atención médica, y el cambio cultural y social han llevado a una disminución de las tasas de fertilidad de muchos pueblos indígenas en las últimas décadas. A medida que las comunidades indígenas se integren más en las sociedades nacionales, la población en general podrá adoptar prácticas más comunes de planificación familiar y control de la natalidad.

Es imprescindible tener en cuenta que cualquier discusión sobre la fertilidad de las mujeres aborígenes debe llevarse a cabo con sensibilidad cultural y sin culpar ni criticar las elecciones reproductivas realizadas por estas comunidades. Cada cultura tiene sus propias ideas sobre la familia, la maternidad y la paternidad, y es importante respetar la diversidad cultural y la independencia en estos temas. Además, es decisivo asegurar que todas las mujeres, incluidas las mujeres indígenas, tengan igual acceso a los servicios de salud, educación y planificación familiar para que puedan tomar decisiones informadas sobre la salud reproductiva y el bienestar.

Si bien en la tradición occidental la maternidad es un rasgo natural de la mujer, la naturalidad de esta función puede derivar de la biología, mantenida en algún período histórico en forma de conocimiento intuitivo, lo que requiere una etapa específica de aprendizaje o canalización. A lo largo de la historia ha existido discriminación materna

que se aparta de las expectativas de otra madre y del marco de la maternidad como madre conforme a las normas imperantes y es inapropiada, inapropiada o indeseable.

Según, Oakley, (1984), “las madres que no se ajustan a los estándares socialmente aceptados han demandado diferente discurso social y promovidas diferentes formas de institucionalización educativa”. Indicando, que el discurso pedagógico, es el sujeto teórico de la psicología educativa, ha participado activamente en la generación de lo inadecuado en relación a esta categoría, de conocer sobre temas de salud reproductiva, planificación familiar y por ende enfoques de fecundidad y maternidad.

2.3.5 Conocimientos y prácticas de salud reproductiva en comunidades indígenas

Al hablar de “sexualidad está presente desde prematura edad, agrupada al cuidado del cuerpo en la infancia y la aprobación de maneras de exploración de la sexualidad en esta etapa” (Suarez, 2020, p. 24). Donde, se evidencian los diversos escritos comunitarios que se analizan a continuación, no siempre existe un proceso de orientación sobre el tema de la sexualidad de padres a hijos. En cuanto a los saberes y prácticas encontrados en las comunidades indígenas de las Américas, los primeros hallazgos se enfocan en la diversidad intercultural en las experiencias sexuales desde la infancia.

La sexualidad referida en los cambios del cuerpo

Para los pueblos indígenas, en el proceso de socialización “lo más significativo e importante es enseñar a los niños a cuidar su cuerpo a través de consejos morales, una alimentación adecuada y otras prácticas cotidianas, chamánicas y rituales”. Al mismo tiempo, se les enseña a controlar su comportamiento y emociones, y a manejar adecuadamente sus relaciones afectivas y su sexualidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la adolescencia es un periodo de cambios físicos significativos que afectan la sexualidad y la identidad sexual. "La sexualidad durante la adolescencia está marcada por numerosos cambios en el cuerpo que incluyen el desarrollo de características sexuales secundarias" (OMS, 2021, p. X).

Se puede decir que la menstruación y los cambios corporales inician un proceso de consejos y recomendaciones sobre el comportamiento sexual de hombres y mujeres. Casi todas las recomendaciones están dirigidas a evitar el embarazo precoz y las enfermedades de transmisión sexual. Pero esto no pretende hablar de anticoncepción y

reproducción, ni de cómo contraer y prevenir infecciones de transmisión sexual. La recomendación tiene como objetivo evitar las relaciones sexuales y censurar las conductas 'peligrosas' de las mujeres.

Sexualidad asociada con la conformación de la Familia: Virginidad como un tesoro

El sociólogo francés Michel Foucault en el cuarto volumen de sus trabajos sobre la historia de la sexualidad, titulado Las confesiones de la carne, expone que la idea de virginidad, también identificada como "la continencia definitiva", aparece en el siglo II como una práctica difundida entre los cristianos. Esta tendencia cristiana tenía como principio prohibir todas las relaciones sexuales como condición indispensable de su salvación (Foucault, 2019, p.135). Desde la perspectiva de Foucault, la virginidad no solo era un estado físico de abstención sexual, sino también un concepto cargado de significado moral y espiritual. Esta práctica no se limitaba únicamente a la renuncia a la actividad sexual, sino que también simbolizaba un compromiso profundo con los valores religiosos y una forma de resistencia frente a las normas sociales y culturales predominantes. En este sentido, la virginidad se posicionaba como una práctica de disciplina y control sobre el cuerpo, influyendo significativamente en la configuración de identidades personales y comunitarias dentro de las comunidades cristianas tempranas.

Por otro lado, la filósofa Simone de Beauvoir hace una aclaración que considero particularmente valiosa para redimensionar lo que se entiende por virginidad, acusa que entregarse por desafío, por temor, por racionalismo puritano, no es realizar una auténtica experiencia erótica, solamente se obtiene un sustituto sin gran sabor; el acto sexual no va acompañado ni de angustia ni de vergüenza, si estos factores están presentes es porque la turbación ha sido superficial y el placer no ha invadido la carne. "Esas doncellas desfloradas siguen siendo vírgenes, y es probable que el día que tenga que habérselas con un hombre sensual e imperioso, le opondrán resistencias virginales (Beauvoir 2014, 331). Perspectiva que no es nueva, ergo los romanos calificaban de invictas a las mujeres que a las que ninguno de sus amantes le había procurado placer, y los griegos llamaban virgen insumisa a las mujeres que no habían conocido varón.

El concepto de virginidad sigue siendo complejo y multifacético, influenciado por valores religiosos, sociales y personales. Tanto Foucault como Beauvoir invitan a

cuestionar las interpretaciones estáticas de este concepto, destacando su dinamismo histórico y la diversidad de experiencias que subyacen a él. Esta reflexión invita a una mayor comprensión y respeto hacia las diversas formas en que las personas viven y interpretan su sexualidad en relación con la conformación de la familia y la sociedad en general.

2.4 Marco Legal

El estado tiene la necesidad de adoptar medidas para promover el derecho de la salud que tiene la mujer y se refiere al desarrollo de la salud material reproductiva y sexual. Donde genere una reducción de riesgos que afecten la salud de la mujer, como su mortalidad materna y protección de la mujer contra la violencia de la mujer. De igual manera, se amplié la obligación de abstenerse en limitar el acceso de anticonceptivos, ocultar, desvirtuar y censurad información en relación a la salud sexual.

De esta manera, la Constitución de la Republica de Ecuador, tiene en cuenta “la adopción de medidas para mejorar la salud materna, acceso a la planificación de la familia, atención anterior y posterior al parto, servicios obstétricos de urgencia y acceso a la información, así como recursos necesarios para actuar ante la información”. (Constitución de la Republica del Ecuador, 2014, p. 3). Por lo cual, el derecho a la salud comprende que la mujer y el hombre son libres para decidir si desean reproducirse y en qué momento.

En este sentido, tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los servicios de atención de la salud que permitan pasar un embarazo y parto sin peligros. Igualmente, garantice atención de salud reproductiva, conjunto de métodos que contribuyen a la salud y bienestar reproductivos al evitando y resolviendo los problemas relacionados con la salud reproductiva.

Art.- 32 El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia,

precaución y bioética, con enfoque de género y generacional, donde establece la responsabilidad del Estado de asegurar que todas las entidades educativas impartan una educación en ciudadanía, sexualidad y ambiente, desde el enfoque de derechos.

De este modo, los derechos sexuales y reproductivos están relacionados con la libertad de las personas a decidir sobre su sexualidad y el ejercicio libre de la misma. Estos derechos incluyen ejercer sobre la sexualidad de la reproducción derechos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de toda pareja e individuo a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductivo.

El desconocimiento sobre salud reproductiva se centra en adolescentes, jóvenes y mujeres, pueblos indígenas, población afrodescendiente, personas con discapacidad, y personas migrantes y refugiadas, debido a que son grupos que enfrentan más inequidades para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Es importante que toda la población debe conocer sobre planificación familiar, por lo cual menciona que, “es un término indicativo de las prácticas de una pareja que tengan como fin el control de la cantidad de hijos, la planificación familiar comprende ayudar a unas parejas que no pueden reproducirse, para lograr el embarazo”. (Instituto Nacional de Estadisticas y Censos, s/f, p. 7). En este sentido, permite ayudar a otras a evitar o espaciar los embarazos según la percepción que tengan de la familia que razonada y libremente desean tener.

Todo este conocimiento es importante para llevar a cabo la planificación familiar se pueden utilizar tanto métodos naturales o métodos de regulación de la fertilidad, como métodos anticonceptivos, ya que es una metodología utilizada para impedir o reducir la posibilidad de que ocurra la fecundación o los embarazos no deseados; además, de evitar las enfermedades de transmisión sexual.

Según, el Ministerio de Salud Pública, (2010) menciona que “la planificación familiar constituye una de las estrategias para alcanzar una Salud Sexual y Reproductiva plena, razón por la cual todos los individuos deberían acceder, elegir y beneficiarse del avance científico en lo referente a métodos anticonceptivos”. (p. 11). Cabe indicar, que

es la tarea permanente si consideremos que generación tras generación siempre habrá gente que necesite planificación familiar, con todos sus componentes: control preconcepcional, anticoncepción y atención de infertilidad.

CAPÍTULO III – METODOLOGÍA

3.1 Método de la investigación

Para la ejecución del presente trabajo investigativo, se utiliza el método cuantitativo mismo que se utiliza para la recopilación y análisis de datos, con fin de ampliar el conocimiento del tema de investigación. En este sentido, el enfoque cuantitativo permite ampliar e indagar el tema de salud reproductiva y planificación familiar en la zona rural Cuatro Esquinas, donde se desarrolle técnicas e instrumentos de investigación, como encuesta con su respectivo cuestionario, factible en realizar el proyecto investigativo.

3.1.1. Método cuantitativo

Para Gómez, (2006), es el enfoque cuantitativo "utiliza la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, confiando en la medición numérica, el conteo y el uso de la estadística para intentar establecer con exactitud patrones en una población" (p. 60).

Esto se refiere a una estrategia de investigación que combina tanto elementos cuantitativos como cualitativos en un mismo estudio. Este enfoque busca aprovechar las fortalezas de ambas metodologías y abordar preguntas de investigación de manera más completa y profunda. Es importante combinar los dos enfoques para que permita una comprensión más completa y profunda de la investigación.

3.1.2 Método Deductivo

El método deductivo se refiere a “un conocimiento general a otro de menor nivel de generalización que son puntos de partida para realizar inferencias mentales y arribar a nuevas conclusiones lógicas para casos particulares”. (Pérez, y Rodríguez, 2017, p. 188). Es decir, consiste en generar soluciones o características concretas sobre temas de salud reproductiva, planificación familiar y fecundidad en mujeres indígenas en la zona rural de Cuatro esquinas, a partir de principios, leyes o definiciones con fin de encontrar o hallar principios inexplorados, a partir de los conocidos o descubrir resultados positivos.

3.1.3 Método Inductivo

Según, Pérez, y Rodríguez, (2017), el método inductivo es "una forma de razonamiento en la que se pasa del conocimiento de casos particulares a un conocimiento más general, que refleja lo que hay de común en los fenómenos individuales". (p. 187). Sin duda, se genera una investigación amplia de los hechos de la realidad, en el caso de investigar con profundidad temas sobre salud reproductiva: planificación familiar y fecundidad en mujeres indígenas en la zona rural de Cuatro esquinas, con el fin de llegar a conclusiones, donde la recopilación de datos se inicia a través de una observación y experimentación, para luego analizar y generar datos finales.

3.2 Tipo de Investigación

3.2.1. Investigación descriptiva

Según Tamayo y Tamayo (2006), el tipo de investigación descriptiva, comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual y la composición o procesos de los fenómenos; el enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre cómo una persona, grupo, cosa funciona en el presente; la investigación descriptiva trabaja sobre realidades de hecho, caracterizándose fundamentalmente por presentarnos una interpretación correcta. (p.2)

Esta investigación ayudara a describir las describir las diferentes características del tema propuesto para poder analizar los datos y comprender las variables. Se trata de recopilar información de gran utilidad en el análisis estadístico de muestras, para estudiar las características de una amplia gama de métodos de gestión ambiental y para desarrollar políticas y estrategias para mejorar este problema en la zona rural.

3.2.2. Investigación bibliográfica

Para los estudios, "la información conceptual se obtiene de materiales de información como libros, revistas, artículos científicos u otros documentos que ayudan a obtener decisiones de estudio o datos escritos". (Astudillo, y Méndez, 2008, p. 16). Es el proceso mediante el cual recopilamos información, sobre salud reproductiva, planificación familiar, temas de gran enfoque, así como su conocimiento debe ser sistemático y es una revisión de principales obras de una determinada disciplina, resúmenes, bibliotecas.

Es evidente, que para la realización del trabajo investigativo la bibliográfica permitirá identificar y revisar estudios, teorías y conceptos previos relacionados con el tema de investigación. Esto ayuda a fundamentar la investigación en el contexto existente y a demostrar la relevancia y originalidad del estudio actual, sobre salud reproductivo, planificación familiar y fecundidad de la mujer indígena.

