



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA

**SITUACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES
DE LA ETNIA KAÑARI DE LA COMUNIDAD QUILLOAC, CANTÓN CAÑAR,
2016-2017**

**Proyecto de Investigación previa a la Obtención
de Título de Médico**

Autoras:

Daniela Samantha Ortiz Chimbo CI: 0106527153

Valeria Nataly Pulla Mejía CI: 0104991492

Director:

Dr. José Ignacio Ortiz Segarra PhD CI: 0101432185

Asesor:

Dr. José Vicente Roldán Fernández CI: 0301581229

CUENCA-ECUADOR

2017



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESUMEN

Introducción: La salud sexual y reproductiva de las indígenas es una prioridad en el ejercicio de los derechos de la mujer, sin embargo ellas son vulnerables a problemas de salud asociados al embarazo, parto, postparto, planificación familiar y desarrollo personal.

Objetivo: Establecer la situación de salud sexual y reproductiva en las mujeres indígenas de la etnia Kañari en la comunidad de Quilloac de la provincia del Cañar en el año 2016 - 2017.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal, se incluyeron 193 mujeres indígenas en edad fértil. Se recolectó información mediante un formulario sobre indicadores de salud sexual y reproductiva tomados del formulario "Demographic and Health Surveys". Se incluyeron variables como: edad, estado civil, nivel de educación, actividad sexual, etc. Los datos fueron tabulados en el programa Microsoft Excel, posteriormente se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: El 70.98% de la población osciló entre los 15 a 20 años, el 59,04% se encuentran solteras. El 44.04% se encuentran desocupadas y un 72.54% han cursado la secundaria. El 61.14% pertenece al nivel socioeconómico medio bajo. Un 42.49% inicia la vida sexual entre los 15 y 19 años. El 78,7% recibió atención prenatal por personal de salud calificado, al igual que la perinatal y postnatal.

Conclusión: La mayoría de las mujeres indígenas que fueron atendidas en el centro de salud tiene entre 15 y 20 años de edad, inician la vida sexual y reproductiva a una edad temprana, la mayoría no usa anticonceptivos, y las que si los reciben del Hospital.

Palabras clave: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, MUJERES INDIGENAS.



ABSTRACT

Introduction: Sexual and reproductive health of indigenous women is a priority in the exercise of women's rights, but they are vulnerable to health problems associated with pregnancy, childbirth, postpartum, family planning and personal development.

Objective: To establish the sexual and reproductive health situation in indigenous women of the Kañari ethnic group in the community of Quilloac in the province of Cañar in 2016 - 2017.

Materials and methods: Descriptive cross-sectional study, 193 indigenous women in reproductive age were included. Information was collected through a form with indicators of sexual and reproductive health from the "Demographic and Health Surveys". Variables such as: age, marital status, level of education, sexual activity, etc. were included. The data was tabulated in the Microsoft Excel program, after which a descriptive analysis was performed.

Results: 70.98% of the population ranged from 15 to 20 years, 59.04% were single. 44.04% are unemployed and 72.54% have attended secondary school. The 61.14% belong to the low socioeconomic level. A 78,1% initiates the sexual life between the 15 and 19 years. The 78.7% received prenatal care by qualified health personnel, as well as perinatal and postnatal care.

Conclusion: The majority of the indigenous women treated in the health center is between 15 and 20 years old. There was an early age for the onset of sexual and reproductive life, most don't use contraceptives, and those who does obtain them from the Hospital.

Keywords: SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH, INDIGENOUS WOMEN.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

INDICE

RESUMEN 2

ABSTRACT.....3

1. INTRODUCCIÓN 12

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 14

3. JUSTIFICACIÓN..... 16

4. MARCO TEÓRICO 17

4.1 Situación socioeconomica en la población indígena. 17

4.2 Salud sexual y reproductiva y su influencia en los indígenas..... 18

4.3 Actividad sexual 19

4.5 Enfermedades de transmisión sexual 21

4.6 Aspectos culturales en torno a la sexualidad y reproducción de la cultura
kañari 23

4.7 Atención prenatal 23

4.8 Atención del parto 24

4.9 Atención del postparto..... 24

4.10 Preferencias reproductivas..... 25

4.11 Cobertura y acceso a los servicios de Salud..... 25

5. OBJETIVOS 26

5.1 Objetivo general: 26

5.2 Objetivos específicos:..... 26

6. DISEÑO METODOLOGICO 26

6.1 Tipo de estudio..... 26

6.2 Área de estudio. 27

6.3 Población de estudio 27

6.4 Universo y muestra 27

6.5 Criterios de inclusión y exclusión. 28



UNIVERSIDAD DE CUENCA

6.5.1 Criterios de inclusión 28

6.5.2 Criterios de exclusión..... 28

6.6 Variables 28

6.6.1 Operacionalización de variables..... 28

6.7 Métodos, técnicas e instrumentos 28

6.11 Plan de tabulación y análisis 30

6.12 Aspectos éticos de la investigación 30

7. RESULTADOS..... 31

9. DISCUSIÓN..... 38

10. CONCLUSIONES 43

11. RECOMENDACIONES 44

12. BIBLIOGRAFIA 45

13. ANEXOS 53

Anexo 1: Consentimiento informado 53

Anexo 2: Oficio de autorización 54

Anexo 3: Formulario 55

Anexo 4: Operacionalización de variables 53



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CLAUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACION PARA PUBLICACION EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

YO, Valeria Nataly Pulla Mejía, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“SITUACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES DE LA ETNIA KAÑARI DE LA COMUNIDAD QUILLOAC, CANTÓN CAÑAR, 2016-2017”**, de conformidad con el Art. 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS CRATIVIDAD E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 6 de septiembre del 2017

.....
Valeria Nataly Pulla Mejía

CI: 0104991492



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
RESPONSABILIDAD**

Yo, Valeria Nataly Pulla Mejía, autora del proyecto de investigación **“SITUACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES DE LA ETNIA KAÑARI DE LA COMUNIDAD QUILLOAC, CANTÓN CAÑAR, 2016-2017”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 6 de septiembre del 2017

.....
Valeria Nataly Pulla Mejía

CI: 0104991492



UNIVERSIDAD DE CUENCA

CLAUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACION PARA PUBLICACION EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

YO, Daniela Samantha Ortiz Chimbo, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“SITUACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES DE LA ETNIA KAÑARI DE LA COMUNIDAD QUILLOAC, CANTÓN CAÑAR, 2016-2017”**, de conformidad con el Art. 114 del CODIGO ORGANICO DE LA ECONOMIA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS CRATIVIDAD E INNOVACION reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 6 de septiembre del 2017

.....
Daniela Samantha Ortiz Chimbo
CI: 0106527153



UNIVERSIDAD DE CUENCA

RESPONSABILIDAD

Yo, Daniela Samantha Ortiz Chimbo, autora del proyecto de investigación **“SITUACIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES DE LA ETNIA KAÑARI DE LA COMUNIDAD QUILLOAC, CANTÓN CAÑAR, 2016-2017”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 6 de septiembre del 2017

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Daniela', with a long horizontal stroke extending to the right.

.....
Daniela Samantha Ortiz Chimbo

CI: 0106527153



UNIVERSIDAD DE CUENCA

DEDICATORIA

Dedicamos este proyecto a nuestras familias, especialmente a nuestros padres, ya que ellos son los principales cimientos para la construcción de nuestra vida profesional, han sentado bases de superación y responsabilidad, además de brindarnos su apoyo y consejos a lo largo de nuestra vida estudiantil.

