

margen N° 79 – enero 2016

Salud sexual y reproductiva en las mujeres de los cantones Montecristi, Jaramijó y Manta (Ecuador)

Por Ana Cecilia Mera Zambrano, Yuliana Dolores Roca Castro y Egda Alicia Medranda Obregón

Ana Cecilia Mera Zambrano. Trabajadora Social.

Yuliana Dolores Roca Castro. Trabajadora Social.

Egda Alicia Medranda Obregón. Trabajadora Social.

1. Introducción

Hoy en día, es habitual ver la cuestión reproductiva en las mujeres como unos lazos inseparables de la formación tradicional.

Contar con una sociedad saludable implica que las personas en general y las mujeres en particular -y con mayor urgencia- decidan sobre su sexualidad sin presión ni violencia; resuelvan sobre cuándo y cuántos hijos e hijas tener; asuman de manera compartida –mujeres y hombres- la crianza de hijas e hijos; accedan a información clara y completa sobre métodos de regulación de fecundidad y prevención de enfermedades de transmisión sexual, a servicios de salud de calidad y adecuados a las necesidades específicas de las mujeres. Para conseguirlo, es indispensable tratar estos temas de manera abierta y desde la perspectiva de la educación sexual.

CAUSAS	EFFECTOS
Falta de Comunicación	Desintegración familiar
	Abandono
	Soledad
Falta de educación para la sexualidad	Embarazo Precoz
	Enfermedades de transmisión sexual
	Sida
Falta de valores	Adicciones
	Suicidios
	Problemas de autoestima

Objetivo de desarrollo

Reforzar las políticas públicas que el Ministerio de Salud lleva adelante en el país, capacitando a los estudiantes de la Facultad de Trabajo Social con encuestas y tabulaciones que vigoricen la investigación.

Objetivo general

Evaluar la calidad de la demanda de servicios sexuales y reproductivos en cantones de la provincia de Manabí, de acuerdo con las políticas de salud del Ministerio de Salud Pública en las prestaciones de planificación familiar, prevención de embarazo en adolescentes y atención integral de la violencia basada en género y prevención del VIH y SIDA.

Objetivos específicos

- Ejecutar el plan de encuestas aplicadas a la comunidad, para obtener información de mujeres en edad reproductiva.
- Fomentar las buenas relaciones entre mujeres en edad reproductiva y la sociedad comunitaria de la ciudad de Manta.
- Motivar y orientar a las mujeres en la educación para la sexualidad, para que mejoren su autoestima.
- Verificar los resultados obtenidos de las encuestas realizadas en las distintas comunidades de la sociedad de Manta

El ejercicio de la sexualidad de los jóvenes y adolescentes se ha modificado ampliamente en los últimos años debido a factores como cambios en las estructuras familiares, cambios de paradigmas en cuanto a sexualidad, aparición de nuevas culturas juveniles, la mayor visibilidad y aceptación de las diversidades sexuales, entre otros.

Como ejemplo de esto se puede observar que en 2014, según la última Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, ENDEMAIN, el inicio de las relaciones sexuales se daba entre los 18 años en el caso de las mujeres y 17 años en el caso de los varones.

Según esta misma fuente, el Ecuador es el *“país con el más alto índice de embarazos adolescentes en América Latina (17% aproximadamente). El crecimiento en los últimos 10 años bordea el 74%”*. Debido a este acelerado proceso de cambio, padres y maestros tienen dificultades para abordar el tema de la sexualidad en espacios como el hogar y los centros educativos, y como resultado los jóvenes se ven abocados a ejercer su sexualidad de acuerdo a lo que aprenden en otros contextos, aumentando la incidencia de comportamientos de riesgo que les perjudican.

Los datos del Ministerio de Salud Pública (MSP) reflejan que el 25% de los nuevos casos de VIH en el Ecuador, se dan en adolescentes y jóvenes. A ello contribuye el que tan solo el 11,2% de los adolescentes y jóvenes que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad identifiquen correctamente las formas de prevención y rechacen ideas erróneas sobre su transmisión, a pesar de que en su gran mayoría (80%) ya han iniciado su vida sexual.

Según datos de la Estrategia Nacional de VIH/Sida- ITS del Ministerio de Salud Pública, las cinco principales provincias que presentan índices de alta y mediana prioridad de atención o intervención (por albergar en ellas el mayor número de personas que viven con VIH), en orden de prioridad son: Guayas, Esmeraldas, Manabí, Pichincha y Pastaza. Según el Censo de Población y Vivienda 2010, las provincias priorizadas registran 826.851 hombres y mujeres de entre 15 y 25 años en situación de pobreza, lo que representa el 56% de la población de adolescentes y jóvenes del país en esta franja de edad. 2.5 En parte debido a que el sistema de protección social ecuatoriano ha puesto el énfasis en la protección de la niñez, la atención a jóvenes y adolescentes

presenta lagunas en ámbitos como la capacitación laboral, la potenciación de espacios y opciones de esparcimiento y formación, o el abordaje de la sexualidad.

Por otra parte, las redes de jóvenes son en su mayoría locales, sin mayor articulación entre las mismas ni incidencia a nivel nacional, lo que limita el intercambio de experiencias, metodologías y buenas prácticas.

Dentro del Plan Nacional del Buen Vivir, el objetivo 3 tiene gran aporte de conocimiento y sustento para el proyecto, dando viabilidad para mejorar y garantizar la salud de la población desde la generación de un ambiente y prácticas saludables.

OBJETIVO 3: MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACIÓN.

3.2 Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas	
3.2. a.	Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud.
3.2. b.	Levantar el perfil epidemiológico y sanitario del país, como principal herramienta para la planificación de la oferta de servicios de promoción y prevención.
3.2. c.	Fortalecer el sistema de vigilancia y control epidemiológico, con corresponsabilidad comunitaria, ante posibles riesgos que causen morbilidad y mortalidad evitable o que sean de notificación obligatoria.
3.2. d.	Ampliar los servicios de diagnóstico, control y atención oportuna pre y posnatal a la madre y el recién nacido, para prevenir las enfermedades prevalentes de la infancia.
3.2. e.	Prevenir y combatir el consumo de tabaco, alcohol, sustancias estupefacientes y psicotrópicas, con énfasis en las mujeres en período de gestación, niñas, niños y adolescentes.
3.2. f.	Implementar acciones integrales para la disminución de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles o degenerativas de alta prioridad, y enfermedades evitables y desatendidas, por consumo de alimentos contaminados y por exposición a agroquímicos u otras sustancias tóxicas.
3.2. g.	Desarrollar e implementar programas nacionales de reducción de la muerte materna y neonatal, con enfoque integrado e intercultural.
3.2. h.	Promover el uso de prácticas médicas que reduzcan el riesgo de transmisión materno-fetal y materno-infantil de enfermedades.
3.2. i.	Promover la educación para la salud como principal estrategia para lograr el autocuidado y la modificación de conductas hacia hábitos de vida saludables.
3.2. j.	Promover la lactancia materna como la acción más efectiva para la nutrición y

3.2	Ampliar los servicios de prevención y promoción de la salud para mejorar las condiciones y los hábitos de vida de las personas
	la prevención de enfermedades infecciosas neonatales, sobre todo gastroenteritis.
3.2. k.	Desarrollar e implementar mecanismos para la detección temprana de enfermedades congénitas y discapacidades.
3.2. l.	Implementar programas de inmunización como mecanismo de defensa ante microorganismos patógenos, con énfasis en niños, niñas, adolescentes, mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con discapacidad.
3.2. m.	Promover la investigación en servicios sanitarios, en articulación con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica, que permita la detección oportuna de patologías, virus y demás enfermedades, así como la identificación de mecanismos y acciones para contrarrestar una posible propagación de epidemias.
3.2. n.	Impulsar la creación de programas de medicina preventiva.