3.3 Técnicas e instrumentos de investigación

3.3.1. Técnicas

Encuestas

Según Groves, Fowler, Couper y Lepkowski (2011), una encuesta es "un proceso en el cual se selecciona y se entrevista a un subconjunto de individuos de una población objetivo con el fin de obtener información que se pueda extrapolar a toda la población". (p. 2). Sin duda, la aplicación de una encuesta se enfatiza en ser una herramienta de investigación que se utiliza para recopilar datos de una muestra de individuos sobre sus opiniones, actitudes, conocimientos o actuaciones en relación con salud reproductiva, así como temas de planificación familiar y fecundidad.

3.3.2. Instrumentos

Cuestionario

Para el presente trabajo de investigación el instrumento a utilizar será la recolección de datos elaborando una encuesta, a través la aplicación del instrumento del cuestionario estructurado. Consiste en una serie de preguntas estructuradas que se presentan a los participantes de manera estandarizada, con el objetivo de obtener información cuantitativa sobre el fenómeno que se está estudiando.

Donde se elaboró 21 preguntas, para la realización de este trabajo investigativo. De esta manera, indagar la perspectiva de las mujeres indígenas sobre la salud productiva que implica la posibilidad de tener una sexualidad satisfactoria y segura, así con la libertad de tener hijos, a partir de una adecuada planificación familiar que toda mujer debe tener, y decidir traer hijos al mundo de forma planificada.

3.4 Criterio de inclusión y criterio de exclusión

3.4.1 Criterio de inclusión

Los criterios de inclusión que se tomarán en cuenta para el desarrollo del presente trabajo son los siguientes:

- ✓ Mujeres mayores de 18 años
- ✓ Mujeres embarazadas y solteras de la zona rural de cuatro esquinas
- ✓ Adolescentes de la zona rural de cuatro esquinas
- ✓ Mujeres indígenas de la zona rural de cuatro esquinas
- ✓ Enfermeros de la zona rural de cuatro esquinas
- ✓ Doctores de la zona rural de cuatro esquinas

3.4.2 Criterio de exclusión

Los criterios de exclusión que se toman en cuenta para la ejecución del presente trabajo investigativo son los siguientes:

- × Mujeres no embarazadas
- × Mujeres sin experiencia sexual
- × Hombres

3.5 Población y muestra

3.5.1 Población

Siguiendo el razonamiento de (Bagua, 2019) población se define como conjunto de todos los elementos sobre los que se va a realizar la investigación, además se lo puede definir como el conjunto de todas las unidades de muestreo en las que se observa una o más características de interés para el adecuado desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuará una determinada medición y observación de variables.

Para llevar a cabo este trabajó de investigación se utilizó la población finita incluye 624 mujeres de 10 a 19, 1781 mujeres de 20 a 64 años y 130 mujeres embarazadas (proyección población asignada. 2023 departamento distrital del subcentro cuatro esquinas) Teniendo en cuenta que la población es el conjunto de personas u objetos de

los que se desea conocer algo en una investigación, así como conjunto de elementos que son objeto de estudio estadístico.

3.5.2 Muestra

Se realiza una muestra pertinente para la ejecución y aplicación de las encuestas, que reúnen las mismas características que se va a estudiar con fin de conocer perspectivas de salud reproductiva, planificación familiar y fecundidad en la zona rural Cuatro Esquinas

Para ello, se realizará una muestra siendo una parte de la población que se selecciona para obtener información con la que se va a trabajar, en lo cual se aplicara la siguiente formula:

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p\,(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p\,(1-p)}{e^2 N}\right)}$$

z = Nivel de confianza (95%)

E = margen de error (0,005)

N = Tamaño de la población (2535)

P = probabilidad

Cálculo realizado de la muestra:

$$\frac{\frac{\left(1.96^2\right) \cdot (0.5)(1-0.5)}{\left(0.05^2\right)}}{1 + \left(\frac{\left(1.96^2\right) \cdot (0.5)(1-0.5)}{\left(0.05^2\right)(2535)}\right)} = 333.6047356$$

En este contexto se utiliza el 95% de probabilidad, con un error, de 0,005, y con una población de 2535 mujeres de la zona rural cuatro esquinas, teniendo como resultado una muestra de 334 personas que serán encuestadas, donde permita indagar a las personas de esta comunidad sobre Salud reproductiva: planificación familiar y fecundidad en

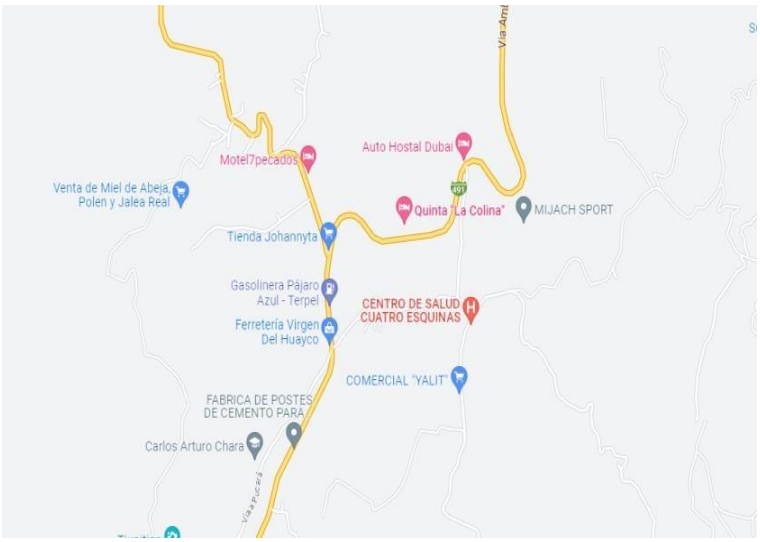
mujeres indígenas. Donde se enfoca que ciertos aspectos teóricos como trabajo de cuidado y domestico no remunerados y otros enfoques que sean de ayuda en la investigación de la zona Cuatro Esquinas.

Posterior, realizar el procedimiento de recolección de datos, pues como técnica de recolección es la encuesta y ya teniendo la muestra se realizará la encuesta pertinente con una elaboración de preguntas, a los habitantes de la zona rural Cuatro Esquinas, con fin de determinar las perspectivas de salud reproductiva: planificación familiar y fecundidad en mujeres indígenas en la zona rural y verificar si se cumple las políticas de este tema de investigación.

3.6 Localización geográfica del estudio

El presente trabajo se llevará a cabo en la zona rural de Cuatro Esquinas tiene una superficie territorial de 363 km2 está ubicado al norte de la ciudad de la ciudad de Guaranda, pertenece a la parroquia Guanujo de la provincia Bolívar, aproximadamente a 45 minutos de la cabecera cantonal. Con una población de 6877 asignada por el INEC en el año 2022. El clima es frio con una temperatura de 14°C a 16°C que distinguido por las constantes lluvias, granizadas y clima nublado.

Figura 1.- Centro de Salud Cuatro Esquinas F2C4+PF2, Guaranda.



Nota: imagen tomada de Google Maps. Capítulo IV – Resultados y discusión

CAPÍTULO IV – RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

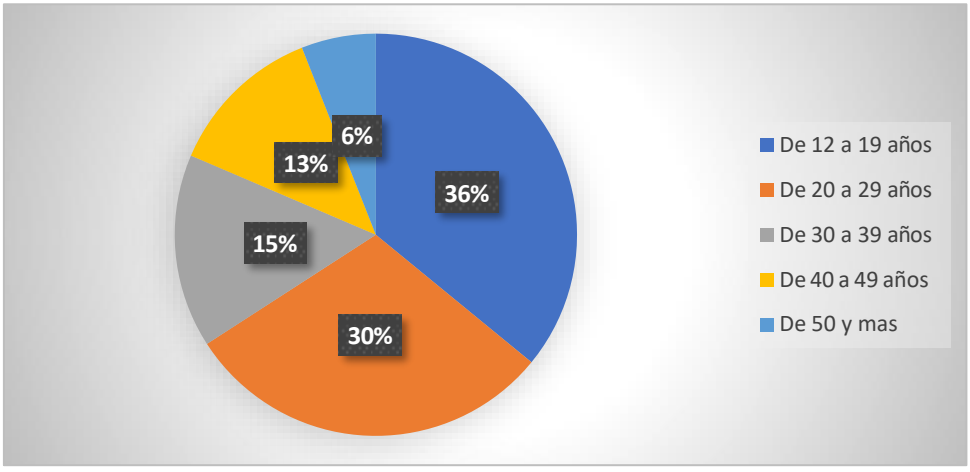
En el presente capitulo se muestra los resultados de la investigación realizada en la zona rural de Cuatro Esquinas, el mismo que pretende dar un análisis de los datos obtenidos de las encuestas realizadas a las mujeres indígenas del sector mencionado, con la finalidad de conocer sobre la salud reproductiva: planificación familiar y fecundidad.

Tabla 1.- Edad

Variable	Frecuencia	Porcentaje
De 12 a 19 años	120	36%
De 20 a 29 años	100	30%
De 30 a 39 años	52	15%
De 40 a 49 años	42	13%
De 50 y mas	20	6%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural “Cuatro Esquinas” Elaborado Eva Mora

Figura 2.- Edad



Fuente: Registro Zona Rural “Cuatro Esquinas” Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

Investigar sobre la salud reproductiva, en términos de planificación familiar y fecundidad, revela una distribución por edades en la población encuestada. La mayor parte de los encuestados se encuentra en el rango de 12 a 19 años, representando el 36% de la muestra.

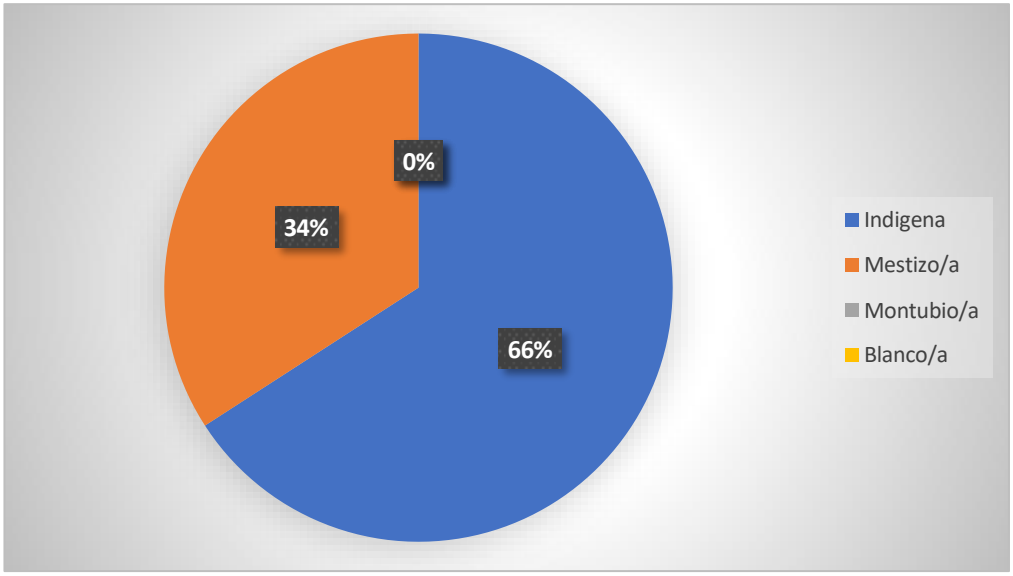
Este alto porcentaje subraya la importancia de enfocar programas educativos y servicios de salud reproductiva en adolescentes, quienes están en una etapa crítica para la formación de hábitos y conocimientos sobre la planificación familiar. El grupo de 20 a 29 años constituye el 30% de los encuestados, indicando también una necesidad significativa de apoyo en términos de planificación familiar, ya que es un periodo típico para la decisión sobre tener hijos. Las personas de 30 a 39 años representan el 15%, seguido por el 13% de 40 a 49 años, y finalmente, aquellos de 50 años o más comprenden solo el 6% de la muestra. Esta distribución muestra que aunque la atención debe ser continua a lo largo de todas las edades fértiles, los esfuerzos deben ser especialmente intensivos en los grupos más jóvenes, donde la intervención puede tener un impacto duradero en la salud reproductiva.

Tabla 2.- ¿Cómo se identifica?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Indígena	220	66%
Mestizo/a	114	34%
Montubio/a	0	0%
Blanco/a	0	0%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 3.-¿Cómo se identifica?