Las Autoras.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

AGRADECIMIENTO

En primer lugar queremos agradecer a nuestro Padre Dios por el don de la vida, por darnos la sabiduría, fortaleza y perseverancia para culminar esta etapa. Así también queremos agradecer a nuestras familias, especialmente a nuestros padres que fueron ese pilar fundamental, en este tiempo universitario.

De una manera especial queremos hacer llegar nuestro profundo agradecimiento y reconocimiento al Dr. José Ortiz Segarra PhD. Director y al Dr. José Roldán Fernández Asesor de éste trabajo, quienes nos supieron brindar su apoyo, su paciencia y motivación, a la vez impartir sus conocimientos, para una acertada dirección, asesoría y permanente dedicación.

Queremos agradecer también al equipo de investigadores del Proyecto “Virus del papiloma humano e infecciones de transmisión sexual en mujeres de pueblos y nacionalidades indígenas kychwa y shuar del Ecuador”, dentro del cual se encuentra este proyecto de tesis, por el apoyo y consejería sobre el mismo. Finalmente agradecer a toda la comunidad de Quilloac, quienes nos abrieron sus puertas, para proveernos de la información requerida para el desarrollo de esta investigación.

Las Autoras.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

1. INTRODUCCIÓN

En gran parte de los países del mundo, la salud sexual y reproductiva de las comunidades indígenas ha tomado mucha importancia, logrando que se tome en cuenta en las políticas y programas de salud. En el año 2000, los países de América Latina y El Caribe se comprometieron a trabajar por el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El quinto postulado de estos objetivos busca la reducción de tres cuartas partes de la mortalidad materna y el acceso universal a la salud reproductiva. De igual manera, en la Declaración de la ONU sobre los Derechos de los pueblos indígenas en el año 2007 se reconoce que las personas indígenas tienen derecho a disfrutar del nivel más alto de salud mental y física. Es evidente que las necesidades de estas mujeres no han sido ignoradas, pero a pesar de estos lineamientos internacionales, las mujeres indígenas no viven su reproducción y sexualidad al mismo nivel que las que no lo son(1).

La reproducción en las etnias por lo general, se basa en actos que están vinculados a su entorno natural, social y espiritual. Por ejemplo: el parto atendido por parteras, la anticoncepción con métodos naturales (plantas, infusiones, emplastos). Así, la reproducción en este medio está rodeado de tabúes y normativas culturales que impiden a la mujer disfrutar de su reproducción y sexualidad satisfactoriamente y sin riesgos de procrear, sin la libertad de decidir si hacerlo o no y cuando hacerlo(2).

El prurito, ardor y eritema de las mucosas vaginales son síntomas que se presentan comúnmente. Para ello, las mujeres usan tratamientos caseros, con la intención de disminuir la intensidad de los mismos. Sin embargo, desconocen que sin tratamiento etiológico ni definitivo, la enfermedad terminará afectando su calidad de vida. A todo esto se debe sumar que la mayoría de parejas indígenas no son monógamas; el elevado índice de afluencia a prostíbulos, forma un círculo vicioso de contagio que, tarde o temprano, producirá infecciones afectando su calidad de vida, su trabajo y su economía(2).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Encuestas realizadas en nuestro país revelan que en el año 2010 se comprobó que en el ámbito rural, existe un 20% de embarazo y maternidad adolescente; los controles prenatales son raros en la población, solo el 61% han tenido algún control profesional; la atención por profesionales de la salud del parto alcanza apenas un 30%. En cuanto al uso de anticonceptivos solo un 47%, a nivel nacional, de indígenas usa algún método con el fin de no tener hijos; el preservativo no es utilizado, lo que demuestra el desconocimiento de prevención de enfermedades de transmisión sexual(1).

Según el ENSANUT del año 2012 el 80% de las mujeres han tenido controles prenatales adecuados (mínimo 5) durante su embarazo, un 70 % dieron a luz en establecimientos de salud profesional tanto privados como públicos y un 80,1% utilizan al menos un método anticonceptivo. Los resultados que arrojaron estas encuestas son buenos. Sin embargo, es válido cuestionarnos si estos datos reflejan a cabalidad la realidad de las mujeres indígenas. Es por esto que creemos necesario realizar un estudio que describa la verdadera situación de salud sexual y reproductiva que se vive en esta población específica(3).

El presente estudio se desarrolló como parte del proyecto de investigación: "Virus del papiloma humano e infecciones de transmisión sexual en mujeres de pueblos y nacionalidades indígenas kychwa y shuar del Ecuador", donde se describe las características demográficas y la situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres de la etnia Kañari de la comunidad de Quilloac, con base en la aplicación de una encuesta a 193 mujeres en edad fértil que se autoidentificaron como kañaris, se utilizó y modificó a las condiciones, las preguntas del cuestionario de las Encuestas Demográficas y de Salud (DHS por siglas en inglés), aplicado en Norte América (4). Los datos obtenidos se representaron en porcentajes y en gráficos de barras, comparando con los datos del año 2012 del documento del ENSANUT realizado en el Ecuador y con otros estudios. Se describieron primero las características demográficas (edad, estado civil, ocupación, nivel de educación, procedencia), estratificación



UNIVERSIDAD DE CUENCA

socioeconómica (características de la vivienda, acceso a la tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de educación, actividad económica del hogar), luego los principales indicadores de salud sexual (actividad sexual, práctica anticonceptiva, demanda, expectativa de anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual) y finalmente los de salud reproductiva (atención prenatal, del parto y posnatal, preferencias reproductivas, cobertura y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva).

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población indígena representa aproximadamente entre el 8% y 15 % de la región de América Latina y el Caribe, más allá de esto el problema radica en las diversas desigualdades que estos sufren día a día, siendo tratados como minorías, caracterizados estructuralmente por la pobreza, la marginalidad y la exclusión. Estos son muchas veces excluidos del derecho a la educación que considere sus especificidades culturales, lingüísticas y religiosas; y entre estas está la educación en salud sexual y reproductiva, generando como consecuencia un impacto dentro de su estado de salud en general, de su desarrollo personal y socioeconómico (5).

Las costumbres y normas sociales que rigen un pueblo indígena influyen directamente sobre la concepción de prácticas sexuales y reproductivas. La restricción a la información en la población joven, la desigualdad del papel de la mujer en la toma de decisiones sobre su salud, la limitación económica, el nivel de educación, la incapacidad de negociar con la pareja, la necesidad de obtener servicios de salud y el pensamiento masculino arraigado a costumbres promiscuas, genera mayor riesgo de enfermedades con círculo de contagio, un inicio de vida sexual temprana, desconocimiento de métodos anticonceptivos y embarazo adolescente. Esta diferenciación hará que favorezca o perjudique la determinación en la toma de decisiones a nivel individual o comunitario(6).