Desde su creación, la Facultad de Trabajo Social ha elaborado talleres de capacitación en educación para la sexualidad internamente, por lo cual el representante de Fondo de población de las Naciones Unidas al requerir la participación en este proyecto nos unimos porque será de gran ayuda para fortalecer a la mujer en la edad sexual y reproductiva,

Los estudiantes de Trabajo social, en convenio con la Facultad de Trabajo Social, y el Fondo de población de las Naciones Unidas Ecuador, realizaron sus pasantías pre –profesionales, en las comunidades de la ciudad de Manta

En la investigación se beneficiaron 595 mujeres encuestadas de las comunidades de la ciudad de Manta, provincia de Manabí. Las familias de las comunidades de **Montecristi, Parroquia Aníbal San Andrés Jaramijó, Villas MIDUVI “RCD” Jaramijó, Barrio Honduras, TARQUI. Calle 105 – Calle 110 y Av. 106 a 113, Barrio 15 de Septiembre, La Florita (Los Esteros) Manta, Barrio La Dolorosa, calle 12 a 9, y Avenida 24 a 20**, se convirtieron en beneficiarios indirectos, ya que si tomamos como referencia que la familia ecuatoriana tiene un estimado de 4 miembros por familia obteniendo un resultado de 2380 personas beneficiadas.

La Constitución Política del Ecuador contribuye con sus mandatos específicos sobre este derecho en los artículos 39 y 43:

Sección segunda

Jóvenes

Art. 39.- El Estado garantizará los derechos de las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos, en particular en los espacios del poder público.

El Estado reconocerá a las jóvenes y los jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación. El Estado fomentará su incorporación al

trabajo en condiciones justas y dignas, con énfasis en la capacitación, la garantía de acceso al primer empleo y la promoción de sus habilidades de emprendimiento.

Sección cuarta

Mujeres embarazadas

Art. 43.- *El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:*

- 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.*
- 2. La gratuidad de los servicios de salud materna.*
- 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.*
- 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.*

En consecuencia, una buena salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia.

Para mantener la salud sexual y reproductiva, las personas necesitan tener acceso a información veraz y a un método anticonceptivo de su elección que sea seguro, eficaz, asequible y aceptable. Deben estar informadas y empoderadas para autoprotgerse de las infecciones de transmisión sexual. Y cuando decidan tener hijos, las mujeres deben disponer de acceso a servicios que las ayuden a tener un embarazo adecuado, un parto sin riesgo y un bebé sano.

Todas las personas tienen derecho a elegir sus opciones preferidas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en colaboración con una gran variedad de asociados, trabaja para lograr el objetivo del acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluida la planificación familiar.

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “*Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción*”.

Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Además establece como objetivo de la salud sexual “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual.

2. Métodos

Estudio no experimental, descriptivo. Selección de la muestra no probabilística, equivale a un estudio de caso.

3. Resultados

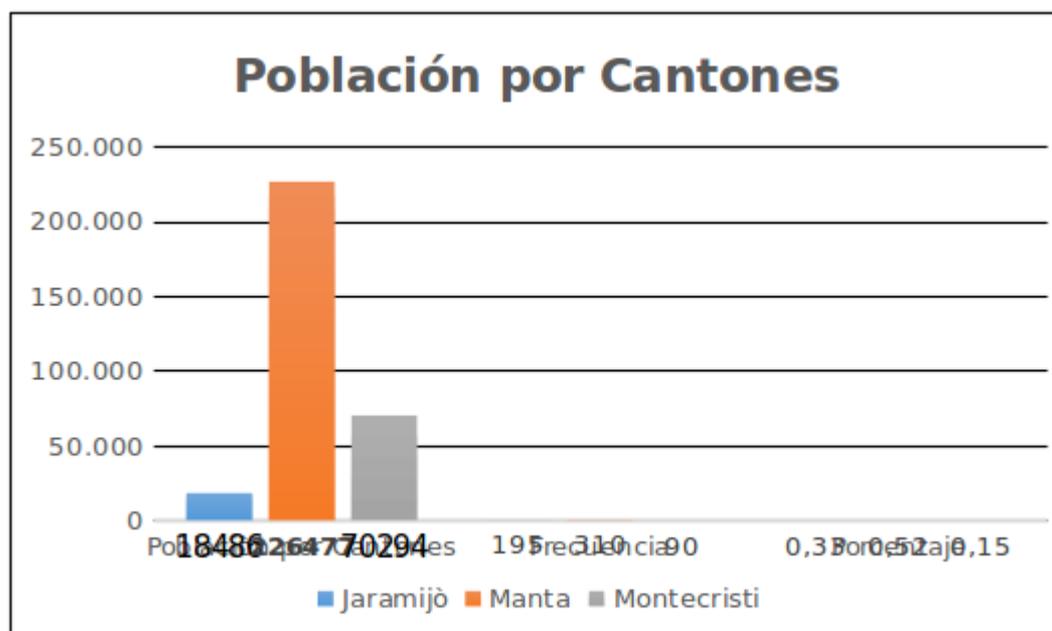
De acuerdo a las encuestas realizadas en la población de los Cantones Jaramijó, Manta y Montecristi se reflejan los siguientes resultados:

Cantón	Población por Cantones	Frecuencia	Porcentaje
Jaramijó	18.486	195	32,8%
Manta	226.477	310	52,1%
Montecristi	70.294	90	15,1%
Total		595	100,0%

El Cantón Jaramijó, con una población de 18.486 habitantes, de la cual se escogió una muestra de 195 habitantes que dan por resultado el 32.8% de mujeres en edad sexual y reproductiva.

El Cantón Manta, con una población 226.477 habitantes, de la cual se escogió una muestra de 310 habitantes que dan por resultado el 52.1% de mujeres en edad sexual y reproductiva.

El Cantón Montecristi, con una población 70.294 habitantes, de la cual se escogió una muestra de 90 habitantes que dan por resultado el 15,1% de mujeres en edad sexual y reproductiva.