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

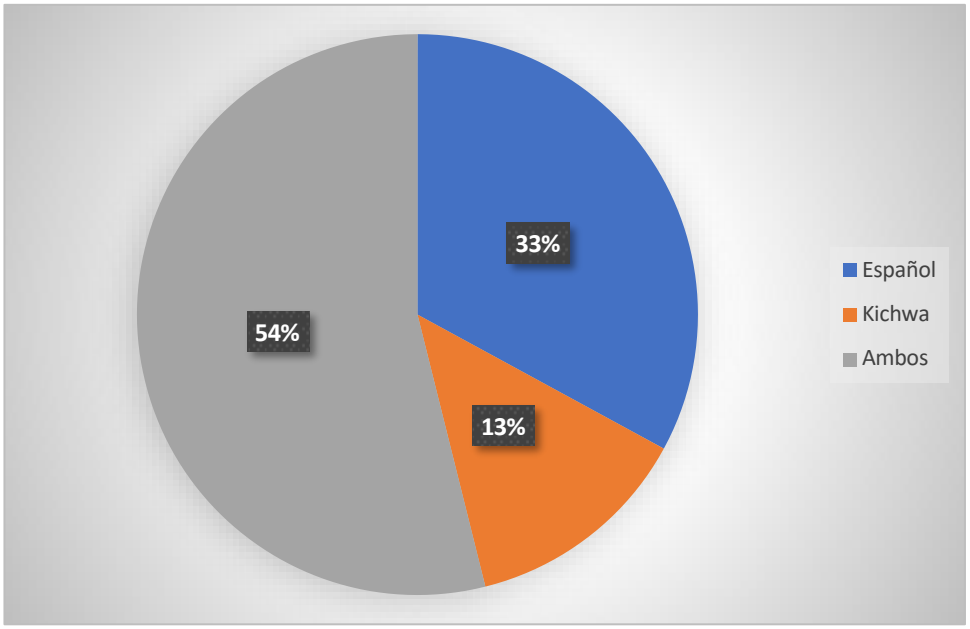
El análisis de los datos sobre la identidad étnica y su relación con la salud reproductiva revela que el 66% de los encuestados se identifica como indígena, mientras que el 34% se identifica como mestizo. No se reportaron individuos que se identifiquen como montubio o blanco. Esta distribución sugiere que la mayoría de la población a estudiar en términos de planificación familiar y fecundidad pertenece a la comunidad indígena. Esto implica la necesidad de desarrollar programas de salud reproductiva que sean culturalmente sensibles y específicos para esta población mayoritaria. Además, es importante considerar las diferencias culturales y sociales que pueden influir en las prácticas de planificación familiar y fecundidad dentro de estas comunidades, asegurando que los servicios sean accesibles y efectivos para todas las personas involucradas.

Tabla 3.- Idioma

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Español	110	33%
Kichwa	44	13%
Ambos	180	54%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 4.- Idioma



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

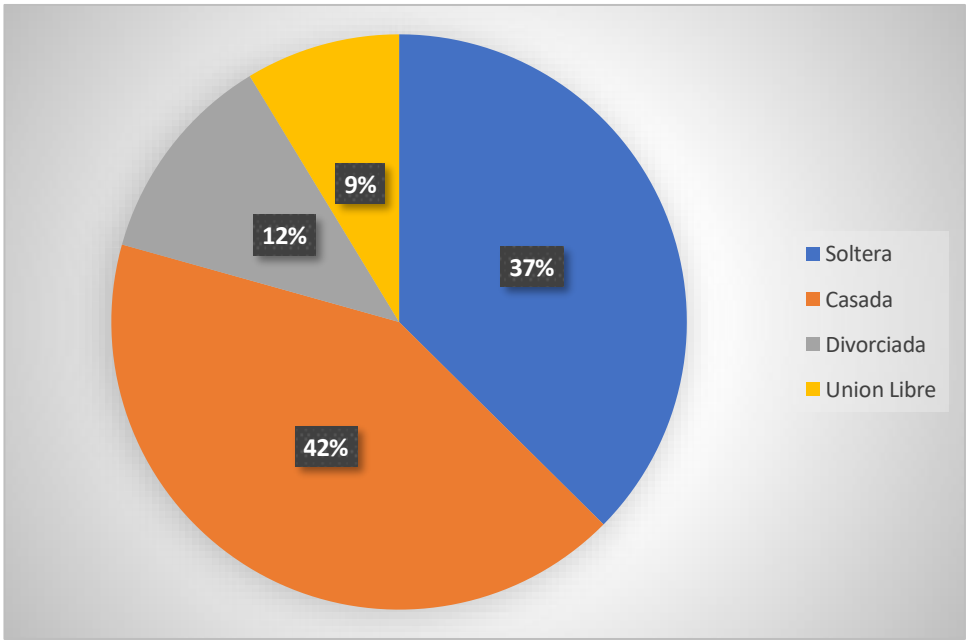
El análisis de estos datos sobre el idioma hablado por la población estudiada en Cuatro Esquinas muestra que el 54% de los encuestados habla ambos idiomas, español y kichwa. El español es hablado por el 33% de los participantes, mientras que el kichwa es utilizado por el 13% de la muestra. Este patrón lingüístico refleja un contexto bilingüe significativo en la comunidad, lo cual subraya la importancia de políticas y programas de salud que consideren la diversidad lingüística para facilitar una comunicación efectiva y acceso equitativo a servicios de salud. Es fundamental promover intervenciones que respeten y utilicen ambos idiomas, garantizando así que todas las personas puedan recibir información y cuidado de salud adecuado, independientemente del idioma que hablen preferentemente.

Tabla 4.- Estado civil

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	125	37%
Casada	140	42%
Divorciada	40	12%
Unión Libre	29	9%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 5.- Estado civil



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

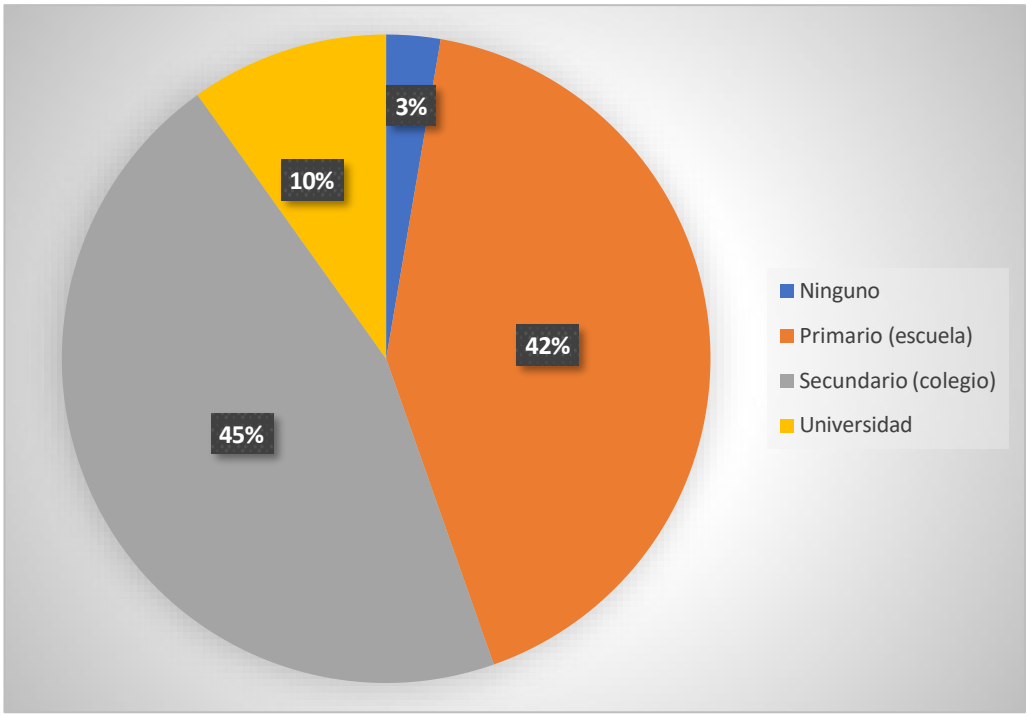
La investigación sobre estado civil y salud reproductiva muestra que el 42% de las encuestadas están casadas, el grupo más grande. Un 37% son solteras, destacando la necesidad de servicios de planificación familiar accesibles para quienes no están en una unión formal. El 12% están divorciadas, lo que subraya la importancia de atender las necesidades de salud reproductiva de este grupo. El 9% están en unión libre, lo que indica la necesidad de considerar estas relaciones en la planificación familiar. Estos datos resaltan la importancia de programas inclusivos que ofrezcan acceso a todas las mujeres, independientemente de su estado civil.

Tabla 5.- ¿Nivel de educación?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	9	3%
Primario (escuela)	140	42%
Secundario (colegio)	152	45%
Universidad	33	10%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 6.- ¿Nivel de educación?



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

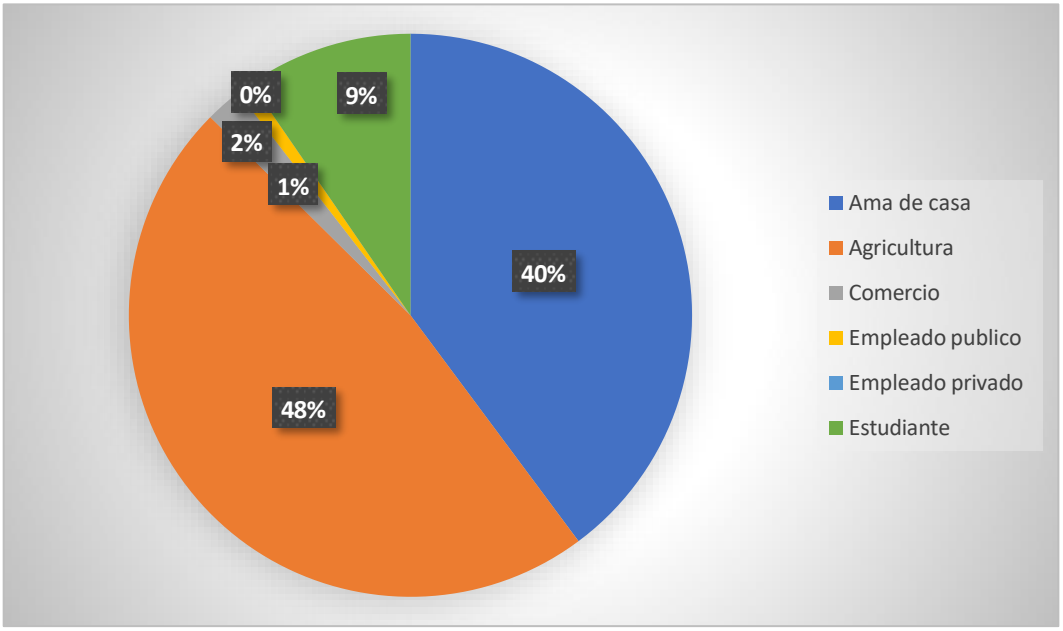
El análisis de datos sobre educación y salud reproductiva revela que el 45% de las encuestadas tienen educación secundaria, el grupo más grande, y el 42% solo educación primaria, lo que indica la necesidad de recursos educativos accesibles. Solo el 10% ha alcanzado el nivel universitario, y un 3% no tiene educación formal. Estos datos sugieren que las estrategias de planificación familiar deben adaptarse a diferentes niveles educativos, asegurando que la información sea clara y comprensible para todas las mujeres, independientemente de su formación académica.

Tabla 6.- Ocupación

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ama de casa	133	40%
Agricultura	159	48%
Comercio	7	2%
Empleado publico	3	1%
Empleado privado	0	0%
Estudiante	32	9%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 7.-Ocupación



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

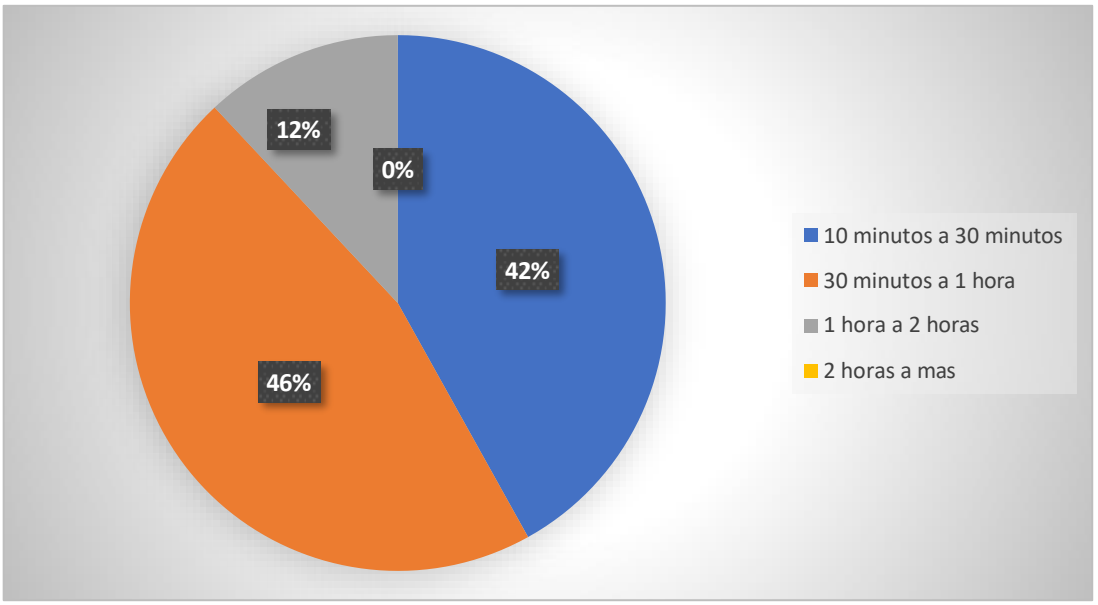
El 48% de las encuestadas trabaja en agricultura, lo que destaca la necesidad de adaptar los servicios de planificación familiar al entorno rural. Un 40% son amas de casa, lo que sugiere que los programas de salud reproductiva deben ser accesibles desde el hogar. El 9% son estudiantes, lo que resalta la importancia de incluir educación sobre salud reproductiva en centros educativos. Con solo un 2% en comercio y un 1% en el sector público, es clave desarrollar enfoques personalizados para distintas ocupaciones, especialmente en áreas rurales y domésticas.