A partir de la conferencia del Cairo realizada en el año 2000 los gobiernos cambiaron sus políticas enfocadas al control poblacional en planificación familiar hacia el reconocimiento de los derechos y necesidades de los



UNIVERSIDAD DE CUENCA

individuos. Se propuso que para el año 2015 debe existir acceso universal a servicios de salud reproductiva, desde entonces los países de primer mundo han dado prioridad a estos asuntos. En Europa un indicador de salud sexual y reproductiva es la educación, se analizó que solo un tercio de países europeos no tienen educación sexual estandarizada ni profesionales responsables para la misma, en cuanto al comportamiento sexual, la edad promedio para el inicio de vida sexual son los 15 años y de estos entre el 61 a 91% usan condón como método anticonceptivo no porque no tengan acceso a otro método, si no por la asociación entre el consumo de alcohol, otras drogas y el sexo. Entre un 20 a 65 % de mujeres entre los países europeos aun experimentan intimidación o violencia por parte de su pareja.(7) En Estados Unidos el promedio de edad para el primer contacto sexual son los 17 años y no se casan hasta una edad mayor de los 20, el método anticonceptivo más utilizado es el condón entre mujeres jóvenes, pero 1 de cada 5 mujeres sexualmente activas dijeron usar ambos, condón y hormonas. El 86% de mujeres entre 15 y 19 años dijeron haber usado un anticonceptivo la ultima vez que tuvieron relaciones sexuales y un 79% refiere haber recibido educación sexual en el colegio. El virus del papiloma humano es la infección más frecuente entre las mujeres jóvenes. En cuanto al acceso a salud un 66% reporto que ha recibido servicios de anticoncepción, un tercio lo hizo en clínicas publicas y el resto en lugares privados. En cuanto a salud reproductiva según el Centro de prevención y control de enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), un 70.9 % de la población de Nueva York posee controles prenatales adecuados y solo un 1.7% refirió que no tiene controles prenatales, el 89.2% se realizo un chequeo postparto. (8)

El Ecuador cuenta con una población de 14. 483.499 habitantes de los cuales el 7% es población indígena, como consecuencia de esto existe una gran diversidad de estilos de vida, tradicionales y costumbres. En nuestro país el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) junto con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) están encargados de realizar estudios sobre salud sexual y reproductiva; sin embargo los datos obtenidos no



UNIVERSIDAD DE CUENCA

toman en cuenta la variable etnia(3). Todas estas circunstancias motivaron a la realización de este documento, con el fin de obtener información que sirva como base para futuros estudios y para la creación de políticas de salud públicas con un enfoque intercultural, que ayuden a mejorar las condiciones de la misma en estos grupos de minoría.

Los datos existentes sobre salud sexual y reproductiva en etnias son escasos, entre estos están "Salud Sexual y Reproductiva y VIH en jóvenes y adolescentes indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú" de la Organización Panamericana de Salud (OPS) en el año 2010 (2), "Salud Reproductiva Intercultural para mujeres indígenas" realizado por El Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA) en el año 2010 (1). Por lo que se encontró la necesidad de proporcionar esta fuente de información que refleja la situación de salud sexual y reproductiva en la etnia kañari, la misma que sirvió para comparar con la población no indígena y con los datos preexistentes. La adopción de modelos interculturales de investigación para mujeres indígenas constituye una herramienta fundamental para poder avanzar hacia el cumplimiento de esta meta.

Considerando este panorama, el objetivo del presente estudio fue establecer la situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres de la comunidad kañari cuyos resultados servirán como fuente de información para nuevas propuestas de salud y nuevos estudios comparativos que ayuden a mejorar la calidad de servicios brindados a los grupos étnicos del país.

3. JUSTIFICACIÓN

La pertenencia a una etnia compromete varios aspectos que la caracterizan, los mismos que se deben tomar en cuenta al momento de realizar estudios, entre estos tenemos: su idioma , su conciencia colectiva, su ascendencia y su territorio. Todo esto ha provocado actualmente un gran interés en el área de las ciencias de la salud, por su peso en los estudios epidemiológicos, la forma de medición y la identificación de esta condición.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

En la población Ecuatoriana existe escasa información y desactualizada sobre salud sexual y reproductiva en etnias, la mayor parte de investigaciones han sido realizadas en población urbana, que si bien tiene parte de indígenas, el comportamiento socio- económico no es igual al de las demás personas. Este desconocimiento puede deberse a la dificultad de acceso de investigadores a las localidades donde habitan dichos grupos, a la limitación cultural como es el idioma, el oscurantismo y superstición en sexualidad; por lo tanto las características específicas de los pueblos indígenas hacen que las estadísticas nacionales no reflejen el estado de salud sexual y reproductiva de estos grupos. Por este motivo se realizó esta investigación, tomando en cuenta que una etnia es una condición social con componentes históricos, culturales y socioeconómicos que influyen en el desarrollo personal de las familias indígenas y de la mujer específicamente.

Los resultados servirán como base para futuros estudios locales de causalidad o comparativos que ayuden a entender de mejor manera la salud de la mujeres indígenas kañaris, serán entregados a las autoridades del centro de salud de Quilloac para que de esta manera se pueda tener información para formular propuestas que mejoren la situación actual de la salud sexual y reproductiva de este grupo.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Situación socioeconomica en la población indígena.

El nivel o estatus socioeconómico, según Gottfried, 1985 y Hauser, 1994 incluye tres aspectos básicos: los ingresos económicos, nivel educativo y ocupación de los padres. El nivel socioeconómico se basa en la integración de distintos rasgos de las personas o sus hogares, se lo puede definir como la posición de un individuo/hogar dentro de dentro de una estructura social jerárquica, que se basa en varios factores, dentro de los cuales están el ingreso y la educación (9).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Se ha evidenciado que existe una fuerte asociación entre el nivel socioeconómico y el estado de salud, permitiendo categorizar a las familias en: alto, medio y bajo. Además se ha establecido que un bajo nivel de ingresos y un bajo nivel de educación son importantes indicadores de un rango de problemas de salud mental y física (9).

Dentro de la investigación titulada Panorama socioeconómico de la Población indígena del Estado de Hidalgo en México se definió que la situación socioeconómica de esta población se caracteriza por : “ Una fecundidad temprana y elevada, intervalos cortos entre nacimientos y un perfil epidemiológico que tiene como rasgos principales tanto una elevada mortalidad infantil y general como patrones de enfermedad y muerte donde predominan la desnutrición y las enfermedades infecciosas y parasitarias. Este patrón esta estrechamente asociado a la pobreza y al rezago socioeconómico que padecen sus integrantes, así como a la dispersión y al relativo aislamiento en el que se encuentran ”(10).

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud, la pobreza y la etnicidad o pertenencia a un pueblo indígena están directamente relacionados. El analfabetismo de las mujeres indígenas de Guatemala es del 53.4% comparado con el analfabetismo urbano de 14% (11). En las poblaciones indígenas de México el grado de instrucción de las mujeres indígenas es muy bajo, existe un mayor porcentaje de mujeres en unión libre en las indígenas (66%) que en las no indígenas(56%). Los porcentajes de población económicamente activa son menores que en comparación a las no indígenas. No tener acceso a servicios de salud representa un factor de riesgo para la salud, situación en la que se encuentra el 42% de las mujeres indígenas en edad reproductiva(12).

4.2 Salud sexual y reproductiva y su influencia en los indígenas

La salud sexual y reproductiva es parte de la vida de las personas, parejas y familias, y muy importante para su desarrollo social y económico. Los problemas alrededor de esta son una de las principales causas de mortalidad y



UNIVERSIDAD DE CUENCA

morbilidad para mujeres en edad fértil. Según la Organización Mundial de la Salud (WHO por sus siglas en inglés) la salud sexual se define como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; no solo la ausencia de enfermedad, disfunción o enfermedad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para esto la salud sexual debe ser alcanzada y mantenida, y los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos". La salud reproductiva como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la falta de enfermedad o dolencia, trata los procesos reproductivos, sus funciones y sistemas en todas las etapas de la vida, implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, que tengan la capacidad de reproducir y la libertad de decidir, cuándo y con qué frecuencia " (13).