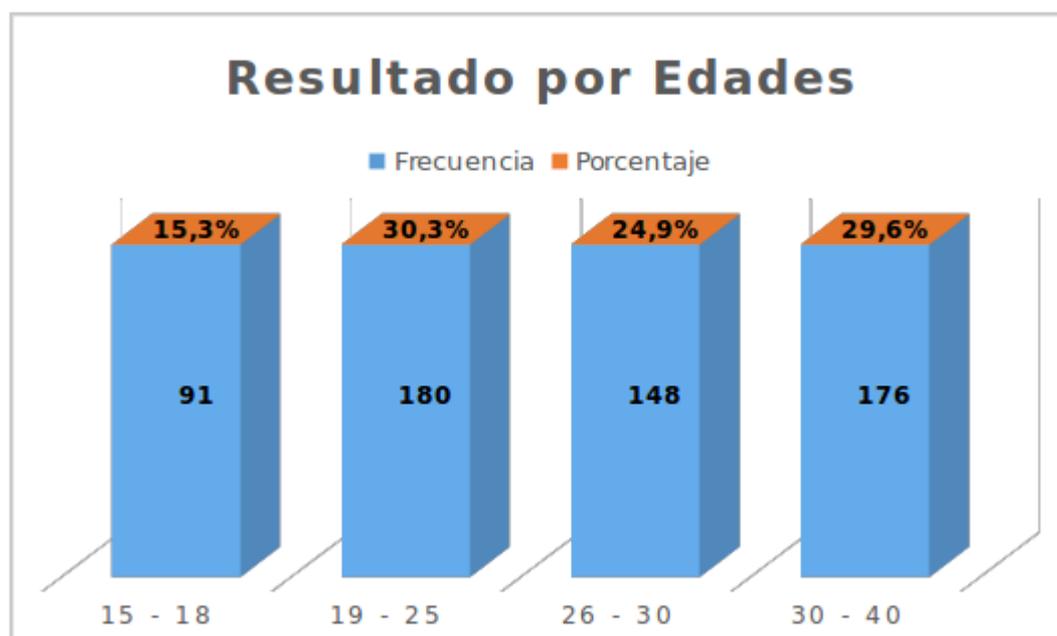


Fuente: Facultad de Trabajo Social

En los Cantones de Jaramijó, Manta y Montecristi, las mujeres en edad sexual y reproductiva se detallan a continuación:

Edad	Frecuencia	Porcentaje
15 - 18	91	15,3%
19 - 25	180	30,3%
26 - 30	148	24,9%
30 - 40	176	29,6%
Total	595	100,0%

En edad de 15 a 18 años se escogió una muestra de 91 mujeres reflejan el 15.3% de la población, de 19 a 25 años se escogió una muestra de 180 mujeres que reflejan el 30% de la población; de 26 a 30 años de edad se escogió una muestra de 148 mujeres que reflejan el 24.9% y de 30 a 40 años de edad se escogió muestra de 176 mujeres con un equivalente del 29,6% de la población por cantones.



Fuente: Facultad de Trabajo Social

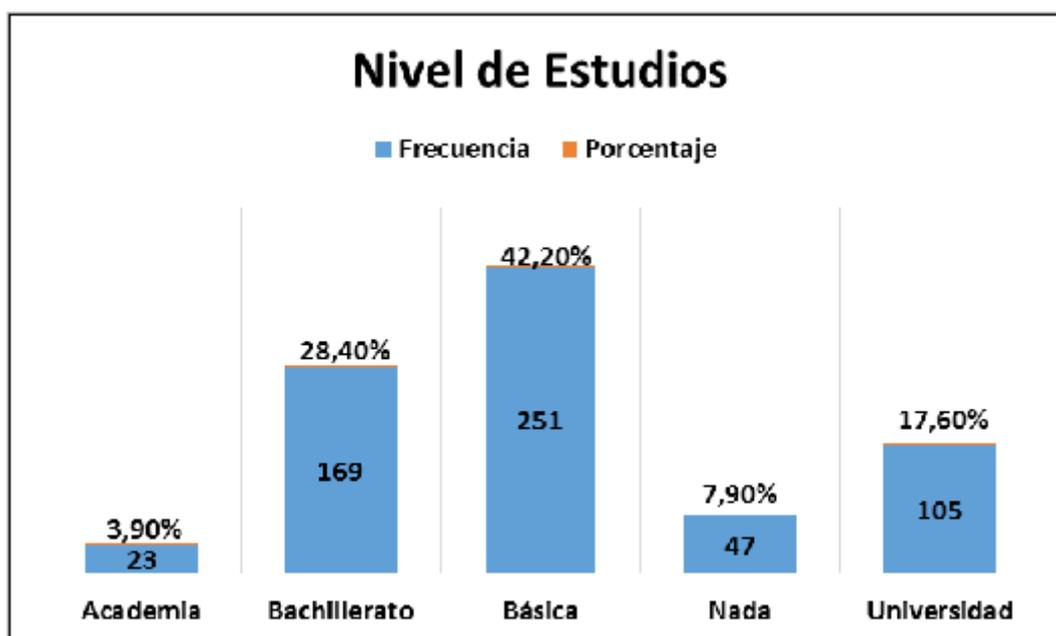
Se constata que la población de mujeres de 19 a 25 años de edad es la más alta en edad sexual y reproductiva en los cantones de Manta, Jaramijó y Montecristi. Ello revela un profundo cambio cultural, según datos del ENIPLA (2012), 2 de cada 10 adolescentes que tienen relaciones sexuales, iniciaron su vida sexual entre los 12 y 14 años.

El nivel de estudios en edad sexual y reproductiva de las mujeres de los Cantones Manta.

Jaramijo y Montecristi se detallan en la siguiente tabla.

Nivel de Estudios	Frecuencia	Porcentaje
Academia	23	3,90%
Bachillerato	169	28,40%
Básica	251	42,20%
Nada	47	7,90%
Universidad	105	17,60%
Total	595	100,00%

De la población de 595 mujeres encuestadas sobre su nivel de estudios 23 manifestaron que lo hicieron en Academias reflejando un 3.9%. Han concluido el bachillerato 169 equivalente a 28.4%, los estudios básicos 251 igual 42.2%, las mujeres que no han realizado estudios son 47 equivalente a 7,9% y las que llegaron hasta la universidad son 105 que equivale a 17.6%.



Fuente: Facultad de Trabajo Social

Dando como pauta de mayor referencia que han llegado a sus estudios hasta el bachillerato y Universidad sustentado los resultados del 2. Objetivo del milenio meta 3 dice” la educación básica se ha universalizado y el país tiene ahora una tasa de asistencia neta del 95,6%. Asimismo, las brechas en educación entre hombres y mujeres desaparecieron, y el acceso a la educación media y superior se incrementó sustancialmente. La tasa de asistencia neta en educación media se incrementó en 16 puntos porcentuales entre 2006 y 2012 (pasando del 48% al 64%), mientras que el incremento entre 2000 y 2006 fue de cinco puntos porcentuales. De manera similar, la asistencia a la educación superior se incrementó en seis puntos porcentuales entre el 2006 y 2012 (pasando del 23% al 29%), duplicando el crecimiento del período 2000-2006”.