Tabla 7.- Distancia de su hogar al centro de salud Cuatro Esquinas

Variable	Frecuencia	Porcentaje
10 minutos a 30 minutos	140	46%
30 minutos a 1 hora	154	42%
1 hora a 2 horas	40	12%
2 horas a mas	0	0%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 8.- Distancia de su hogar al centro de salud Cuatro Esquinas



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

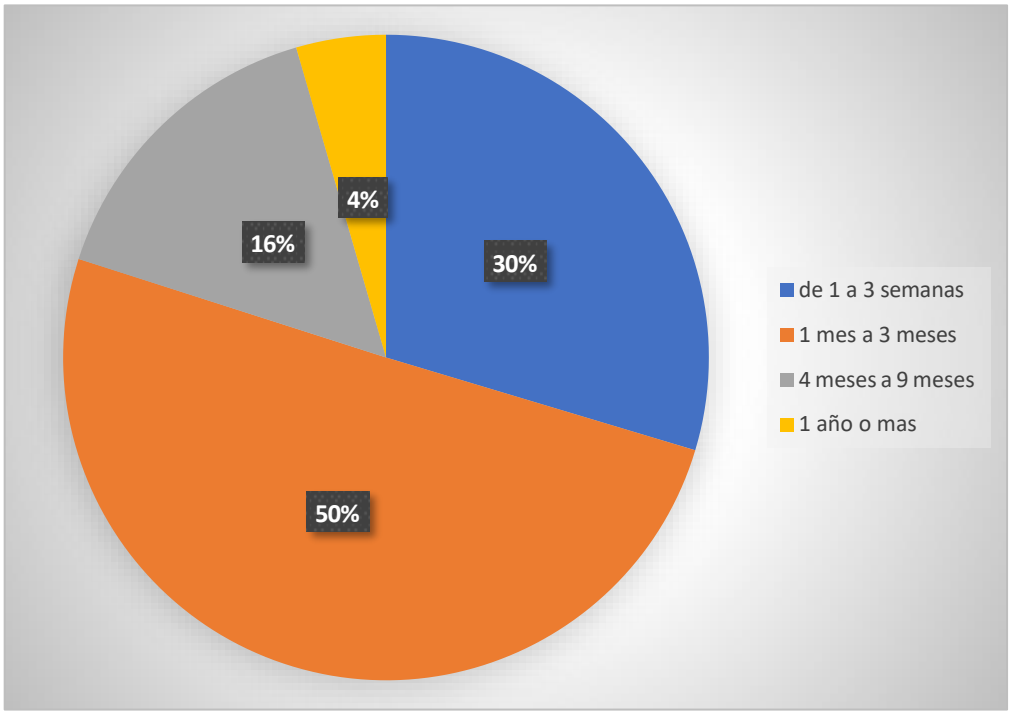
La investigación revela que el 46% de las encuestadas viven a 10-30 minutos del centro de salud Cuatro Esquinas, mientras que el 42% están a 30 minutos-1 hora y un 12% a 1-2 horas. Aunque la mayoría tiene acceso relativamente fácil, una parte significativa enfrenta tiempos de viaje que podrían dificultar el acceso regular a los servicios de planificación familiar. Es crucial mejorar el acceso, con estrategias como unidades móviles o programas comunitarios, especialmente para quienes viven a más de 30 minutos del centro, dado que la accesibilidad geográfica influye en la efectividad de estos programas.

Tabla 8.- Última vez que fue al centro de salud.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
de 1 a 3 semanas	99	30%
1 mes a 3 meses	168	50%
4 meses a 9 meses	52	16%
1 año o mas	15	4%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 9.- Última vez que fue al centro de salud.



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

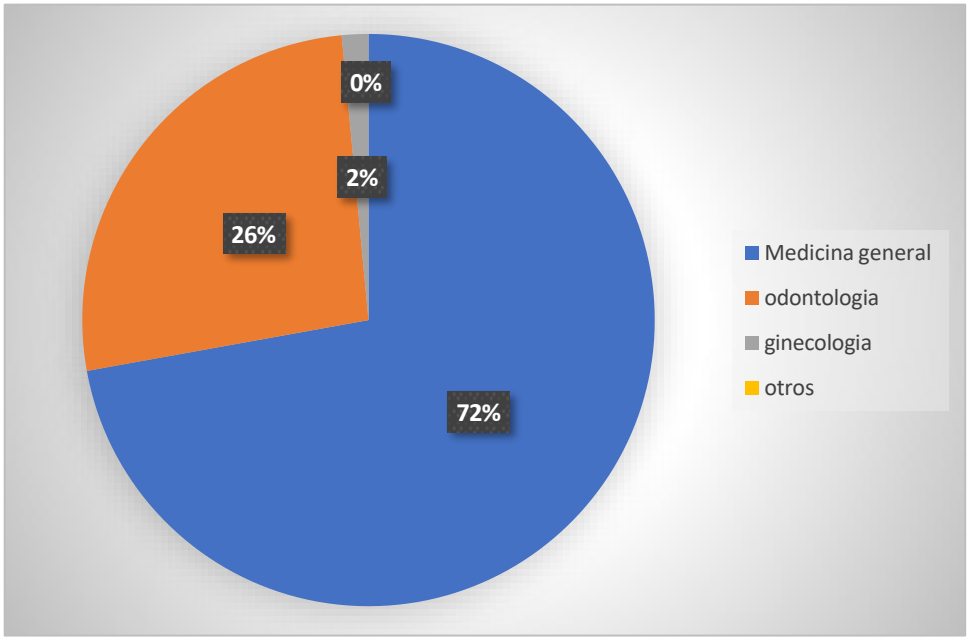
La investigación muestra que el 50% de las encuestadas visitó el centro de salud Cuatro Esquinas en los últimos 1 a 3 meses, y el 30% en las últimas 1 a 3 semanas, indicando un acceso relativamente reciente a los servicios de salud. Sin embargo, un 16% no ha ido en 4 a 9 meses y un 4% en un año o más, lo que sugiere barreras en el acceso continuo. Es crucial fortalecer el seguimiento de quienes tienen visitas menos frecuentes y mejorar la comunicación y campañas de sensibilización para asegurar un acceso constante a los servicios de salud reproductiva.

Tabla 9.- ¿Por qué fue al centro de salud la última vez usted?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Medicina general	241	72%
Odontología	88	26%
Ginecología	5	2%
Otros	0	0%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 10.- ¿Por qué fue al centro de salud la última vez usted?



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

La investigación revela que el 72% de las encuestadas visitaron el centro de salud Cuatro Esquinas por consultas de medicina general, lo que subraya la necesidad de atención médica generalizada. Un 26% acudió por odontología, reflejando la importancia de la salud bucal. Solo el 2% fue por consultas ginecológicas, lo que sugiere una posible área de mejora en la accesibilidad a estos servicios, cruciales para la planificación familiar y la salud reproductiva. Es fundamental fortalecer tanto la atención médica general como la ginecológica para asegurar un acceso equitativo a todos los servicios de salud.

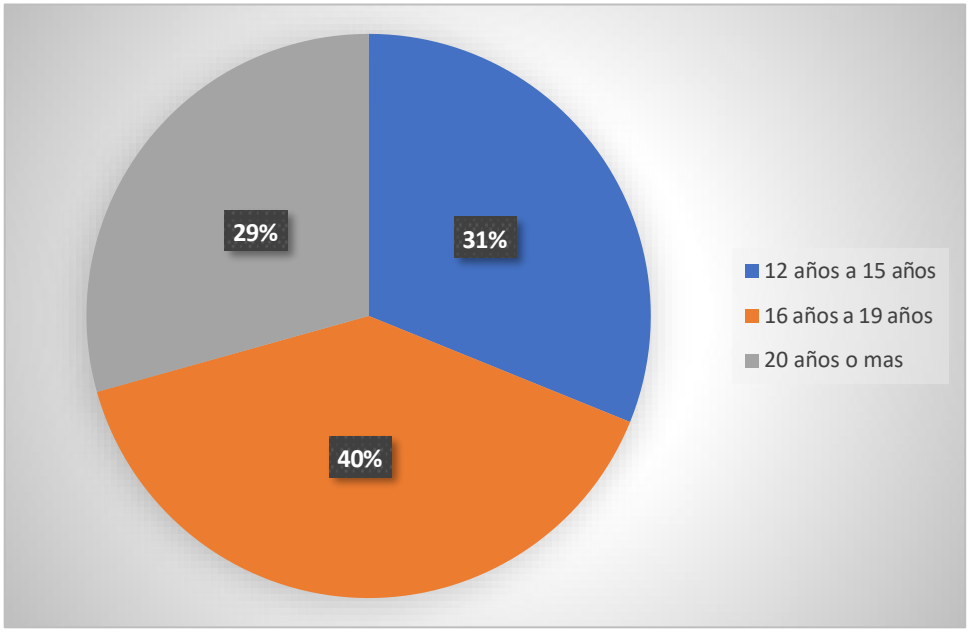
Tasa de fecundidad en mujeres indígenas

Tabla 10.- ¿A qué edad tuvo su primer hijo?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
12 años a 15 años	104	31%
16 años a 19 años	132	40%
20 años o mas	98	29%
total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 11.- ¿A qué edad tuvo su primer hijo?



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

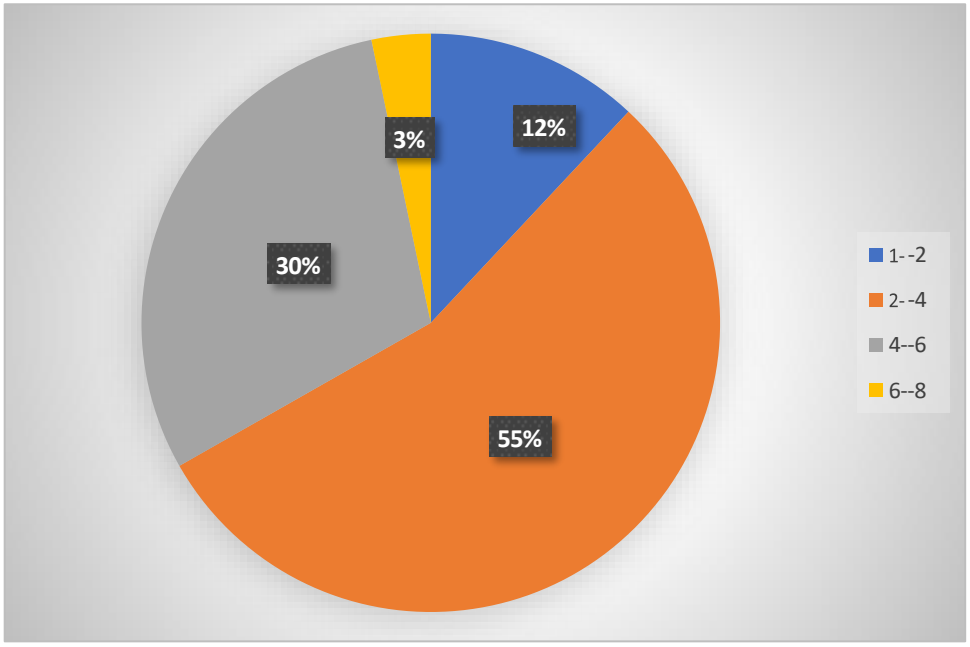
En el sector rural de Cuatro Esquinas, la edad al tener el primer hijo muestra que el 40% de las mujeres lo tuvo entre los 16 y 19 años, el 31% entre los 12 y 15 años, y el 29% a los 20 años o más. Estos datos revelan una alta prevalencia de maternidad temprana, lo que resalta la necesidad de programas educativos y de apoyo en salud sexual y reproductiva desde edades tempranas. Además, es crucial facilitar el acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud para empoderar a las mujeres en la toma de decisiones informadas sobre su fertilidad y mejorar la salud materna e infantil en la comunidad.

Tabla 11.- ¿Cuántos hijos tiene?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
1--2	40	12%
2—4	183	55%
4—6	100	30%
6—8	11	3%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 12.- ¿Cuántos hijos tiene?