La educación sexual, aun se mantiene bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud, la mayoría de jóvenes reciben una educación insuficiente y alejada sobre sexualidad. Asimismo los padres, por su bajo nivel de escolaridad, se niegan a aceptar la sexualidad activa de sus hijos, ya que en estos grupos indígenas existen fuertes tradiciones culturales y tabúes que detienen la educación sexual. El sexo normalmente se practica sin información sobre los riesgos de contraer infecciones o embarazos no planificados, esto propicia la existencia de riesgos para la salud integral del adolescente. La falta de información es un producto de la herencia de la discriminación racial en que se han desarrollado los adolescentes indígenas, que limitan e impiden la adquisición de conocimientos y necesidades reales en cuanto a salud sexual y reproductiva (14).

4.3 Actividad sexual

Entre los eventos que marcan la vida de las mujeres está el inicio de la vida sexual y la edad el nacimiento del primer hijo, que representan el resultado de



UNIVERSIDAD DE CUENCA

un proceso social y de eventos que tienen implicaciones en la vida futura que obligan a las mujeres a aceptar nuevos roles (15). El inicio de la vida sexual es un hecho de trascendencia en la vida de un individuo, en el cual usa su propio cuerpo para relacionarse con otros individuos a través del placer, lo cual es fundamental para su desarrollo emocional y para establecer relaciones con sus semejantes en condiciones igualitarias. A nivel étnico y rural la sociedad sigue siendo represiva y limita la sexualidad a la reproducción, considerando el placer como algo pecaminoso y desviado. En este escenario los individuos deben limitar las expresiones relacionadas con su sexualidad no solo al ámbito privado, sino a lo más escondido de su actividad, negando incluso la existencia del impulso sexual como parte de su propia naturaleza (15).

La edad a la primera unión está relacionada con el inicio de la vida sexual y reproductiva, generando un efecto importante sobre la fecundidad; ya que mientras más joven sea la mujer, mayor será el tiempo de exposición y mayor el potencial reproductivo a lo largo de su vida. En un estudio realizado por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar de Perú 2012, tomando en cuenta mujeres casadas y mujeres unidas, se obtuvo que la edad mediana a la primera unión fue de 21,6 años. En un estudio realizado a las mujeres indígenas U-wa en Boyacá Colombia se observa que el 46,6% de las mujeres tienen la primera unión entre los 12 y 15 años con una edad promedio de 16,4 años, es decir tempranas (2).

La edad del nacimiento del primer hijo hace referencia a la edad a la cual las mujeres comienzan su vida reproductiva. En el mismo estudio se observa que la edad en el nacimiento del primer hijo fue 18,1 años, con un 32, 34% entre las edades entre 17 a 20 años y obteniéndose un total de 76, 4% que tuvieron un hijo hasta los 20 años. Concluyéndose que la mayor parte fue madre adolescente(16).

Según la Encuesta nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2012, en el Ecuador el 38% de las mujeres de 45 a 49 años mencionó haber tenido su



UNIVERSIDAD DE CUENCA

primera relación sexual antes de los 18 años, esta cifra se eleva entre las mujeres de 20 a 24 años al 43% (3).

4.4 Práctica anticonceptiva

Según la OMS la planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinan el intervalo entre embarazos, mediante el uso de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. Entre los beneficios de la planificación familiar tenemos: el bienestar y la autonomía de las mujeres y su desarrollo dentro de las comunidades. Millones de mujeres en los países en desarrollo desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo por cualquiera de los siguientes motivos: poca variedad de métodos, acceso limitado, temor a los efectos colaterales, oposición por razones culturales o religiosas, servicios de mala calidad, barreras de género y errores de principio de los usuarios y los proveedores(17). En el Cairo en 1994 se pone énfasis sobre la promoción del ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres ,en donde, para hacer efectivos estos compromisos, es de gran importancia la ampliación de cobertura de los servicios de salud reproductiva en zonas rurales e indígenas. En México en el año 2000 se optó por realizar ligaduras para controlar la fecundidad de las mujeres indígenas sin que estas conocieran lo que esto significa para su proyecto de vida (18). En un estudio realizado en estudiantes indígenas guatemaltecos un 66% declaró usar un método anticonceptivo y el otro 34% no contestó, el método más usado entre estos adolescentes fue el condón masculino (14). En Ecuador el uso del preservativo es mucho más limitado entre las mujeres adolescentes indígenas (3,1%) que entre las blanco-mestizas (6,5%)(19). Todo esto indica que la población indígena se encuentra perjudicada tanto por falta de información como por falta de acceso al derecho de planificación familiar.

4.5 Enfermedades de transmisión sexual

Existen más de 30 virus, bacterias y parásitos que se transmiten por contacto sexual de estos ocho están relacionados con enfermedades de transmisión



UNIVERSIDAD DE CUENCA

sexual, cuatro son actualmente curables, a saber, la sífilis, la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis. Las otras cuatro: hepatitis B, virus del herpes simple (HSV o herpes), VIH y virus del papiloma humano (VPH) son infecciones virales incurables.

Los problemas de salud sexual que afectan a los pueblos indígenas se acentúan por su situación de desventaja, como muestra de esto las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH, reflejan las inequidades en el acceso a la salud. En Guatemala, un país con más de la mitad de la población maya se ha incrementado notoriamente el número de casos de SIDA por contagio con trabajadoras sexuales (10). Lo que resalta de estos grupos es que se han ideado mecanismos de supervivencia propios. En cuanto a la conducta sexual de los indígenas, los encuentros sexuales no parecen obedecer ningún patrón, sino más bien a la fuerza de las necesidades concretas, se cree que estas vivencias se las adquiere poco a poco de acuerdo a reglas y pensamientos propios del grupo (11).

La secreción vaginal es un síntoma genital común entre las mujeres, estudios han demostrado que del 11% al 38.4% en la India busca atención a nivel primario por este síntoma. La descarga vaginal puede ser una manifestación fisiológica o patológica. En la práctica es difícil distinguir lo anormal de lo normal, la secreción vaginal puede estar asociada con la vaginosis bacteriana y la infección por *Candida* y *Trichomonas vaginalis*. La descarga de origen cervical se debe generalmente a una infección por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Mycoplasma genitalium*; el herpes cervical primario simple también puede manifestarse como flujo vaginal (20). En Sudáfrica durante el periodo de 1995 al 2005 se vio que tratar la secreción vaginal redujo la prevalencia de sífilis, *neisseria gonorrhoeae*, vaginosis bacteriana y el chancro (20). En este estudio descriptivo se utilizó esta variable como factor de riesgo de enfermedad de transmisión sexual ya que para confirmarla se necesitaría un examen físico y complementario.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

4.6 Aspectos culturales en torno a la sexualidad y reproducción de la cultura kañari

La familia en la etnia Kañari representa muchos sentimientos, como: solidaridad y unidad. Existen dos tipos de familia, la nuclear (padre, madre e hijos) y la ampliada formada a través de la afinidad. En cuanto a la concepción, muchos kañaris la relacionan con el ciclo agrícola, las fiestas andinas y las fases lunares. En el embarazo la mujer se alimenta de granos y gallina criolla, la pareja se exonera de trabajos forzosos, pero también consideran el ejercicio como una ayuda para un rápido alumbramiento y un parto sin complicaciones. El nacimiento es atendido, la mayoría de veces por una partera, la misma que prepara los alimentos típicos para los primeros días postparto (21).

En el pasado el matrimonio era decisión exclusiva de los padres, en otros casos intervenían personas mayores con más experiencia llamadas “rimaktayta” y “rimakmama” traducido a consejeros. Durante el matrimonio, el trabajo agrícola, la construcción de casas, la excavación de canales de riego y caminos, la celebración de fiestas familiares y otras actividades, se hacían siempre. Estas modalidades de trabajo son expresiones culturales propias de los pueblos indígenas (21).