A nivel de estudios realizados a las 595 mujeres de las poblaciones Manta, Montecristi y Jaramijo se detalla en la siguiente tabla:



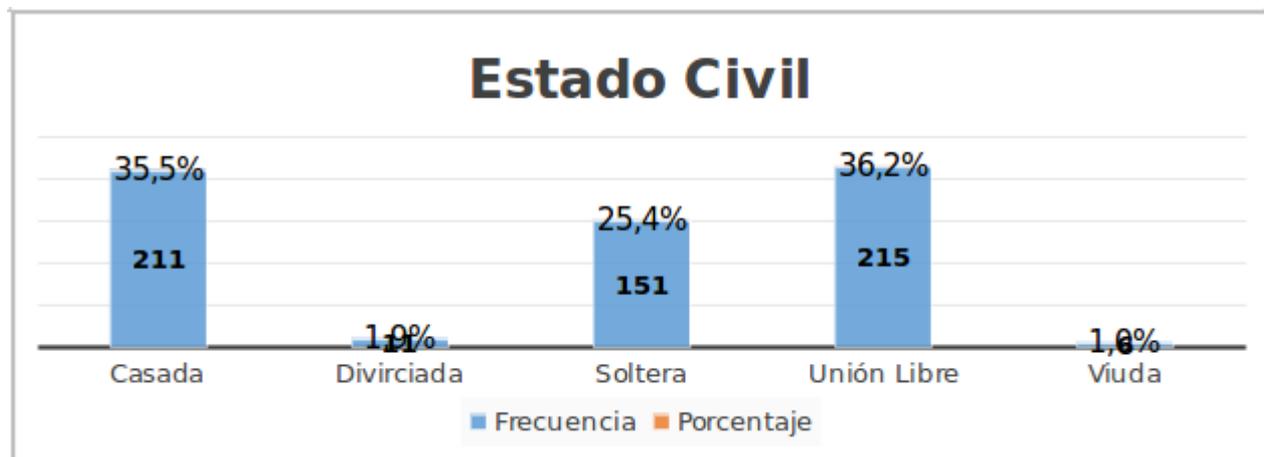
Fuente: Facultad de Trabajo Social

En la encuesta aplicada a que ocupación tienen las 595 mujeres se obtuvo el siguiente resultado en porcentajes, mujeres que estudian y trabajan como empleada 1.20%, las que solo estudian el 17,80%, que tienen empresa propia 2,90%, mujeres que trabajan en su empresa propia como empleada 6,40%, las que se desarrollan como empleada 5,40%, mujeres ejecutivas del hogar 56,00%, mujeres que tienen su propia empresa y son ejecutivas en ellas 0,80%, mujeres que hacen doble rol de ejecutiva y empleada al mismo tiempo 2,0% y las mujeres que son ejecutivas y que trabajan al mismo tiempo el 6,40%. Como análisis de este resultado se verifica que el mayor porcentaje de toda esta población es del 56,00%, lo que afirma el informe del objetivo 3, meta 4 dice: "las mujeres realizan mayoritariamente el trabajo no remunerado, lo cual contribuye a dificultar su acceso a trabajo remunerado".

En la tabla del estado civil de las 595 mujeres dio como resultado:

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casada	212	35,5%
Divorciada	11	1,9%
Soltera	151	25,4%
Unión Libre	215	36,2%
Viuda	6	1,0%
Total	595	100,0%

De 595 mujeres se aplicó la encuesta de estados a lo que se obtuvo como resultado. 212 mujeres que equivales a 35.5% están casadas, 11 mujeres están divorciadas con un equivalente 1,9%, 151 mujeres son solteras que equivale a 25.4%. 215 mujeres con un equivalente a 36.2% están en unión libre y 6 mujeres que equivale a 1.0% está en estado de viudez.



Fuente: Facultad de Trabajo Social

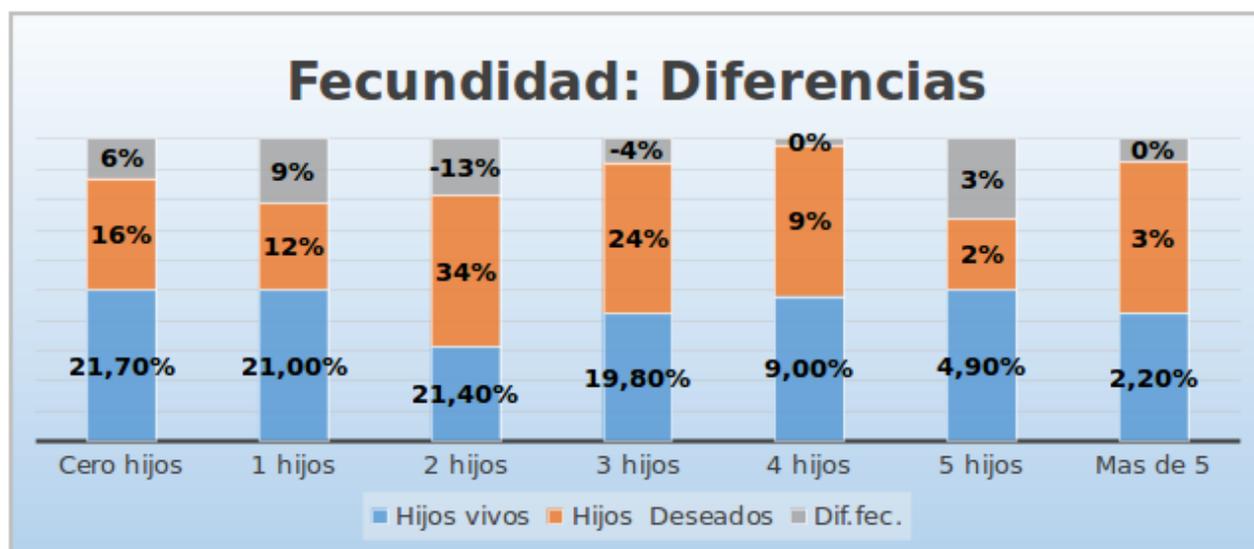
Lo que más se evidencia es que las mujeres ecuatoriana se enmarcan a "En lo que se refiere a América latina en lo que se refiere a la institucionalización del vínculo conyugal cabe recordar que en la gran mayoría de países, la unión libre o consensual constituye una forma tradicional de formar una familia relativamente estable reemplazado el estado de casados"

En la encuesta sobre la fecundidad de las 595 mujeres se evidencia en la siguiente tabla.