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

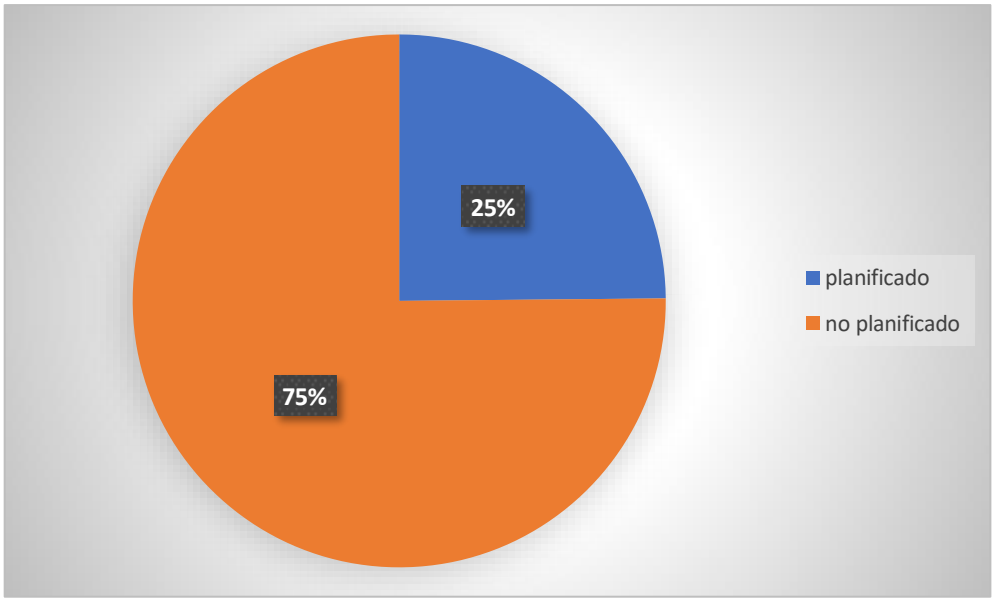
En Cuatro Esquinas, el 55% de las mujeres indígenas tiene entre 2 y 4 hijos, el 30% entre 4 y 6, el 12% entre 1 y 2, y solo el 3% entre 6 y 8. Esta diversidad refleja distintas estructuras familiares y niveles de fecundidad, subrayando la necesidad de programas de planificación familiar adaptados. Es crucial ofrecer acceso a métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva que permitan a las mujeres tomar decisiones informadas sobre el tamaño de su familia, así como atender las necesidades específicas de las familias más numerosas para mejorar la salud materno-infantil y el bienestar de la comunidad.

Tabla 12.- ¿Cómo decidió tener su primer hijo?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Planificado	83	23%
No planificado	251	77%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 13.- ¿Cómo decidió tener su primer hijo?



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

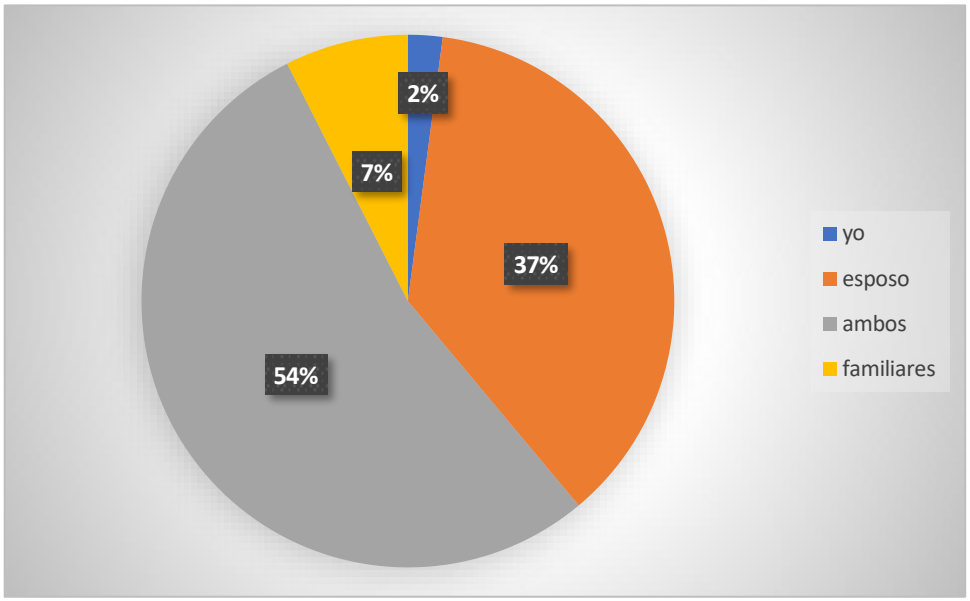
Debido al desconocimiento que han tenido las mujeres indígenas en este sector, cómo las mujeres decidieron tener su primer hijo muestra que la mayoría, un 77%, experimentó un embarazo no planificado. Este hallazgo subraya la falta de control sobre el momento de la concepción para muchas mujeres en la muestra, posiblemente debido a barreras en el acceso a métodos anticonceptivos adecuados o a la falta de educación en salud reproductiva. En contraste, el 23% reportó haber planeado la concepción de su primer hijo, indicando una minoría que pudo acceder a recursos y apoyo suficientes para tomar decisiones informadas sobre la planificación familiar. Estos datos resaltan la necesidad urgente de mejorar la disponibilidad y el acceso a servicios de salud reproductiva y educación, para capacitar a las mujeres a tomar decisiones autónomas y bien informadas sobre su fertilidad y planificación familiar.

Tabla 13.- ¿Quién decide en su hogar cuantos hijos tener?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Yo	7	2%
Esposo	123	37%
Ambos	179	54%
Familiares	25	7%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 14.- ¿Quién decide en su hogar cuantos hijos tener?



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

El análisis sobre quién decide cuántos hijos tener en los hogares revela que el 54% de las decisiones son tomadas conjuntamente por la pareja, reflejando una tendencia hacia la colaboración en la planificación familiar. El 37% indica que la decisión recae principalmente en los esposos, lo que sugiere una dinámica más tradicional. Solo el 2% de las mujeres decide por sí mismas, subrayando la necesidad de fomentar la autonomía femenina en decisiones reproductivas. Además, el 7% menciona la participación de otros familiares, mostrando influencias externas en estas decisiones. Estos datos resaltan la importancia de promover la educación en salud reproductiva y la igualdad de género para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas y autónomas sobre su fertilidad.

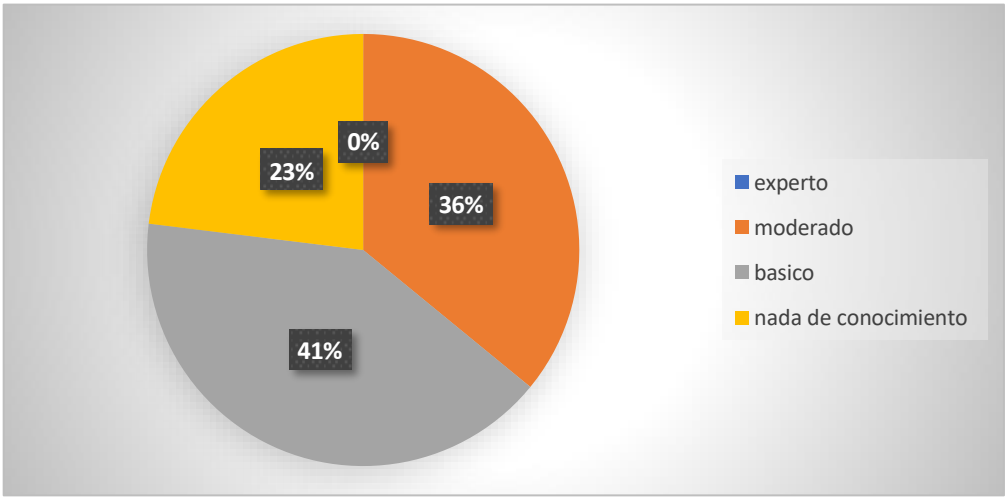
Planificación familiar en mujeres indígenas

Tabla 14.- Nivel de conocimiento sobre planificación familiar.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Experto	0	0%
Moderado	120	36%
Básico	137	41%
Nada de conocimiento	77	23%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 15.- Nivel de conocimiento sobre planificación familiar.



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

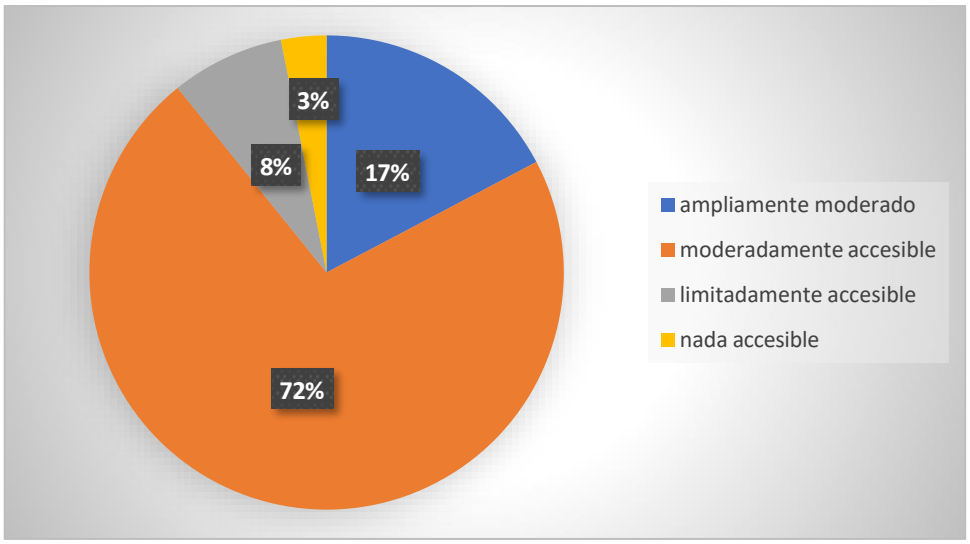
Análisis e Interpretación

El análisis de los datos sobre el nivel de conocimiento en planificación familiar muestra una distribución significativa: el 41% de las encuestadas tiene un conocimiento básico, el 36% un nivel moderado, y un 23% no tiene ningún conocimiento. No se reportaron expertas en el tema. Estas cifras reflejan disparidades en la comprensión y acceso a información esencial para la salud reproductiva. Es fundamental mejorar la educación y el acceso a recursos sobre planificación familiar, especialmente para quienes tienen conocimientos limitados o nulos, para empoderarlas en la gestión de su fertilidad y bienestar. Estos resultados destacan la necesidad de programas educativos que cierren estas brechas, permitiendo a todas las mujeres tomar decisiones autónomas y saludables sobre su salud reproductiva.

Tabla 15- Acceso a métodos de planificación familiar.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Ampliamente Moderado	57	17%
Moderadamente Accesible	241	72%
Limitadamente Accesible	26	8%
Nada Accesible	10	3%
Total	334	100%

Figura 16.- Acceso a métodos de planificación familiar.



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

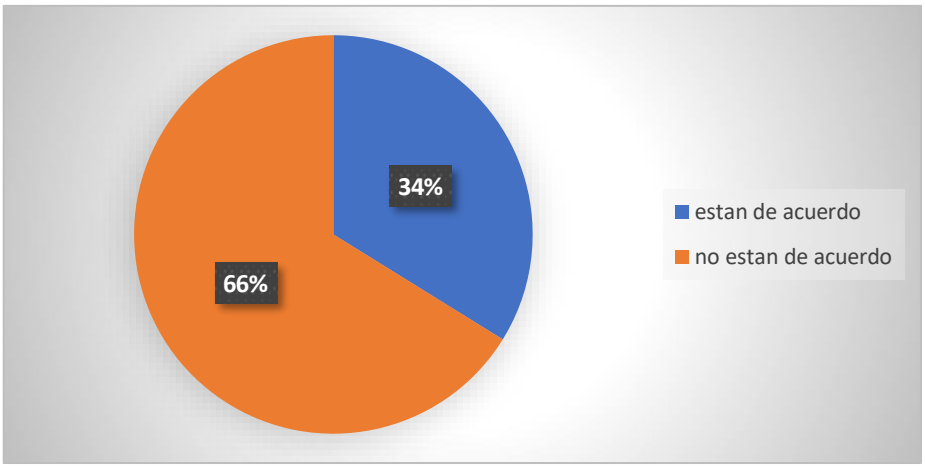
El análisis del acceso a métodos de planificación familiar revela una distribución variada entre las mujeres encuestadas. Un 72% considera que estos métodos son moderadamente accesibles, lo que indica la presencia de barreras como costos, disponibilidad geográfica o falta de información. Un 17% los percibe como ampliamente accesibles, mientras que el 8% enfrenta un acceso limitado, con desafíos como altos costos o falta de servicios locales. Un 3% menciona que estos métodos no son accesibles en absoluto, lo que evidencia problemas críticos en el acceso a opciones seguras y efectivas para regular la fertilidad. Estos resultados destacan la necesidad de políticas y programas que mejoren la accesibilidad equitativa a la planificación familiar, clave para la autonomía reproductiva y el bienestar de las mujeres.

Tabla 16.- ¿Están de acuerdo los hombres en su comunidad sobre la planificación familiar?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Están de acuerdo	113	34%
No están de acuerdo	221	66%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 17.- ¿Están de acuerdo los hombres en su comunidad sobre la planificación familiar?