Para valorar la salud reproductiva se estudió la atención prenatal, del parto y postnatal, preferencias reproductivas, cobertura y acceso a servicios de salud reproductiva:

4.7 Atención prenatal

El control prenatal debe ser precoz, periódico, completo y de calidad, de amplia cobertura, siendo ofrecido a la mayor población posible y garantizándole su fácil accesibilidad(22). El número mínimo de controles prenatales es de 5 y el adecuado es 13 durante el embarazo (23). Un control inadecuado conlleva a mayores tasas de partos pretermino, retardo de crecimiento intrauterino, recién nacidos pequeños para edad gestacional y mayores tasas de infecciones y de mortalidad materno-perinatal (23). Un estudio de 45 países encontró que mujeres con mayor grado de instrucción y que vivían en zonas urbanas tenían



UNIVERSIDAD DE CUENCA

mayores tasas de control prenatal adecuado (23). En contraste con las indígenas gestantes de la Amazonía de Colombia en quienes se vio que un 64,4% tenían un control prenatal insuficiente, y un 21% no tenían controles prenatales. Una razón fue que la mayoría prefería tener el parto en su domicilio por la distancia de la comunidad hasta el centro de atención más cercano (24). En algunas comunidades la gestante acude a las instituciones de salud, después de visitar a la partera o haber consultado con sus familiares (25).

4.8 Atención del parto

En cuanto a la atención del parto se lo realiza para asegurar que el mismo se desarrolle de una manera segura y siguiendo las pautas de maternidad centrada en la familia, evitando prácticas y procedimientos que no tengan fundamentos científico y la utilización de fármacos innecesarios, a su vez para lograr que el progreso del parto y la condición materno fetal se encuentren dentro de límites fisiológicos(26). El porcentaje de partos atendidos por servicios de salud refleja la accesibilidad de las etnias a los mismos.

4.9 Atención del postparto

El puerperio es el periodo en el que se producen transformaciones regresivas de orden anatómico y funcional de las modificaciones gravídicas. Este periodo se extiende hasta los 45-60 días postparto(27). Durante esta etapa la madre requiere cuidados especiales, nutrición adecuada a los requerimientos y apoyo del personal de salud. Por estas razones es necesario que los proveedores de servicios de salud se encarguen de los aspectos biomédicos y psicosociales de una manera integral, apoyando la relación de pareja, el vínculos entre el padre y su hijo/a, estimulando su participación en las actividades de salud de la madre como del niño/a, en los controles subsiguientes de la madre y el niño/a, y además brindar orientación a las mujeres sobre el espaciamiento de los partos y planificación familiar. La OMS recomienda que las mujeres que tuvieron el parto en un centro de salud deben recibir atención postparto durante al menos 24 horas después del parto. Si el parto es en el hogar, el primer contacto posnatal debería establecerse lo antes posible, dentro del transcurso



UNIVERSIDAD DE CUENCA

de las 24 horas del parto. Se recomiendan tres contactos adicionales para la atención del parto, al tercer día, entre el séptimo y decimocuarto día después del parto y seis semanas después de este(28). En un estudio realizado en la población fémina de Colombia, un 74,9% se realizó un control postparto, presentando un menor porcentaje en indígenas con un 54%(29). En la intervención intercultural de la atención del parto en Ecuador, un 36,2% se realizó un control post parto del a nivel nacional, de esto un 37,7% fueron mujeres no indígenas y un 15,4% en mujeres indígenas (27).

4.10 Preferencias reproductivas

Las preferencias de reproducción y de fecundidad hacen referencia en cuanto al deseo de tener o aumentar el número de hijos en general y a la vez el tiempo que les gustaría esperar antes de concebir otro. Entre los pueblos indígenas y afrodescendientes se ha observado sistemáticamente una fecundidad más alta respecto a los promedios nacionales y el resto de la población, las tasas son más elevadas en mujeres indígenas en comparación al resto de mujeres. Guatemala, Honduras, Panamá y el Ecuador son los países que presentan una fecundidad más alta para los pueblos indígenas. En un reporte de la población de Cambodia; a la pregunta: ¿Cuántos hijos desearía tener? se observo en el 2010 que un 2% de las mujeres respondió "los que Dios quiera" comparado con un 7% que dio respuestas parecidas en el año 2000. El promedio de hijos deseados de la mayoría de mujeres fue de 3.1, este valor se mantiene en mujeres casadas, pero en mujeres jóvenes y no casadas el número desciende a 2.6 hijos (30).

4.11 Cobertura y acceso a los servicios de Salud

En el Ecuador el primer nivel de atención básica ambulatoria tiene la misión de resolver la mayor parte de la demanda de baja complejidad y referir los casos más complejos, entre los primeros están: la atención materna, planificación materna, prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, cuidados prenatales, control del embarazo, atención del parto, postparto, violencia y adolescentes(31). Las principales barreras de los



UNIVERSIDAD DE CUENCA

indígenas a estos servicios son geológicas y culturales, lo que contribuye a la marginación y desigualdad. En México, uno de los países con mayor población indígena, el 25% de partos son atendidos por parteras tradicionales debido a la falta de acceso a salud (32). La condición socioeconómica refleja también un obstáculo para acceder a la salud, los transportes escasos y la lejanía de las viviendas en las zonas rurales donde habitan la mayoría de indígenas (33).

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general:

- Establecer la situación demográfica, socioeconómica de Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres en edad reproductiva de la etnia kañari de la comunidad de Quilloac 2017.

5.2 Objetivos específicos:

- Describir las características demográficas. (edad, estado civil, ocupación, procedencia, nivel de educación) y estratificación socioeconómica (características de la vivienda, acceso a la tecnología, posesión de bienes, hábitos de consumo, nivel de educación, actividad económica del hogar)
- Analizar la situación de salud sexual en lo referente a: actividad sexual, práctica anticonceptiva, enfermedades de transmisión sexual, demanda y expectativas de anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual.
- Establecer la situación de Salud Reproductiva en cuanto a: atención prenatal, atención del parto y posnatal, preferencias reproductivas y la cobertura y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

6. DISEÑO METODOLOGICO

6.1 Tipo de estudio.

El estudio que se llevó a cabo fue de tipo observacional, transversal, en el cual se analizaron las características demográficas y socioeconómicas, los



UNIVERSIDAD DE CUENCA

indicadores de salud sexual y reproductiva de la comunidad Quilloac, a través de entrevistas y fuentes de información secundarias.

6.2 Área de estudio.

La investigación se realizó en la comunidad indígena de Quilloac perteneciente al cantón Cañar de la provincia Cañar. Se tomó como punto de encuentro el centro de Salud de la comunidad y el colegio politécnico de Quilloac.

6.3 Población de estudio

Mujeres indígenas en edad fértil entre las edades de 15 a 45 años de la comunidad kañari Quilloac.

6.4 Universo y muestra

La población total de mujeres de edad fértil (15-45 años) en la Comunidad de Quilloac fue de 264. Según la última proyección poblacional del INEC del año 2014, se ejecutó a toda mujer indígena en edad fértil de la comunidad Quilloac, 2016 – 2017 bajo algunos criterios.

El tipo de muestra fue no probabilística, por muestreo intencional o de conveniencia. El cálculo de la muestra se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios: una confiabilidad al 95%, potencia del 80% y un error muestral del 5. La muestra fue obtenida con la siguiente formula:

$$n = \frac{N\sigma^2Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2Z^2} \quad (37)$$

Donde:

$N = 264$

$\sigma = 0.5$. (Se usó el 50% de acuerdo a este estudio realizado en adolescentes indígenas de Latinoamérica)(2).