# de hijos	Hijos vivos	Hijos Deseados	Dif.fecundidad
Cero hijos	21,70%	16%	5,70%
1 hijos	21,00%	12%	9%
2 hijos	21,40%	34,30%	-12,90%
3 hijos	19,80%	23,50%	-3,70%
4 hijos	9%	9,40%	0,40%
5 hijos	4,90%	2,30%	2,60%
Más de 5	2,20%	2,60%	-0,40%

De la población de 595 mujeres se refleja lo siguiente el 21.70% de la población de mujeres indica que tiene 0 hijos vivos, el 16% indica que tiene 0 hijos deseados con una diferencia 5,70%. mujeres que tienen 1 hijo ,el 21.00% tiene hijos vivos. El 12% hijos deseados en diferencia de fecundidad el 9%. De las mujeres que tienen 2 hijos, el 21,40% manifestó que son hijos vivos, el

34.30% dijo que son hijos o deseados dando la diferencia de fecundidad -12,90%. Las mujeres que tienen 3 hijos dijeron que hijos vivos son el 19.80% hijos no deseados 23.50% obteniendo una diferencia de fecundidad de -3.70%. las que tiene 4 hijos se obtiene el resultado de 9% de hijos vivos, 9.40% hijos deseados y el 0,40% es la diferencia de la fecundidad. Las que tiene 5 hijos, el 4.90% están vivos, el 2,30% son hijos deseados y la diferencia de fecundidad es 2,60% y las que tienen más de 5 hijos refieren el 2,20%, hijos deseados 2,60% y como diferencia de fecundidad -0,40%.



Fuente: Facultad de Trabajo Social

Parte de las investigaciones desarrolladas en América Latina revelan que una proporción considerable de los jóvenes tiene escasos conocimientos sobre sexualidad y reproducción, carece de información suficiente sobre anticoncepción,

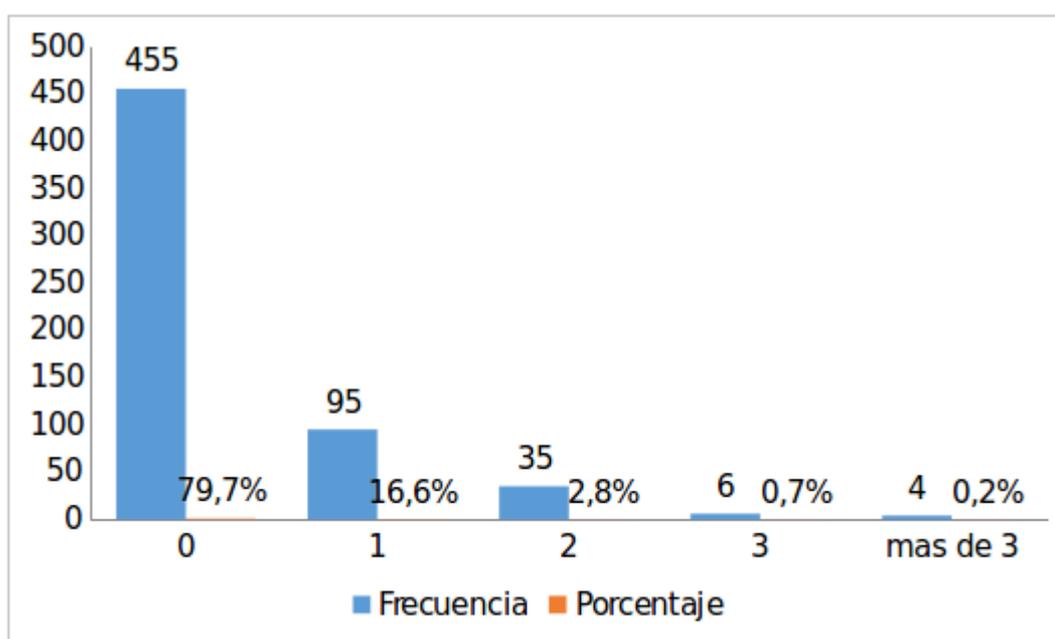
tropieza con obstáculos cuando intenta acceder a métodos de planificación familiar y tiene grandes dificultades para adoptar medidas de protección en sus prácticas sexuales, quedando expuesta al riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) o a embarazarse sin quererlo. *Reflexiones sobre la maternidad durante la adolescencia. Evid Act Pract Ambul.2014 17(4). Oct-Dic 118-119.* Queda claro que a medida que aumentan los hijos en los hogares, también se disminuyen los hijos deseados.

En la encuesta sobre el enfoque del aborto de las 595 mujeres se evidencia en la siguiente tabla.

Abortos		
Nº de aborto	Frecuencia	Porcentaje
0	455	79,7%
1	95	16,6%

2	35	2,8%
3	6	0,7%
más de 3	4	0,2%
Total	595	100,0%

De las 595 mujeres encuestadas en los Cantones Manta, Jaramijo, Montecristi sobre la práctica de aborto, de 455 mujeres equivalente 79,7% respondieron que cero abortos, 95 mujeres que equivale a 16.6% se ha realizado un aborto, 35 mujeres que el 2,8% se han hecho dos abortos, seis mujeres que equivale 0.7% se realizaron tres abortos y cuatro mujeres que equivale 0.2% se hicieron más de 3 abortos.



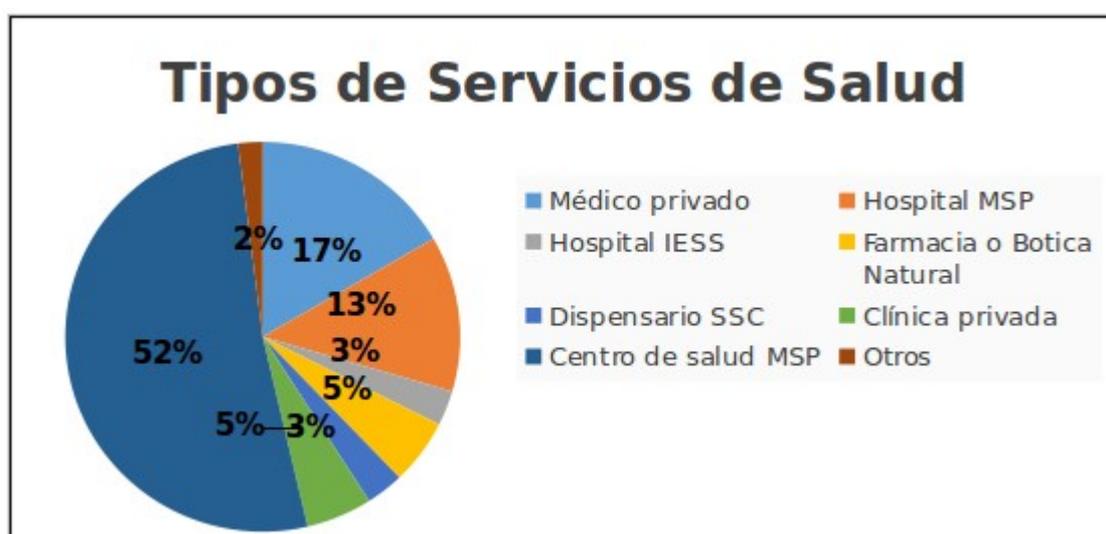
Fuente: Facultad de Trabajo Social

En la Encuesta aplicada las 595 mujeres a la utilización de los servicios de salud respondieron que:

Tipos de Servicios	Porcentaje
Médico privado	16,60%
Hospital MSP	12,90%
Hospital IESS	2,90%
Farmacia o Botica	5,40%

Natural	
Dispensario	3,10%
Clínica privada	5,40%
Centro de salud MSP	51,60%
Otros	2,00%

Utilizan médico privado el 16.60%, hospital del Ministerio de Salud Pública el 12.90%, el hospital del IESS 2,90, mujeres que utilizan farmacias o Botica natural el 5.40%, dispensarios el 3.10%, en clínica privada el 5.40%. En centro de salud del Ministerio de Salud Pública el 51.60% y otros el 2.00%.