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

El análisis de la opinión de los hombres en la comunidad sobre la planificación familiar muestra una clara división. Un 66% de los hombres encuestados no están de acuerdo con la planificación familiar, mientras que solo un 34% están de acuerdo. Esta disparidad refleja posibles diferencias culturales, religiosas o socioeconómicas que influyen en las actitudes hacia la regulación de la fertilidad y el uso de métodos anticonceptivos. Estos resultados sugieren la necesidad de abordar las percepciones negativas y las barreras sociales que podrían estar obstaculizando el apoyo generalizado a la planificación familiar en la comunidad. Estrategias educativas y de sensibilización dirigidas podrían ser clave para promover una comprensión más amplia y una mayor aceptación de los beneficios de la planificación familiar, no solo para la salud reproductiva de las familias, sino también para el bienestar general y el desarrollo socioeconómico de la comunidad.

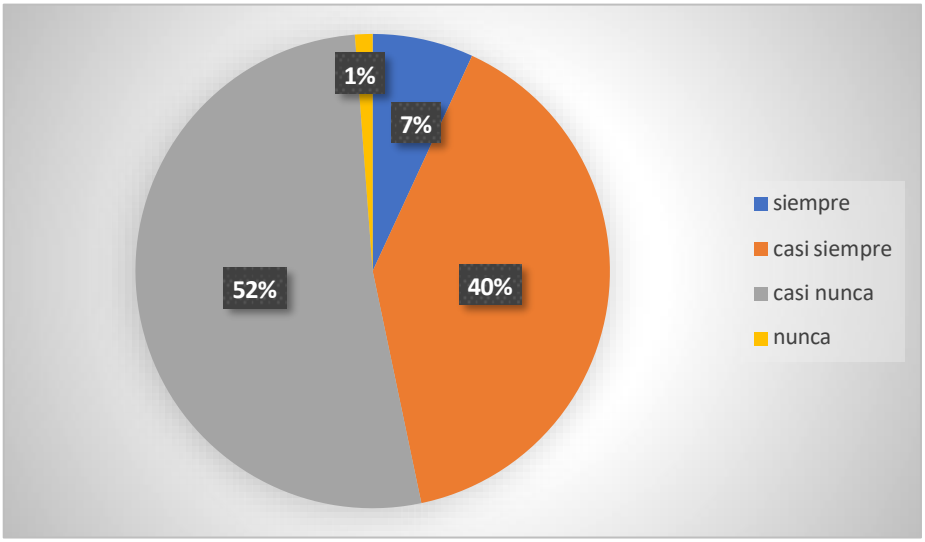
Salud reproductiva

Tabla 17.- Se siente cómoda hablando sobre temas de salud reproductiva

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	23	7%
Casi siempre	133	40%
Casi nunca	174	52%
Nunca	4	1%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 18.- Se siente cómoda hablando sobre temas de salud reproductiva



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

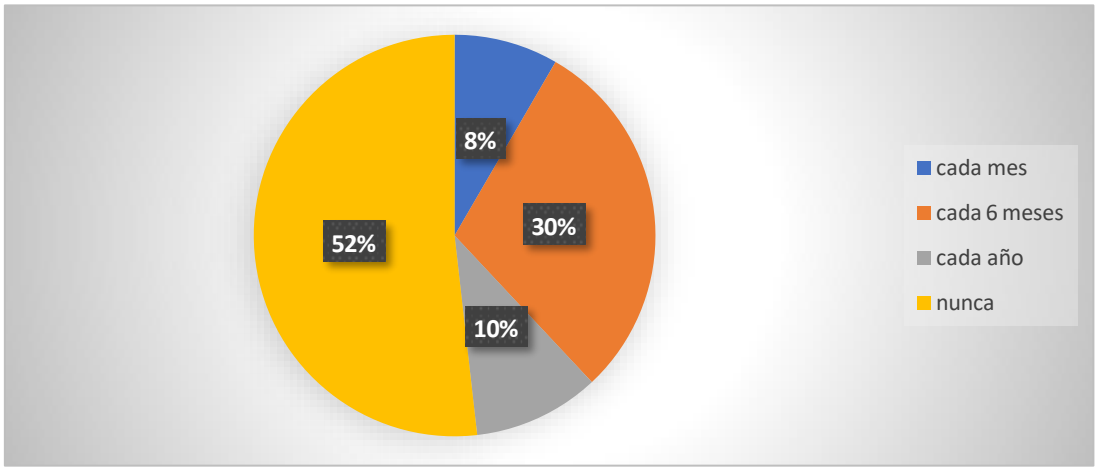
Hablar de salud reproductiva sigue siendo incómodo para muchas mujeres indígenas del sector rural de Cuatro Esquinas. El 52% casi nunca se sienten cómodas al discutir sexualidad con profesionales de salud, debido a la incomodidad y a la falta de apertura en torno a estos temas desde la infancia. En contraste, el 40% casi siempre se sienten cómodas hablando de sexualidad para evitar riesgos y explorar nuevas opciones de cuidado. Un 7% siempre se siente a gusto al hablar de planificación familiar, mientras que solo el 1% nunca se siente cómodo. Estos datos reflejan que la mayoría de las mujeres indígenas en esta zona aún no abordan abiertamente estos temas con profesionales de salud ni con otras personas.

Tabla 18.- ¿Cada que tiempo va al ginecólogo?

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Cada mes	28	8%
Cada 6 meses	99	30%
Cada año	34	10%
Nunca	173	52%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 19.- ¿Cada que tiempo va al ginecólogo?



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

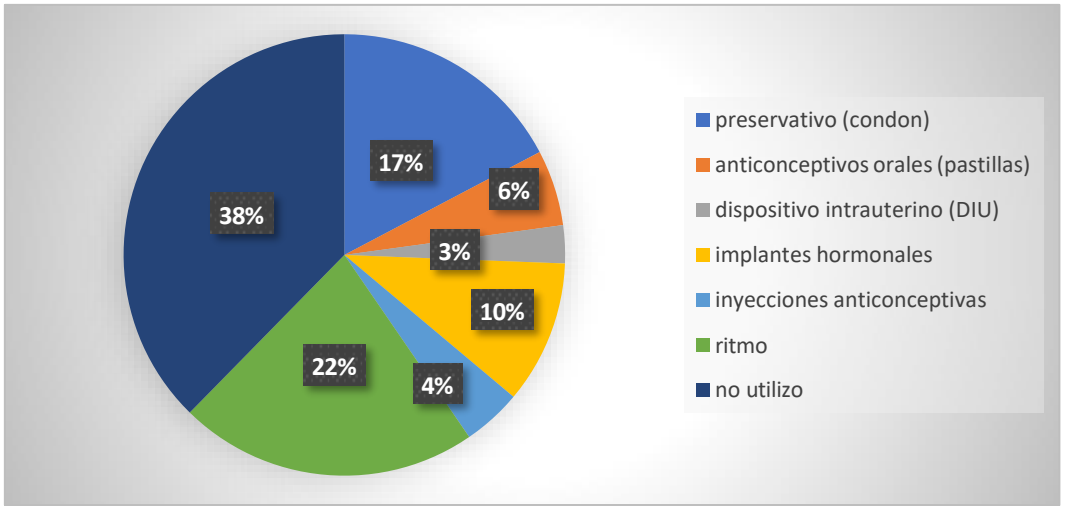
Es pertinente que una mujer realice visitas al ginecólogo con fin de realizar un chequeo sobre su estado de salud y de su proceso de gestación en el caso de estarlo, de este modo, se realizó esta interrogante, donde la encuesta realizada indaga que el 52% nunca va al ginecólogo, quienes mencionan que al ser mujeres indígenas tienen sus propios métodos o formas de cuidarse, para no quedar embarazadas o cuidar de su embarazo, a su vez por desconocimiento no acuden a este medio, posterior, la mujer va al ginecólogo cada 6 meses considerando que es necesario tomar las debidas medidas y aún más cuando es direccionada por un especialista o profesional en la rama, consecutivamente, el 10% va cada año y el 8% cada mes, de esta forma se indaga que la mujer indígena en este sector solo se basa en sus propios medios considerando que desde tiempo atrás las mujeres del sector rural han sido de cuidar de sí mismas, e incluso de dar a luz en sus mismo hogares, solo con la ayuda de una partera y no necesitaban médicos.

Tabla 19.- Método anticonceptivo que utiliza

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Preservativo (condón)	56	17%
Anticonceptivos orales (pastillas)	18	5%
Dispositivo intrauterino (DIU)	9	3%
Implantes hormonales	34	10%
Inyecciones anticonceptivas	14	4%
Ritmo	71	21%
No utilizo	132	40%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 20.- Método anticonceptivo que utiliza



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

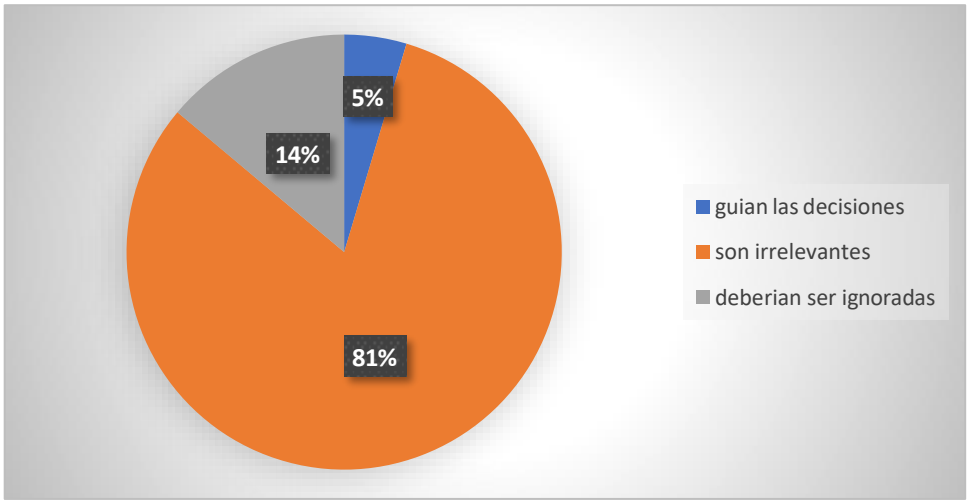
La investigación sobre los métodos anticonceptivos utilizados por las mujeres indígenas en la zona rural de Cuatro Esquinas revela que el 38% no usa ningún método. El 22% opta por inyecciones anticonceptivas, consideradas eficaces para prevenir embarazos no planificados. Un 17% utiliza preservativos, valorándolos por su capacidad para prevenir tanto embarazos como enfermedades. El 10% recurre a implantes hormonales, reconociendo su efectividad pero también sus efectos negativos, mientras que el 6% utiliza anticonceptivos orales, apreciándolos por su facilidad de adquisición y uso para mantener su bienestar personal y familiar.

Tabla 20.- Influyen las creencias espirituales en las decisiones sobre salud reproductiva

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Guían las decisiones	18	5%
Son irrelevantes	269	81%
Deberían ser ignoradas	47	14%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 21.- Influyen las creencias espirituales en las decisiones sobre salud reproductiva



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

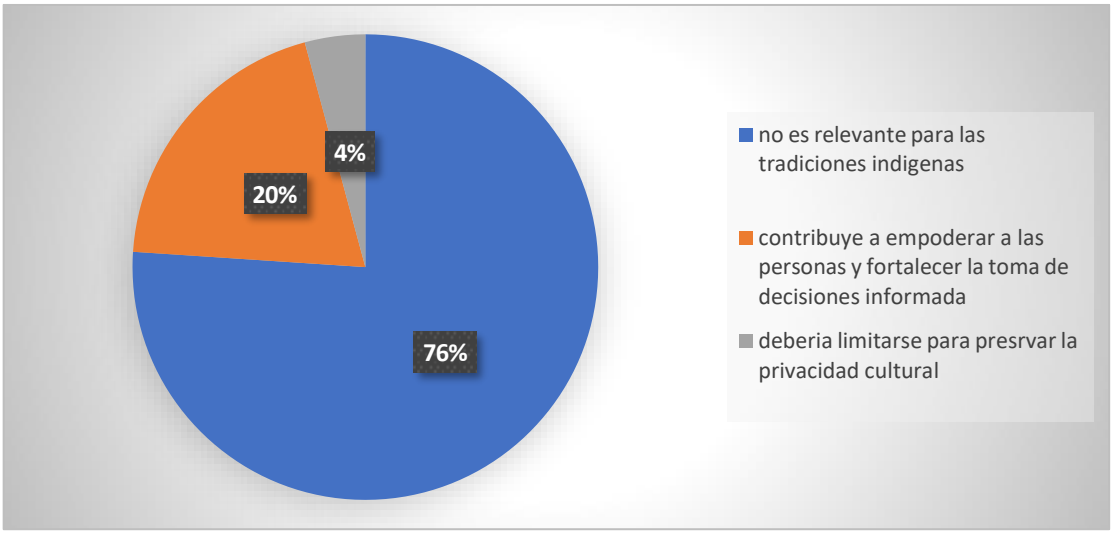
Las creencias espirituales aun regulan las conductas en las decisiones sobre la salud reproductiva de la mujer indígena, orientada a una alimentación, consumos de medicina ancestral y relaciones sociales, siendo pertinente la investigación a partir de esta interrogante, donde el 81% considera que son irrelevantes, debido a que en su mayoría ya se han perdido están creencias y tienen nuevos conocimientos sobre salud reproductiva y planificación familiar que debe realizar la mujer en el sector rural, y el 14% mencionaron que deberían ser ignoradas estos conocimientos espirituales ya adaptarse a las nuevas disposiciones que genera los temas de salud reproductiva.