$Z = 1.96$

$e = 0.05$

$n = 157$



UNIVERSIDAD DE CUENCA

6.5 Criterios de inclusión y exclusión.

6.5.1 Criterios de inclusión.

- Mujeres de 15 hasta los 45 años de edad
- Mujeres que residan en la comunidad de Quilloac por lo menos 5 años
- Mujeres que tengan historia clínica en el centro de salud de la localidad.

6.5.2 Criterios de exclusión.

- Mujeres en edad fértil que no deseen participar voluntariamente en el estudio, que no autoricen mediante el consentimiento informado la recolección y manejo de la información.
- Mujeres en edad fértil con imposibilidad de completar el cuestionario por deficiencias intelectuales.

6.6 Variables

6.6.1 Operacionalización de variables.

Las variables estudiadas incluyeron características sociodemográficas, características de actividad sexual y reproductiva. Dentro del presente estudio la variable dependiente está representada por la estratificación socioeconómica, actividad sexual y reproductiva. Mientras que en las variables independientes encontramos a: edad, sexo, estado civil, residencia, instrucción, ocupación, inicio de la vida sexual y reproductiva, número de compañeros sexuales, atención prenatal y postnatal, entre otras. **(Ver anexo 4)**

6.7 Métodos, técnicas e instrumentos

Método: se trató de una muestra no probabilística, se tomó en cuenta mujeres en edad fértil de la comunidad Quilloac, hasta que se cumpla con la muestra establecida.

Técnicas: La fuente de recolección de la información se obtuvo mediante entrevista a través de un formulario de preguntas a todas las mujeres de edad fértil de la comunidad Quilloac, que acudieron al centro de salud Quilloac, los mismos que se transformaron a formato pdf.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Instrumento: Se utilizó un único formulario que consta de las siguientes partes: en la primera se pregunta los datos de identificación, en la segunda las características demográficas, una tercera con la estratificación socioeconómica y en la cuarta las preguntas sobre salud sexual y reproductiva. Este formulario fue tomado del formulario sobre indicadores de salud sexual y reproductiva "Demographic and Health Surveys", posteriormente fue previamente validado en mujeres de edad fértil entre 15 y 45 años del centro de salud El Valle en 30 casos. **(Ver anexo 3)**

6.8 Procedimientos

Autorización: se presentó una solicitud al Director del Distrito de Cañar para obtener la respectiva autorización e información del centro de salud, el contacto previo con líderes comunitarios y con la Dra. Lorena Muñoz (médico), Directora del centro de salud Quilloac (ver anexo 2), para la organización de estrategias en las mejores fechas para congregarse a la mayor cantidad de personas (ver anexo 2), previa la recolección de la información se solicitó la firma del consentimiento informado a cada uno de los participantes.

Capacitación: se realizó una exhausta revisión bibliográfica, consulta por parte del Dr. José Ortiz PhD., Dr. José Roldán y los profesionales que son parte del Proyecto "*Virus del papiloma humano e infecciones de transmisión sexual en mujeres de pueblos y nacionalidades indígenas kichwa y shuar del Ecuador*", además nos habilitamos en el manejo de programas estadísticos para la realización del análisis de los datos que se obtengan y su interpretación.

Supervisión: Se encontró a cargo de nuestro director de tesis Dr. José Ortiz Segarra y de nuestro asesor Dr. José Roldán Fernández.

6.9 Proceso

Para el muestreo empleamos el centro de salud de Quilloac y sus zonas aledañas, considerados por el INEC. Se usó un muestreo de conveniencia.

Fase I. Se visitó el centro de salud de Quilloac y se realizaron visitas domiciliarias en donde se recolectó datos correspondientes a la población y al lugar de estudio.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fase II. Posteriormente se realizó nuevas visitas en donde se recolectaron datos necesarios para la entrevista realizada por las autoras del presente proyecto de titulación. **(Anexo 3)**. Se realizaron preguntas sobre: estratificación socioeconómica, salud sexual y reproductiva.

6.10 Instrumentos:

Los datos fueron recolectados por medio de un formulario realizado por los autores, para control de calidad se realizó una prueba piloto en 30 mujeres en edad fértil diferentes al grupo de investigación.

6.11 Plan de tabulación y análisis

Los datos fueron tabulados en el programa estadístico Microsoft Excel 2010, se elaboraron tablas para ordenar la información y facilitar la comprensión de las variables demográficas y los indicadores de salud sexual y reproductiva.

Se realizó un análisis descriptivo en donde se da a conocer frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas.

6.12 Aspectos éticos de la investigación

Esta investigación se realizó aplicando los principios de la Declaración de Helsinki (adoptada por la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013), las leyes y reglamentos del país, que sustentan la mayor protección al individuo. Para cumplir con tales propósitos se procederá a recibir el visto bueno por parte del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca; previamente a la recolección de los datos, los participantes deberán firmar el consentimiento informado o colocar su huella digital. Para esto, a los líderes y demás miembros de la comunidad se les informará acerca de los objetivos del estudio, tiempo de duración de las entrevistas, las preguntas que se les realizará de la información, la libertad de retirarse de la investigación en el momento que considere necesario y que no se verá afectada su situación personal, familiar ni laboral; además se les informará que por su participación no recibirán ningún incentivo económico ni de otra índole. Dadas las características de la investigación, no existe ningún



UNIVERSIDAD DE CUENCA

riesgo de daño físico, psicológico o de otra naturaleza para los participantes.
(Ver Anexo 1)

7. RESULTADOS

Se evaluó a 200 mujeres en edad fértil, entre las edades de 15 a 45 años, de la etnia kañari de la comunidad Quilloac; 4 de las participantes fueron excluidas debido a que su condición clínica resultaba dificultosa la evaluación y 3 restantes a que no autorizaron la recolección de datos. Finalmente se obtuvo la información completa de 193 mujeres en edad fértil.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 1. Distribución de 193 mujeres en edad reproductiva de la etnia kañari, Quilloac, según características demográficas, 2016 - 2017.

Variables demográficas	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Edad	15 a 20 años	137	70.98
	21 a 25 años	21	10.88
	26 a 30 años	15	7.77
	31 a 35 años	6	3.11
	36 a 40 años	2	1.04
	41 a 45 años	12	6.22
	Total	193	100,00
Estado civil	Soltera	114	59.07
	Casada	41	21.24
	Union Libre	35	18.13
	Divorciada	1	0.52
	Viuda	2	1.04
	Total	193	100,00
Ocupación	Administración	2	1,04
	Agropecuario y pesquero	57	29,53
	Desocupado	3	1,55
	Empleado de oficina	1	0,52
	Inactivos	2	1,04
	Instalaciones y máquinas	5	2,59
	Operario y artesanos	16	8,29
	Profesional científico e intelectuales	5	2,59
	Técnicos y profesionales de medio nivel	5	2,59
	Trabajador de servicios y comerciantes	45	23,32
	Trabajador no calificado	52	26,94
	Total	193	100,00
Procedencia	Quilloac	87	45.07
	Otras comunidades	106	54.9
	Total	193	100,00
Nivel de Educación	Ninguno	0	0
	Centro de alfabetización	2	1.04
	Preescolar	0	0
	Primaria	28	14.51
	Secundaria	140	72.54
	Tercer nivel	10	5.18
	Cuarto nivel	1	0.52
	No conoce	3	1.55
	No contesta	9	4.66
Total	193	100,00	

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por Valeria Nataly Pulla Mejía y Daniela Samantha Ortiz Chimbo



UNIVERSIDAD DE CUENCA

En esta tabla podemos observar que el 70,9% de la población se encuentra entre los 15 y 20 años de edad. Un 59% de la población de mujeres es soltera seguido de un 21% de mujeres casadas. Cabe resaltar que un 44% se encuentra desocupada y un 38,8% califica como trabajadoras no calificadas. En cuanto a la procedencia un 38% de mujeres son de Cañar y un 44% pertenecen a Quilloac. El 72.5% de la población tiene un nivel secundario de educación y un 14.5% tiene un nivel primario.