Fuente: Facultad de Trabajo Social

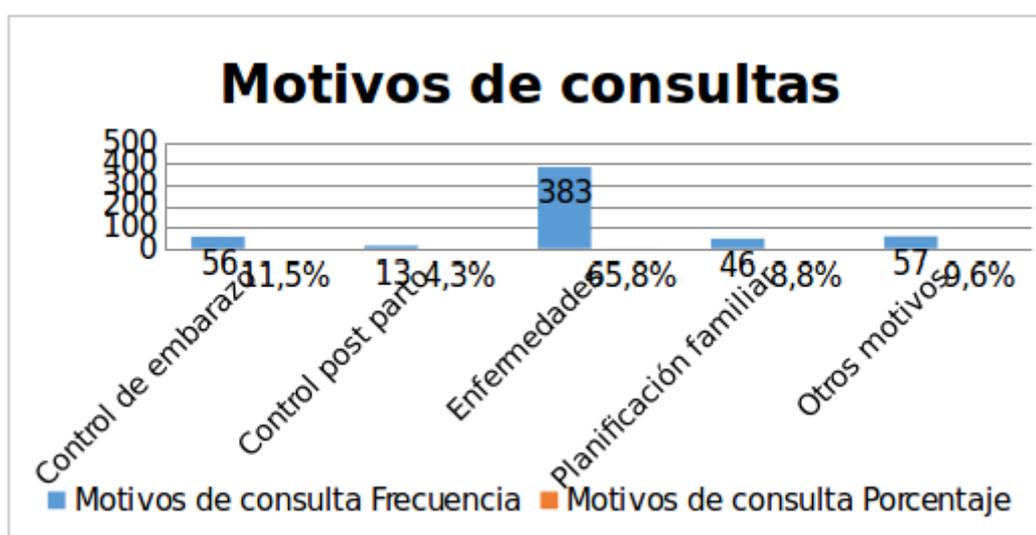
Para satisfacción del Plan Nacional del Buen Vivir, la gran campaña del nuevo equipamiento y atención al usuario aplicando el objetivo del milenio, las mujeres asisten en mayor porcentaje a los centros de salud del estado.

Se preguntó los motivos de las consultas a las 595 mujeres obteniendo el siguiente resultado.

Motivos de consulta		
Consulta	Frecuencia	Porcentaje
Control de embarazo	56	11,5%
Control post parto	13	4,3%

Enfermedades	383	65,8%
Planificación familiar	46	8,8%
Otros motivos	57	9,6%
Total	595	100,0%

Para control de embarazo 56 mujeres que equivale al 11.5%. 13 mujeres para control post parto que equivale a 4.3%, 383 mujeres asisten por enfermedades que equivale a 65.8%, 46 mujeres van a planificación familiar equivalente a 8.8% y por otros motivos asisten 57 equivalente a 9.6%.



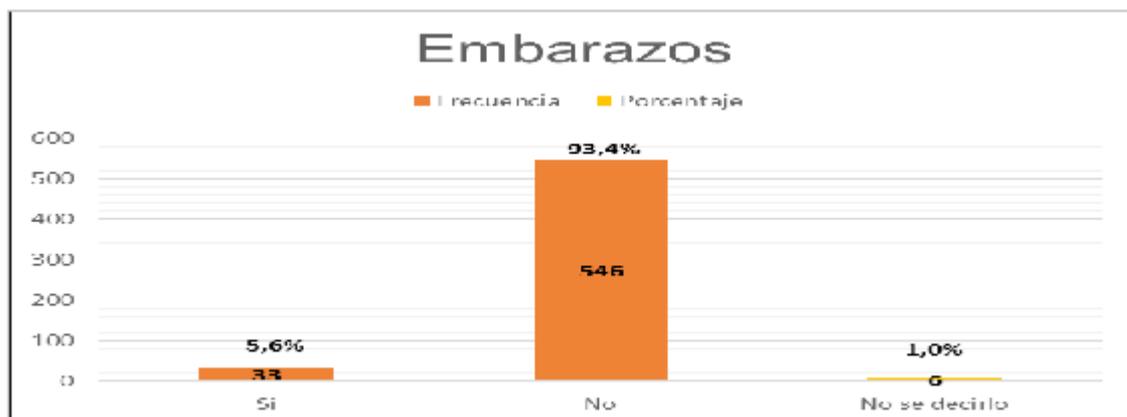
Fuente: Facultad de Trabajo Social

De 595 mujeres, 383 asisten a recibir asistencia médica por enfermedades, lo que refleja que hoy en día se ha mejorado la cultura de la atención médica.

En la siguiente tabla se evidencia la educación de asistir a recibir asistencia médica en estado de gestación.

Embarazos	Frecuencia	Porcentaje
Si	43	5,6%
No	546	93,4%
No sé decirlo	6	1,0%
Total	595	100,0%

De 595 mujeres que han estado embarazadas 43 dijeron que si asisten eso es equivalente al 5,6% de la muestra, 546 que equivale a 93,4% respondieron que no asisten y 6 de ellas que es igual al 1,0% no supieron responder.



Fuente: Facultad de Trabajo Social

En este resultado se constata que en estado de gestación las mujeres no asisten al control. Lo que es preocupante, a pesar de que se realiza campañas de integración a la salud, para mejorar y cumplir uno de los objetivos del Milenio, aun no se alcanza la meta requerida por lo menos en esa muestra.

En los embarazos planificados se manifiestan de la siguiente manera:

Embarazos planificados	Porcentaje
Si	15%
No	80%
No sé decirlo	5%
Total	100%

El 15% de las mujeres respondieron que si planificaron su embarazo, el 80% respondió que no planificaron su embarazo y el 5% no supo que decir.