Tabla 21.- Importancia de la educación sexual en la promoción de la salud reproductiva

Variable	Frecuencia	Porcentaje
No es relevante para las tradiciones indígenas.	254	76%
Contribuye a empoderar a las personas y fortalecer la toma de decisiones informada	66	20%
Debería limitarse para preservar la privacidad cultural	14	4%
Total	334	100%

Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Figura 22.- Importancia de la educación sexual en la promoción de la salud reproductiva



Fuente: Registro Zona Rural "Cuatro Esquinas" Elaborado Eva Mora

Análisis e Interpretación

En esta investigación fue necesario saber la importancia de la educación sexual en la promoción de salud reproductiva en las comunidades indígenas, por lo cual se realizó la interrogante, donde 76% de mujeres indígenas dicen que deberían limitarse para preservar la privacidad cultural, ya que se entiende que es un ámbito de la vida personal que tiene cada mujer, quienes se desarrollan en un espacio reservado y tienen una ideología de mantenerse confidencial sobre temas de salud reproductiva, mientras, el 20%

mujeres dicen que contribuye a empoderar a las personas y fortalecer la toma de decisiones informada, de esta forma, la mayor parte de las mujeres indígenas consideran que este tema de planificación familiar y salud reproductiva debe ser un enfoque de privacidad cultural, sin embargo, el otro porcentaje de las mujeres mencionan que la educación sexual en las comunidades indígenas es primordial proveer en niñas, adolescentes y jóvenes para ampliar sus conocimientos y valores, así puedan cuidar de su salud, bienestar y dignidad, basadas en relaciones sexuales y sociales,

4.2. Discusión

La salud reproductiva y la planificación familiar son temas cruciales para las mujeres indígenas en la zona rural de Cuatro Esquinas, Cantón Guaranda. En estas comunidades, el acceso a servicios de salud es limitado, lo que repercute directamente en la fecundidad y en la capacidad de las mujeres para planificar sus familias. Muchas veces, las barreras culturales y lingüísticas impiden que las mujeres indígenas accedan a la información y a los métodos anticonceptivos disponibles, perpetuando altos índices de embarazos no deseados y complicaciones de salud relacionadas con la maternidad.

La planificación familiar es una herramienta esencial para mejorar la calidad de vida de las mujeres indígenas en Cuatro Esquinas. Sin embargo, la falta de programas educativos específicos y la escasez de centros de salud accesibles hacen que muchas mujeres no tengan las herramientas necesarias para tomar decisiones informadas sobre su reproducción. La incorporación de programas de educación sexual y reproductiva en las lenguas indígenas locales podría ser una solución eficaz para superar estas barreras, proporcionando a las mujeres la información y los recursos necesarios para controlar su fecundidad. Además, la alta fecundidad entre las mujeres indígenas de esta zona se ve influenciada por factores socioeconómicos y culturales. La preferencia por familias numerosas, sumada a la falta de acceso a anticonceptivos, contribuye a mantener altas tasas de natalidad. Es fundamental promover el empoderamiento de las mujeres a través de la educación y la mejora de los servicios de salud, asegurando que tengan la capacidad de decidir el número y el espaciamiento de sus hijos. Esto no solo mejora la salud y el bienestar de las mujeres, sino que también tiene un impacto positivo en el desarrollo socioeconómico de la comunidad.

En resumen, la salud reproductiva y la planificación familiar son fundamentales para las mujeres indígenas en la zona rural de Cuatro Esquinas, Cantón Guaranda. Abordar estos desafíos requiere la implementación de políticas y programas que sean no solo culturalmente sensibles, sino también accesibles y adaptados a las necesidades específicas de estas comunidades. Es crucial mejorar el acceso a la información y a los servicios de salud, garantizando que las mujeres puedan tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva y planificación familiar.

La educación y el empoderamiento de las mujeres son pilares esenciales para reducir la fecundidad, promover la salud materno-infantil y elevar la calidad de vida en estas comunidades. A través de iniciativas que se centren en la educación, el acceso a métodos anticonceptivos y la atención médica adecuada, se pueden generar cambios significativos y sostenibles. Estos esfuerzos no solo beneficiarán a las mujeres a nivel individual, sino que también tendrán un impacto positivo en el bienestar general de sus familias y de la comunidad en su conjunto.

Es importante también que estas iniciativas incluyan la participación activa de las mujeres y las comunidades indígenas en el diseño y la implementación de los programas, respetando sus valores y tradiciones. Además, la integración de promotoras de salud locales, que comprendan las realidades culturales y lingüísticas, puede ser clave para asegurar que los mensajes y los servicios lleguen de manera efectiva a toda la población. En conclusión, una estrategia integral que combine educación, acceso a servicios, empoderamiento femenino y respeto por las tradiciones culturales puede contribuir a mejorar de manera sustancial la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres indígenas en Cuatro Esquinas, creando un impacto duradero y positivo para las generaciones futuras.

CAPÍTULO V – CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- La salud reproductiva en zonas rurales de Ecuador requiere un enfoque integral que aborde no solo los aspectos médicos, sino también los factores culturales, socioeconómicos y geográficos que influyen en las decisiones reproductivas de las personas. Esto implica no solo proporcionar acceso a servicios médicos básicos, sino también la planificación familiar, fecundidad, abordar las dimensiones culturales, socioeconómicas y geográficas que influyen en las decisiones reproductivas de las personas. Un enfoque holístico puede garantizar que las intervenciones sean efectivas y sostenibles a largo plazo.
- Las encuestas han identificado varias barreras socioculturales que afectan el acceso de las mujeres indígenas de Cuatro Esquinas a los servicios anticonceptivos. Entre estas barreras se incluyen normas de género tradicionales que limitan la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre su salud reproductiva, así como estigma y tabúes en torno a la sexualidad y la reproducción que pueden dificultar la búsqueda de atención médica. Además, la falta de educación y la distancia a los centros de salud también se identificaron como barreras significativas que afectan el acceso a servicios anticonceptivos.
- El estudio reveló una amplia gama de actitudes y percepciones entre las mujeres indígenas hacia la planificación familiar y la fecundidad. No existe una postura uniforme; más bien, las opiniones varían según factores socioeconómicos, culturales y geográficos. La disponibilidad y accesibilidad de información precisa sobre métodos anticonceptivos y salud reproductiva varía. Algunas mujeres pueden carecer de conocimiento sobre las opciones disponibles, lo que afecta sus decisiones.

5.2. Recomendaciones

- Se deben implementar programas educativos que aborden las creencias culturales y mitos en torno a la planificación familiar y los anticonceptivos. Esto puede ser realizado en colaboración con líderes comunitarios y recursos culturales para asegurar una comprensión precisa y respetuosa.
- Basándome en los hallazgos de este estudio, se proponen las siguientes recomendaciones para mejorar el nivel de conocimiento en planificación familiar y salud reproductiva entre las mujeres indígenas rurales de Cuatro Esquinas se debe diseñar programas educativos adaptados a las características culturales y lingüísticas de la comunidad, utilizando métodos visuales y narrativos para asegurar la comprensión completa de la información.
- Implementar programas de educación integral sobre salud reproductiva y planificación familiar en comunidades indígenas. Estos programas deben abordar aspectos culturales y proporcionar información en formatos y lenguajes comprensibles. Además, garantizar la disponibilidad de servicios de salud reproductiva de calidad en áreas remotas y rurales habitadas por comunidades indígenas. Esto incluye la capacitación del personal médico en la sensibilidad cultural.

BIBLIOGRAFÍA

Agricultura y Desarrollo Rural, B. M. (2012). *Agricultura y Desarrollo Rural* MANUAL SOBRE GÉNERO ENAGRICULTURA. Bivica.org. https://www.bivica.org/files/genero-agricultura.pdf

Álvarez, M. (2006). La salud sexual y reproductiva. *Revista Cubana de Salud Pública,* 32(1).

Arias, M., Ventura, R., Coímbra, C., Oliveira, M. y Escobar, A. (2010). Aspectos de la fecundidad de mujeres indígenas. *Revista Brasil Sude Matern Infant*, 10(3), 350. https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/zmp4GZ6Csg3ft6bsR8zSRMG/?format=pdf&lang=es

Asociación Española de Urología. (2020). *Vasectomía: Guía práctica*. https://www.aeu.es

Aulestia, D. (24 de julio de 2023). *La primera vez. Imaginarios y representaciones sociales que influyen en la experiencia de la iniciación sexual femenina*. Obtenido de Maestría en Género y Comunicación: https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9478/1/T4149-MGC-Aulestia-La%20primera.pdf

Bagua, I. (2019). *Diseño de un modelo de gestión, administrativo y financiero para el Gobierno Autónomo Descentralizado parroquial de Columbe, cantón Colta, provincia de Chimborazo:* (Tesis de pregrado, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo). Obtenido de: http://dspace.espoch.edu.ec/bitstream/123456789/13610/1/92T00243.pdf

Balarezo López, G. N. (2018). Sociología médica: origen y campo de acción. *Revista de salud pública,* 20(2) (Bogotá, Colombia). https://doi.org/10.15446/rsap.v20n2.46430

Balarezo, G. (2018). Sociología médica: origen y campo de acción. *Revista de Salud Pública,* 20(2), 265-270. https://doi.org/10.15446/rsap.v20n2.46430

Banco Mundial. (2020). Pronóstico de Desarrollo Sostenible y Salud Reproductiva en Ecuador. Recuperado de https://www.bancomundial.org/es/ecuador-salud-reproductiva

Barrantes, R. (2014). *Investigación, Un camino al conocimiento*, Un Enfoque Cualitativo, Cuantitativo y Mixto. San José, Costa Rica, Editorial EUNED. file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/Libro_Investigacion_camino_conocimiento_Barrantes.pdf

Birgisson, N. E., Zhao, Q., Secura, G. M., Madden, T., & Peipert, J. F. (2019). Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstetrics & Gynecology*, *117*(5), 1105-1113.

Blasco, Pérez. (2007). *Metodologías de investigación en las ciencias de la actividad física y el deporte*. Editorial Club Universitario. https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/12270/1/blasco.pdf;

Butler, J. (1990). *Gender trouble: Feminism and the subversion of identity*. Routledge. https://lauragonzalez.com/TC/BUTLER_gender_trouble.pdf

Castillo, M., Herrera, M. y Trayner. (2005). *Género y Salud Reproductiva: Una reflexión para la cooperación.* 11 – 12. Recuperado de: https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD9317.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). Informe de Salud Reproductiva en América Latina. Recuperado de https://www.cepal.org/es/temas/salud-reproductiva

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2011). *Acceso a la información en materia reproductiva, desde una perspectiva de derechos humanos.* https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/ACCESO%20INFORMACION%20MUJERES.pdf

Condones femeninos. (s/f). Medlineplus.gov. Recuperado el 25 de junio de 2024, de https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/004002.htm

Constitución de la Republica del Ecuador. (20 de octubre de 2008). *Incluye las reformas aprobadas en el Referéndum y Consulta Popular de 7 de mayo de 2011*. Obtenido de SECCIÓN SÉPTIMA. Salud: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2008_cpr_ecu.pdf

Constitución de la Republica del Ecuador. (6 de enero de 2014). *Misión Permanente del Ecuador ONU*. Obtenido de ¿Son exactos los hechos a los que se refieren las alegaciones: https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownLoadFile?gId=30784

Diafragma: Cómo usar este método anticonceptivo - es. (2004, noviembre 1). familydoctor.org. https://es.familydoctor.org/como-usar-su-diafragma/?adfree=true?adfree=true

Díaz, S. y Schiappacasse. *¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos?* ICMER

Espinosa, G. y Paz Paredes, L. (2004). *La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva.* Sociológica, 19(54), 125-136.

Espinosa, M. (1999). Salud Reproductiva, Género y Derechos Humanos. *Revista Mexicana de la justica*, 4, 9 – 10

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2019). Impacto de la Salud Reproductiva en el Desarrollo Social y Económico. Recuperado de https://www.unfpa.org/es/impacto-salud-reproductiva

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2019). *Educación sexual integral*. Recuperado de https://www.unfpa.org

Foucault, M. (1991). Historia de la sexualidad. Tomo 1. México: XXI

Foucault, M. (1999). Historia de la sexualidad la voluntad de saber. México, siglo XXI, 27. Edición.

Foucault, M. (1999).Vigilar y castigar. México, siglo XXI, 29. Edición.

Foucault, M. (2019). *En Historia de la Sexualidad IV Las confesiones de la carne.* https://www.solidaridadobrera.org/ateneo_nacho/libros/Michel%20Foucault%20-%20Historia%20de%20la%20sexualidad%20IV.%20Las%20confesiones%20de%20la%20carne.pdf Agricultura y Desarrollo Rural, B. M. (2012). *Agricultura y Desarrollo Rural* MANUAL SOBRE GÉNERO ENAGRICULTURA. Bivica.org. https://www.bivica.org/files/genero-agricultura.pdf

Gaikowski, A. A. (2019). *Los determinantes sociales de salud y las prácticas de prevención de los embarazos adolescentes en la parroquia de Cotocollao del Distrito Metropolitano de Quito*. University Digital Conservancy, https://hdl.handle.net/11299/202937.