Tabla 2. Distribución de 193 mujeres en edad reproductiva de la etnia kañari, Quilloac, según condición socioeconómica, 2016 - 2017.

Variable socioeconómica	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Condicion socioeconómica	Alto: 845,1 a 1000	0	0,00
	Medio alto: 696,1 a 845	1	0,52
	Medio típico: 535,1 a 696	19	9,84
	Medio bajo: 316,1 a 535	118	61,14
	Bajo: 0 a 316	55	28,50
Total		193	100,00

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por Valeria Nataly Pulla Mejía y Daniela Samantha Ortiz Chimbo

Se puede observar que un 60% de la población tiene un nivel socioeconómico medio bajo, que según la estratificación del INEC corresponde a un nivel C- .



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 3. Distribución de 193 mujeres en edad reproductiva de la etnia kañari, Quilloac, según indicadores de salud sexual, 2016 - 2017.

Variables de salud sexual	Escala	Frecuencia	Porcentaje
Edad de inicio de la vida reproductiva	12 años a 17 años	47	24,35
	18 años o más	40	20,73
	No han iniciado	106	54,92
	Total	193	100,00
Edad al nacimiento del primer hijo	10 años a 13 años	2	1,04
	14 años a 17 años	24	12,44
	18 años a 21 años	45	23,32
	Más de 21 años	8	4,15
	Sin hijos	114	59,07
Total	193	100,00	
Edad de inicio de la vida sexual	12 años a 14 años	8	4,15
	15 años a 19 años	82	42,49
	Más de 19 años	15	7,77
	No han iniciado	88	45,60
	Total	193	100,00
Número de Compañeros Sexuales	>4	1	0,52
	2 A 4	15	7,77
	1	89	46,11
	No tienen	88	45,60
	Total	193	100,00
Mujeres casadas/unidas que usan anticonceptivos	Si	26	13,47
	No	15	7,77
	Mujeres solteras	152	78,76
	Total	193	100,00
Secreción Vaginal	Si	24	12,40
	No	169	87,60
Total	193	100,00	

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por Valeria Nataly Pulla Mejía y Daniela Samantha Ortiz Chimbo

En la tabla 3 podemos observar que el 24,3% de la población ha iniciado la vida reproductiva antes de los 18 años y el 54.92% aun no ha iniciado su vida reproductiva. Con respecto al nacimiento del primer hijo se evidencia que el 23.32% concibe su primer hijo entre las edades de 18 a 21 años. Además se evidencia que el 42.49% inició su vida sexual dentro de los 15 a los 19 años,



UNIVERSIDAD DE CUENCA

pero llama la atención que el 46,11% de toda la población estudiada tiene 1 solo compañero sexual, seguido del 45,6% aún no inicia la vida sexual.

Se observa que el 13.47% de las mujeres casadas o que se encuentran en unión libre refieren utilizar algún método anticonceptivo para su planificación familiar. Con lo que respecta a enfermedades de transmisión sexual, se evidencia que el 87,6% refiere no tener secreción vaginal.

Tabla 4. Distribución de 193 mujeres en edad reproductiva de la etnia kañari, Quilloac, según uso de métodos anticonceptivos, 2016 - 2017.

Uso de métodos anticonceptivos	Si usan		No usan	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No utiliza	62	32,12	131	67,88
Condón masculino	20	10,36	173	89,64
Condón femenino	0	0,00	193	100,00
Diafragma	0	0,00	193	100,00
Inyectables	29	15,03	164	84,97
Pastillas anticonceptivas	10	5,18	183	94,82
Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE)	3	1,55	190	98,45
Implante	33	17,10	160	82,90
Dispositivo intrauterino	2	1,04	191	98,96
Ligadura de trompas	1	0,52	192	99,48
Tradicional	0	0,00	193	100,00
Natural	3	1,55	190	98,45

Fuente: Base de datos de la investigación

Elaborado por Valeria Nataly Pulla Mejía y Daniela Samantha Ortiz Chimbo

En la tabla 4 se puede observar que la mayor parte con el 32,12% no utiliza ningún anticonceptivo, y en el caso de utilizarlo, se prefiere en su mayor parte el implante y anticonceptivos inyectables, seguido del condón masculino, Es importante recalcar que tan solo un pequeño porcentaje del 1,55% de la población utiliza un método anticonceptivo natural y que no existen mujeres que utilizan hoyen día anticonceptivos tradicionales.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Tabla 4. Distribución de 193 mujeres en edad reproductiva de la etnia kañari, Quilloac, según indicadores de salud reproductiva, 2016 - 2017.

Variables de salud reproductiva	Escala	Frecuencia	Porcentaje
		a	e
Atención de salud reproductiva	Partera	19	21.30
	Personal de salud capacitado	70	78.70
	Total	89	100.00
Controles prenatales	1 a 4	30	33.70
	5 o mas	50	56.20
	No tuvo controles	9	10.10
	Total	89	100.00
Atención del último parto	Partera	14	15.70
	Personal capacitado	75	84.30
	Total	89	100.00
Atención postnatal	Partera	10	11.20
	Personal de salud capacitado	79	88.80
	Total	89	100.00
Número de hijos	Sin hijos	127	65.80
	1 a 3 hijos	57	29.50
	Más de 3 hijos	9	4.70
	Total	193	100.00
Lugar de acceso a métodos de planificación familiar	Centro de Salud Quilloac	26	13.44
	Centro de Salud Cañar	4	2.07
	Hospital del Gobierno	144	74.61
	Hospital privado	1	0.52
	Farmacia	8	4.15
	Otro	10	5.18
	Total	193	100.00
Recibió información sobre planificación familiar luego de la atención médica	Si	87	45.08
	No	63	32.64
	No responde	43	22.28
	Total	193	100.00
Recibió información sobre planificación familiar luego del parto	Si	49	25.39
	No	46	23.83
	No responde	98	50.78
	Total	193	100.00
Para llegar al CS se demora menos de una hora	Si	157	81.35
	No	36	18.65
	Total	193	100.00

Fuente: Base de datos de la investigación



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Elaborado por Valeria Nataly Pulla Mejía y Daniela Samantha Ortiz Chimbo

En la tabla 5 se obtiene un total de 89 mujeres que refieren tener hijos o encontrarse embarazadas, de las cuales el 78,7% acudió a personal capacitado para el control prenatal, pero aún existe un 21,3% que acuden a la partera para consultar sobre su salud durante el embarazo.

De igual manera la mayoría de mujeres con el 56,2% ha tenido entre 5 o más controles, mientras que un 10,1% no tiene ningún control. Con respecto a la atención del parto el 84,3% acude a personal de salud capacitado, mientras que el 15,7% acude hacia una partera. Un porcentaje semejante con el 88,8% acude a personal de salud capacitado para el control postparto.

Con respecto a preferencias reproductivas se observa que el 65,80% de mujeres no tienen descendencia y que tal solo el 29,50% tienen de 1 a 3 hijos.