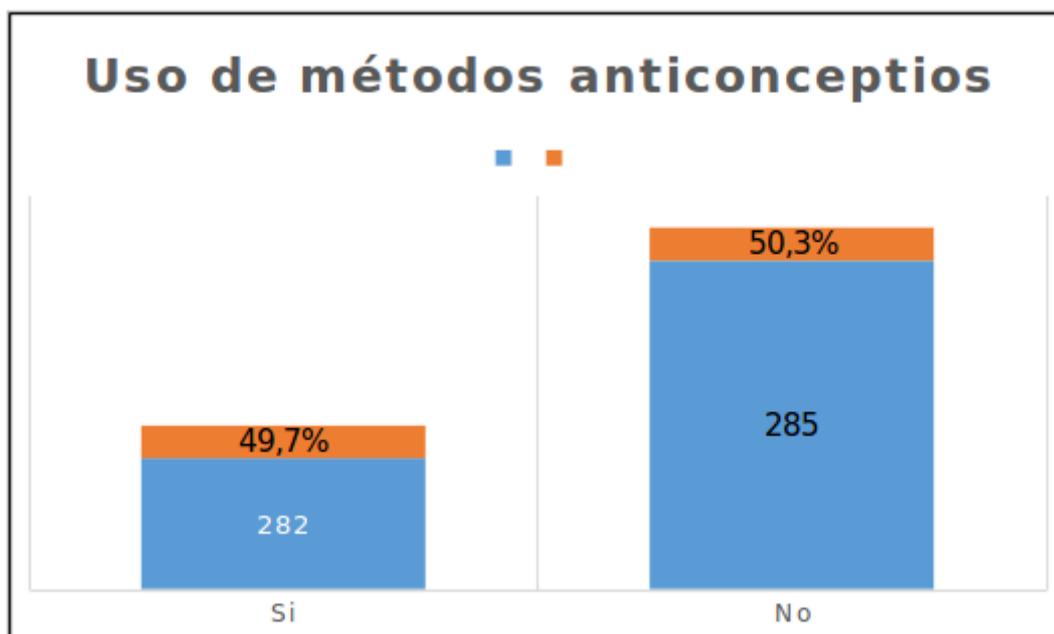
Fuente: Facultad de Trabajo Social

En el 100% de las mujeres encuestadas el 80% no planifica su embarazo, este tema ha sido una debilidad que aún no se supera a pesar de la educación para la sexualidad que se pone como eje integrado en los centros de estudios.

En la utilización de métodos anticonceptivos respondieron

Uso de métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Si	282	47.0%
No	313	53.0%
Total	595	100,0%

282 mujeres que equivale a 47% respondieron que si utilizan el método anticonceptivo y 313 equivalente a 53.0%



Fuente: Facultad de Trabajo Social

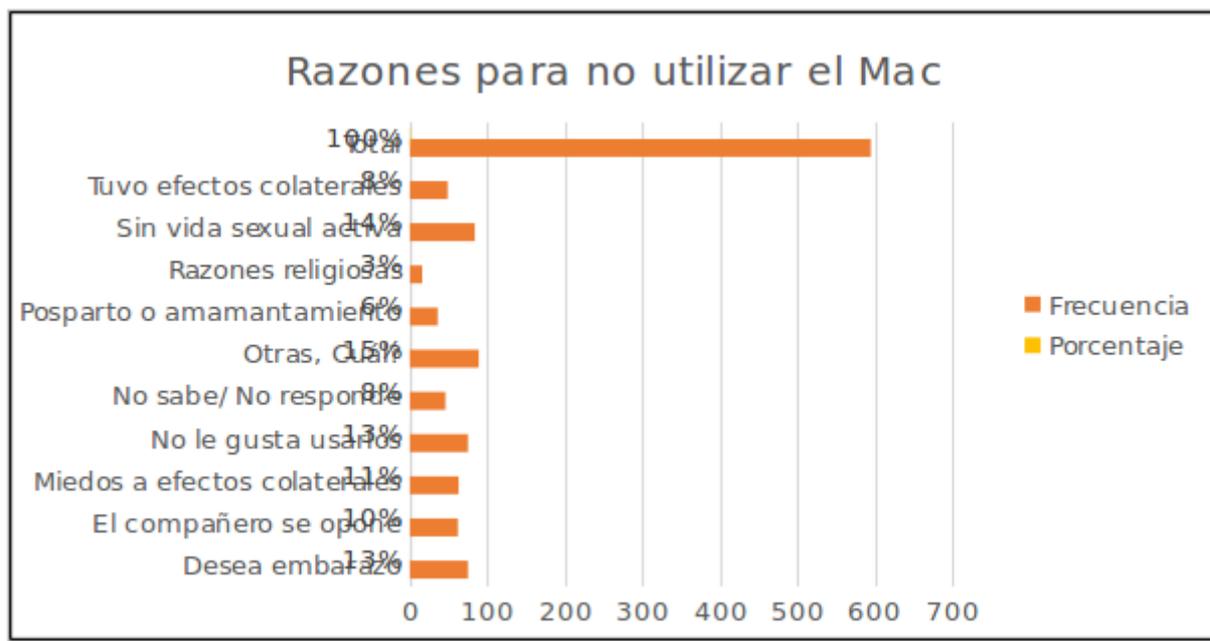
Esta estadística demuestra que al no existir planificación en el embarazo es porque no tienen conocimiento del uso del anticonceptivo.

Las razones para utilizar métodos anticonceptivos las 595 mujeres respondieron

Razones para no utilizar el Mac	Frecuencia	Porcentaje
Desea embarazo	75	13%
El compañero se opone	62	10%
Miedos a efectos colaterales	63	11%
No le gusta usarlos	75	13%
No sabe/ No responde	46	8%
Otras, Cuál?	89	15%
Posparto o amamantamiento	36	6%
Razones religiosas	16	3%
Sin vida sexual activa	84	14%
Tuvo efectos colaterales	49	8%
Total	595	100,0%

De 595 mujeres responden las razones para no utilizar el MAC .75 porque desean embarazarse reflejando un 13%, 62 comentaron que el compañero se opone equivalente al 10%. otras 63 que les miedo a efectos colaterales que es igual a 11%, 75 simplemente no les gusta usarlos equivalente 13%, 46 de ellas no saben, otras no responden eso equivale a 8%,89 mujeres por otras razones que es el 15%. Por posparto o amamantamiento 36 m7ujeres que es el 6%, por razones religiosas 16 equivalente al 3%, 84 por que no tienen vida sexual activa lo que equivale a 14% y el 49% no lo

utiliza porque tuvo efectos colaterales.