Garbers, S., Meserve, A., Kottke, M., Hatcher, R., & Borrero, S. (2018). Multistate study of family planning, medical, and social services utilization. *The Lancet*, *391*(10125), 2642-2650.

Gutiérrez, M. (2013). La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Revista Peru Med Exp Salud Publica*, 30(3), 465 – 467. http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a16v30n3.pdf

Houghton, N., Báscolo, E., Jara, L., Cuellar, C., Coitiño, A., Del Riego, A. Y Ventura, E. (2022). Barreras de Acceso a los servicios de Salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46(94). https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56152/v46e942022.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. (24 de abril de 2019). *IESS de Bolívar impulsa programa de salud sexual dirigido a estudiantes.* Obtenido de https://www.iess.gob.ec/noticias/-/asset_publisher/4DHq/content/iess-de-bolivar-impulsa-programa-de-salud-sexual-dirigido-a-estudiantes/10174?redirect=https%3A%2F%2Fwww.iess.gob.ec%2Fnoticias%3Fp_p_id%3D101_INSTANCE_4DHq%26p_p_lifecycle%3D0%26p_p_state%3D

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC). (2020). Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-reproductiva/

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (s.f.). *Las mujeres ecuatorianas que conocer y usan los métodos anticonceptivos*. Obtenido de Análisis de la información estadística: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Metodos_anticonceptivos.pdf

Instituto Nacional De Las Mujeres, (s.f.) *Breve análisis de la situación de salud reproductiva de mujeres de habla indígena y no indígena*. Resultados de la Encuesta Nacional sobre la dinámica demográfica 2006 y 2009 http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101214.pdf

Izquierdo, A. (2013). Salud sexual y reproductiva. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(1), 1 – 2. http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v29n1/enf01113.pdf

Lachimba, C. y Medina, P. (2010). *Fecundidad en el Ecuador y su relación con el entorno social y evolutivo*. Analítica. 26 – 27.

Larrea, J. S. (2002). *Pobreza, empleo y equidad en el ecuador: perspectivas para el desarrollo humano sostenible.* Edu.ec. https://biblio.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/54593.pdf

Marx, K. (1867). *El capital: Crítica de la economía política* (Vol. 1). Fondo de Cultura Económica.

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020). Diagnóstico de Salud en Cuatro Esquinas, Cantón Guaranda. Recuperado de https://www.salud.gob.ec/cuatro-esquinas-guaranda/

Ministerio de Salud Pública. (agosto de 2010). *Norma y Protocolo de Planificación Familiar*. Obtenido de Proceso de Normalización del SNS: https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/prov/guias/guias/Norma%20y%20protocolo%20de%20planificaci%C3%B3n%20familiar.pdf

Ministerio de Sanidad. (2020). *Guía de métodos anticonceptivos*. https://www.mscbs.gob.es

Ministerio de Sanidad. (2020). *Guía de métodos anticonceptivos*. https://www.mscbs.gob.es

Naciones Unidas. (2019). Estrategias para la Mejora de la Salud Reproductiva en Poblaciones Indígenas. Recuperado de https://www.un.org/es/salud-reproductiva-indigenas

Oakley, A. (1984). El Manantial de la Maternidad. Blackwell

Orellana, A. y Sillero, M. (2013). *Los métodos anticonceptivos.* 11 – 14. Recuperado de: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/img/anatomia/metodos_anticonceptivos.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Género y Salud*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Acceso a la educación y la información sobre la salud sexual y reproductiva*. Recuperado de https://www.who.int

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Planificación familiar: Datos y cifras*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception

Organización Mundial de la Salud. (2020). Salud reproductiva. Recuperado de https://www.who.int/topics/reproductive_health/es/

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Uso de preservativos para la prevención de infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de https://www.who.int

Organización Mundial de la Salud. (2021). *La sexualidad y los cambios en el cuerpo durante la adolescencia*. Recuperado de https://www.who.int

Organización Mundial de la Salud. (25 de octubre de 2019). *Un nuevo estudio de la OMS relaciona las altas tasas de embarazos no planificados con las deficiencias de los servicios de planificación familiar.* Obtenido de Necesidad de servicios de planificación familiar de gran calidad: https://www.who.int/es/news/item/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study#:~:text=Los%20embarazos%20no%20planificados%20siguen,000%20muertes%20maternas%20al%20a%C3%B1o.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). Salud Reproductiva y Responsabilidad Social Empresarial en América Latina. Recuperado de https://www.paho.org/americas/salud-reproductiva-rse

Parsons, T. (1951). *The Social System*. Routledge & Kegan Paul. https://voidnetwork.gr/wp-content/uploads/2016/10/The-Social-System-by-Talcott-Parsons.pdf

Planned Parenthood. (2021). *La importancia del acceso a la información reproductiva*. Recuperado de https://www.plannedparenthood.org

Quintero Soto, M. L. y Camacho Ruiz, E. (2018*). La sociología de la salud y los paradigmas de investigación.* México, Editorial Miguel Ángel Porrúa. Recuperado de https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaueb/145353?page=75

Reyes, A. (2016). Infecciones de transmisión sexual un problema de salud pública en el mundo y Venezuela. *Revista Comunidad y Salud,* 14(2), 64. Obtenido de Comunidad y Salud. https://ve.scielo.org/pdf/cs/v14n2/art08.pdf

Rodríguez, J. (2003). *La fecundidad alta en América Latina y el Caribe:* un riesgo en transición. Naciones unidas, CEPAL. 15 – 16. Recuperado de: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/7184/S0310707_es.pdf

Rojo, N. y García, R. (2000). Sociología y salud. Reflexiones para la acción. *Revista Cubana de Salud Pública,* 26(2), 91-100. Recuperado en 22 de julio de 2023,

de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000200003&lng=es&tlng=es

Salud sexual y salud reproductiva – Ministerio de Salud Pública. (s/f). Gob.ec. Recuperado el 24 de junio de 2024, de https://www.salud.gob.ec/salud-sexual-y-salud-reproductiva/

Sánchez-Gómez, L. M., & Rodríguez-Castro, L. A. (2009). Determinantes sociales de la salud en comunidades rurales colombianas. *Revista de Salud Pública*, 11(2), 257-269. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000200005

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES). (2019). Informe sobre Desarrollo Regional en la Provincia de Bolívar. Recuperado de https://www.planificacion.gob.ec/informes-region-bolivar/

Simone, B. (1949). *El Segundo Sexo*. Ediciones Catedra S.A. https://perio.unlp.edu.ar/catedras/comyddhhlic/wp-content/uploads/sites/152/2020/08/7-De-Beauvoir-Simone-El-segundo-sexo.pdf

Sociedad Española de Contracepción. (2017). *Anticonceptivos hormonales: Guía para el uso correcto*. https://www.sec.es

Suarez, A. (2020). *Prácticas de Salud Sexual en Comunidades Indígenas*. Recuperado de: https://repository.udca.edu.co/bitstream/handle/11158/3401/PR%C3%81CTICAS%20DE%20SALUD%20SEXUAL%20EN%20COMUNIDADES%20IND%C3%8DGENAS%20DE%20AMERICA%20DEL%20SUR%20def.pdf?sequence=1

Torres, F, López, N, & Rueda, M. (2007). *Pueblos indígenas, desarrollo humano y discriminación en el Ecuador*. Quito, EC: Universidad Andina Simón Bolívar,

Sede Ecuador. https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/7422/1/Larrea%20y%20otros-Pueblos%20ind%c3%adgenas%20desarrollo.pdf

Trussell, J. (2018). Contraceptive failure in the United States. *Contraception, 97*(5), 377-379.

Uribe, M., Rodríguez, K. y Agudelo, M. (2013). *Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Seguro Popular*: estudio de caso en el municipio de León – Guanajuato (México). CLACSO. https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20131223042440/POLICY.pdf

Valverde, R. M. Z. (2016). *Principales conocimientos, actitudes y prácticas culturales que influyen en el uso de anticonceptivos en la población kichwa Otavalo de la parroquia de san roque, del cantón Antonio ante de la provincia de Imbabura año 2016.* Repositorio interculturalidad.ec. https://www.repositoriointerculturalidad.ec/jspui/bitstream/123456789/2646/1/INFORME%20%20TRABAJO%20DE%20TITULACION.pdf

Villareal, J. (2015). Perspectiva sociológica de la salud como proceso social. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales.* *https://www.eumed.net/rev/caribe/2015/12/salud.html*

Anexos

Anexo 1.- Fotografías






EXTINTOR


CARTELERA DE
INFORMACIÓN
ADOLESCENTES









Anexo 2. Cuestionario de la encuesta

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR

Facultad de Jurisprudencia, Ciencias Sociales y Políticas

Carrera de Sociología

Encuesta

ENCUESTADORA: Eva Milena Mora Montalvo.

TEMA: Salud reproductiva: planificación familiar y fecundidad en mujeres indígenas en la zona rural de Cuatro esquinas, cantón Guaranda, 2022-2023

PRESENTACION:

A continuación, se presenta un cuestionario, conformado por 21 preguntas, las cuáles son enfocadas para conocer Salud reproductiva: planificación familiar y fecundidad en mujeres indígenas en la zona rural de Cuatro esquinas que se encuentran divididas en 4 apartados, por ello, de la manera más atenta se le solicita leer detenidamente cada una de las preguntas y elegir solo una de las opciones. De antemano, le anticipo mis agradecimientos por su atención y tiempo prestado.

PREGUNTA	OPCIONES	Marque con una X su respuesta
Datos generales		
1. ¿Qué edad tiene?	De 12 a 19 años	120
	De 20 a 29 años	100
	De 30 a 39 años	52
	De 40 a 49 años	42
	De 50 y mas	9
2. ¿Cómo se identifica?	Indígena	210

	Mestizo/a	114
	Montubio/a	0
	Blanco/a	0
3. Idioma	Español	110
	Kichwa	34
	Ambos	180
4.Estado civil	Soltera	125
	Casada	130
	Divorciada	40
	Unión libre	29
5. ¿Nivel de educación?	Ninguno	9
	Primario (escuela)	140
	Secundario (colegio)	142
	Universidad	33
6. Ocupación	Ama de casa	131
	Agricultura	156
	Comercio	4
	Empleado publico	3
	Empleado privado	0
	Estudiante	30
7. ¿A qué distancia de su hogar se encuentra el centro de salud Cuatro Esquinas?	10 minutos a 30 minutos	140
	30 minutos a 1 hora	144
	1 hora a 2 horas	40

	2 horas a mas	0
8. ¿Cuándo fue la última vez que fue al centro de salud?	**De 1 a 3 semanas**	**99**
	1 mes a 3 meses	**163**
	4 meses a 9 meses	**52**
	1 año o mas	**10**
9. ¿Por qué fue al centro de salud la última vez usted?	Medicina general	240
	Odontología	84
	Ginecología	0
	Otros	0
Tasa de fecundidad en mujeres indígenas		
10. ¿A qué edad tuvo su primer hijo?	12 años a 15 años	104
	16 años a 19 años	123
	20 años o mas	97
11. ¿Cuántos hijos tiene?	**1 – 2**	**40**
	2 – 4	**180**
	4 – 6	**99**
	6 – 8	**5**
12. ¿Cómo decidió tener su primer hijo?	Planificado	75
	No planificado	249
13. ¿Quién decide en su hogar cuantos hijos tener?	Yo	3
	Esposo	121
	Ambos	177
	Familiares	23

Planificación familiar en mujeres indígenas		
14. ¿Cuál es tu nivel de conocimiento sobre planificación familiar?	Experto	0
	Moderado	120
	Básico	127
	Nada de conocimiento	77
15. ¿Tienen acceso a métodos de planificación familiar en su comunidad?	Ampliamente moderado	56
	Moderadamente accesible	233
	Limitadamente accesible	25
	Nada accesibles	10
16. ¿Están de acuerdo los hombres en su comunidad sobre la planificación familiar?	Están de acuerdo	113
	No están de acuerdo	211
Salud reproductiva		
17. ¿Se siente cómoda hablando sobre temas de salud reproductiva con profesionales de la salud?	Siempre	23
	Casi siempre	133
	Casi nunca	164
	Nunca	4
18. ¿Cada que tiempo va al ginecólogo?	**Cada mes**	**27**
	Cada 6 meses	**97**
	Cada año	**34**
	Nunca	**166**
19. ¿Cuál método anticonceptivo utiliza usted?	Preservativo (condón)	56
	Anticonceptivos orales (pastillas)	18

	Dispositivo Intrauterino (DIU)	9
	Implantes hormonales	34
	Inyecciones anticonceptivas	14
	Ritmo	71
	No utilizo	122
20. ¿Cómo influyen las creencias espirituales en las decisiones sobre salud reproductiva en comunidades indígenas?	Guían las decisiones.	111
	Son irrelevantes.	180
	Deberían ser ignoradas.	33
21. ¿Cuál es la importancia de la educación sexual en la promoción de la salud reproductiva en comunidades indígenas?	No es relevante para las tradiciones indígenas.	244
	Contribuye a empoderar a las personas y fortalecer la toma de decisiones informada.	66
	Debería limitarse para preservar la privacidad cultural.	14

¡GRACIAS!