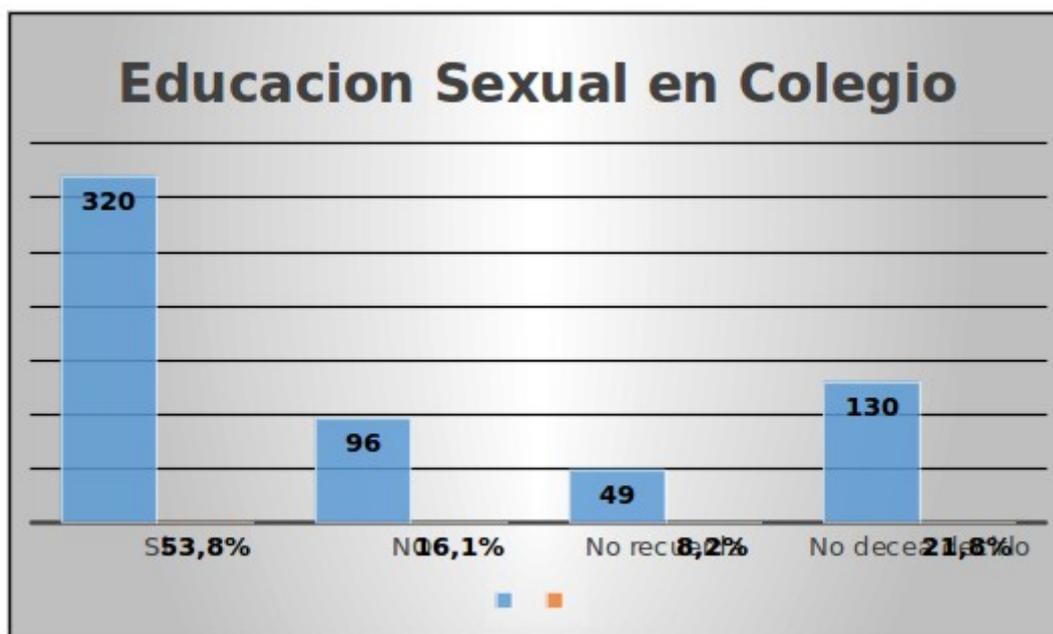
Fuente: Facultad de Trabajo Social

La perspectiva es que de una u otra manera hay muchas excusas para el uso del método anticonceptivo, que sería una gran oportunidad para no embarazarse sin quererlo o para prevenir enfermedades infecciosas

La educación sexual en los colegios es relevante para obtener un dato certero de formación.

Educación Sexual en el Colegio	Frecuencia	Porcentaje
Si	320	53,8%
No	96	16,1%
No recuerda	49	8,2%
No desea decirlo	130	21,8%
Total	595	100,0%

De 595 mujeres respondieron 320 que si recibieron educación sexual en su colegio lo que representa un porcentaje de 53.8%, 96 respondieron que no recibieron educación sexual y eso equivale 16.1%. 49 no lo recuerdan que equivale a 8.2%. y 130 mujeres encuestadas no desean decirlo qu equivale el 21.8%



Fuente: Facultad de Trabajo Social

La educación sexual en las instituciones de nivel educativo medio son el soporte para el comienzo de una vida sexual sana si se da el conocimiento pertinaz, acorde con un especialista en este tema, se empezaría con un cambio de cultura dando paso a un cambio positivo de la sexualidad reproductiva.

4. Conclusiones

La sociedad ecuatoriana tiene derecho a promover el reconocimiento básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, por lo tanto disponer de la información y los medios para ello y alcanzar el más alto nivel de salud sexual y la salud reproductiva. Incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.

Para el cumplimiento de este derecho el Estado debe garantizar:

- Programa y servicios de salud sexual y reproductiva amigables para los jóvenes.
- Acciones para prevenir el embarazo en adolescentes y prevenir el aborto inseguro.
- Reducir barreras legales de acceso a la Salud Sexual y Reproductiva Integral
- Involucrar a los hombres en la Salud Sexual y Reproductiva
- Suficientes recursos financieros, humanos y tecnológicos

Debe promover la demanda por cuidados e insumos de salud sexual y reproductiva. Las acciones de provisión de insumos y el desarrollo de capacidades tales como la capacitación del personal y el fortalecimiento de la logística deben ser también combinadas con otros aspectos como la

generación de atención o los esfuerzos por llegar a poblaciones desatendidas, también involucra promover la conciencia sobre las necesidades de los propios actores involucrados e interés por insumos y servicios. Por lo tanto la demanda comienza con la identificación de poblaciones objetivo, la comprensión de sus necesidades y deseos, la identificación de las barreras y dificultades que estos registran para luego actuar sobre ello.

Las organizaciones comunitarias de los cantones de Manta, Montecristi y Jaramijo pueden contribuir a generar la demanda ciudadana por cuidados e insumos de salud sexual y reproductiva el papel de las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil en la construcción de la sostenibilidad de las políticas públicas es fundamental.

Una respuesta no se constituye en “política de Estado” cuando así lo declara un gobierno sino cuando el costo político de su discontinuidad se hace demasiado alto, hoy en día las organizaciones pueden organizar la veeduría ciudadana y articular el reclamo por la continuidad de las respuestas

En respuesta a los resultados obtenidos en esta investigación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres de los cantones de Manta, Montecristi y Jaramijó, los puntos relevantes sobre la Planificación Familiar en mujeres apuntan a elaborar elementos para diseño de propuestas educativas con los resultados de los sectores populares de los tres cantones.

La salud sexual y reproductiva está rodeada de muchos aspectos. Para que se consolide con claridad deben plantearse estas cuestiones:

- Línea de base para futuras acciones en Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar
- Puntos de interés para nuevas investigaciones: fecundidad deseada, abortos por edades.
- Calidad de educación de sexualidad
- Embarazo en adolescentes
- Planificación familiar en hombres.

Referencias bibliográficas

- Aramburú, Carlos E. Artículo “Idas y vueltas: los programas de planificación popular en el Perú”. (Departamento de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica, Lima, Perú). Año 2011. En: http://www.alapop.org/alap/Revista/Articulos/Relap14/relap14_04.pdf
- Constitución del Ecuador, 2008.
- Promex.centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. “El Derecho a la Planificación Familiar: una agenda inconclusa en el Perú”. Primera edición noviembre 2010, Perú.
- Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia. 2011-2012. Ministerio de Desarrollo Social República Argentina y UNICEF.
En: <http://es.slideshare.net/EduardoNelsonGerman/encuesta-sobre-condiciones-de-vida-de-niez-y-adolescencia-20112012>
- ENIPLA. Programa “Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar”, Gobierno de Ecuador, año 2012.

- Amnistía Internacional. “Mi cuerpo mis derechos, guía sobre derechos sexuales reproductivos y normas internacionales de derechos humanos”. Madrid, España.
- María del Pilar Sánchez López. “Mujer y salud”. Universidad Complutense, Madrid, 2003.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). “Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas, América Latina”. OMS
- Quilodran, Julieta. “Parejas conyugales en transformación: Una visión al finalizar el siglo XX”, primera edición electrónica, México, 2014
- Plan Nacional del Buen Vivir. Ecuador. En: www.buenvivir.gob.ec/
- Reflexiones sobre la maternidad durante la adolescencia. Evid Act Pract Ambul.2014 17 (4). Oct-Dic 118-119.
- Representaciones y significaciones sobre el embarazo adolescente de padres y madres de hasta 19 años, INJUV, Ministerio de Planificación, Chile, noviembre 2011. En: <http://estudios.sernam.cl/>
- Informe. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo, gobierno de Ecuador, en: <http://www.planificacion.gob.ec/ecuador-ha-cumplido-casi-el-80-por-ciento-de-los-objetivos-del-milenio/2015>.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, en <http://www.unfpa.org/es/sitemap>.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, Ecuador. En: <http://www.unfpa.org/ec/>