Sobre cobertura de servicios de salud, podemos observar que el 74,61% obtiene métodos de planificación familiar en el Hospital del Gobierno, en este caso se trata de Hospital de Cañar, mientras que tan solo el 13,44% lo hace en el Centro de Salud de Quilloac. Por otra parte el 45,08% de mujeres indígenas refirió haber recibido información sobre planificación familiar luego de cualquier consulta en el centro de Salud, pero un porcentaje más bajo del 25,39% refirió haber recibido información sobre anticoncepción luego del parto. Otro indicador importante es que la mayor parte de mujeres indígenas con el 81,35% vive a menos de una hora del centro de salud.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

9. DISCUSIÓN

En el presente estudio se encontró que la mayoría de la población fue adolescente entre 15 y 20 años, el 59.07% es soltera, la mayoría se dedica a la agricultura y los quehaceres domésticos catalogados como trabajos no calificado según el INEC, más de la mitad proceden de otras comunidades fuera de Quilloac pero el 81.3% viven a menos de una hora del centro de salud. En cuanto a la educación sobresale el nivel secundario.

En un estudio realizado en Estados Unidos en el año 2014 sobre fertilidad y concepción en mujeres de edad reproductiva se vio que la mayoría se encontraba entre 25-34 años con una prevalencia de mujeres blancas hispánicas, la mayoría reporto haber estudiado la universidad o algo mas con un 79.5%, más del 40% de mujeres cuenta con un trabajo de tiempo completo, el 52,7% son casadas (35). En migrantes Chinas se encontró que la edad media fue de 23, la mayoría (55.6%) reporto tener tres años de bachillerato, el 90% se encontraba ligada al trabajo intenso de la industria y el 61% se encuentra no casada.

Por otro lado en Latinoamérica según el estudio "Mujeres Indígenas en América Latina, dinámicas demográficas y sociales", se estima que existen. En México, Perú y Uruguay más de la mitad de la indígenas reside en zonas urbanas en contraste con Brasil , Colombia, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua y Panamá (36). En Colombia de igual manera sobresale el nivel secundario incompleto (78,2%), y el 63,2% reporto como ocupación la de estudiante. (37)

En el Ecuador según la ENSANUT en el 2012 la mayoría (17.9%) de mujeres tienen entre 15 y 20 años, un 34.4% mujeres que viven en la zona rural de la sierra son solteras en contraste con las de la zona rural de la costa donde la mayoría son unidas (3). Menos de la mitad (37.6%) de las mujeres reportó trabajar fuera del hogar, un 7.1 % reportó trabajar dentro del hogar y un la mayoría (55%) reportó no trabajar (3). En la sierra rural se observó que el 59%



UNIVERSIDAD DE CUENCA

tiene nivel primario de educación pero en las mujeres de edad fértil sobresale el nivel secundario incompleto (3).

En lo que respecta al estado socioeconómico de la población estudiada se evidencia que el 60% tiene un nivel socioeconómico medio bajo, correspondiendo a un nivel C -, según el INEC. En países del primer mundo como Estados Unidos estadísticas del 2017 reflejan que un 31.1 % de mujeres jóvenes (25-34) son dueñas de casa, el 58% tiene un ingreso anual de \$30.000, el 40% tiene título universitario y el 70% tiene un empleo fijo (38). En los países del sur según un estudio de la CEPAL las mujeres latinoamericanas se caracterizan por tener un nivel económico bajo, identificado por el trabajo no remunerado, el trabajo doméstico y la inequidad de sueldos (39). Estos resultados guardan relación con el nivel socioeconómico medio bajo de la población ecuatoriana en general donde el 49,3% pertenece a un nivel C- (3).

La salud sexual engloba la edad de la primera unión, que se define como “la edad media a la que las mujeres en edad fértil realizan su primera unión o matrimonio” (40) relacionada con el inicio de la vida sexual y reproductiva, ya que influyen dentro de la fecundidad, indica el grado de exposición que tiene una mujer. Mientras más temprana sea la edad del inicio de la vida reproductiva más expuesta esta a problemas de salud.

En esta investigación se observó que la vida sexual inicia a partir de los 12 años de edad, la mayor frecuencia (24.35%) tiene la primera unión antes de los 18 años y una edad promedio se encuentra en 17,9 años. El 23.32% de población tuvo su primer hijo entre las edades de 18 a 21 años. En relación al inicio de la vida sexual el grupo de edad de 15 a 19 años predominó con el 42,49% . La mayor parte de la población, aún no inicia la vida sexual y no tiene un compañero sexual, mientras que en un 46,11% solamente han tenido 1 compañero sexual a lo largo de su vida, además se obtiene una media de 1, 2 compañeros sexuales, refleja un proporción notablemente menor del número de parejas sexuales de la población en general, pero a su vez hay que



UNIVERSIDAD DE CUENCA

considerar que aun si la mujer haya tenido solamente 1 compañero sexual, el hombre tiene más parejas sexuales a lo largo de su vida, con lo que la mujer estaría en riesgo de adquirir una ITS. De acuerdo a la planificación anticonceptiva se observa que el 32,12% no utiliza ningún método anticonceptivo, seguida con un 17,10% usa el implante, 15,03% usa anticonceptivos inyectables y un 10,36% el condón masculino. Dentro de la demanda y expectativa de anticonceptivos, se engloban las mujeres casadas o unidas que los usan, donde el 63.40% usa algún método anticonceptivo para planificación familiar. La presencia de secreción vaginal fue observada en un 12.4% de las mujeres, lo que representa riesgo para enfermedades de transmisión sexual.

En países desarrollados la edad promedio de unión es 30 años para los países Europeos y de 24.8 en Estados Unidos (8). En Bangladesh, Asia se observó que la edad media para el matrimonio es de 15 años edad similar a la del estudio. (41). En Inglaterra la edad de la mujer al tener el primer hijo es entre 30 – 34 años (42). El inicio de la vida sexual y reproductiva es uno de los eventos que marcan la vida sexual de las mujeres, en América del Norte la edad promedio para el inicio de la vida sexual es menor a los 17 años, y se observó una diferencia según la etnia siendo negros e hispanos quienes inician antes de los 13 años (8) (43). Con respecto al número de parejas sexuales, en un estudio realizado en España sobre el número de parejas sexuales en jóvenes en el año 2017 revela que el número aproximado de parejas sexuales fue de 3,8 en las mujeres (44).

En América Latina, un estudio realizado a las mujeres indígenas U-wa en Boyacá Colombia, el 46.6% tienen la primera unión entre los 12 y 15 años y otras indígenas a los 18.7 y un 76,4% tiene 17 a 20 años al momento del parto de su primer hijo. (2) (45), otro estudio indica que el 60% tuvo el primer coito antes de cumplir los 18 años (46). Esto puede ser explicado a que en este caso la mayoría de mujeres tiene un bajo nivel de escolaridad, lo que se



UNIVERSIDAD DE CUENCA

relaciona a una menor edad en la primera unión, evidenciado en un estudio realizado en el 2014, en países de América Latina, que revela que un mayor porcentaje de mujeres tuvo su primera unión antes de los 18 años, tenían un bajo nivel de educación (47). Se evidencia que la mayoría de mujeres indígenas se niega a la planificación familiar, ya que esta afecta a la reproducción biológica y cultural del grupo, al cambio de rol de la mujer ya que queda sin la posibilidad de gestar, marcando una ruptura de la norma de reproducción de los pueblos indígenas(48). En un estudio realizado en los pueblos indígenas de México en el año 2016 determina que el 59% de mujeres unidas hablantes de la lengua, emplean algún método anticonceptivo(45). De esta manera se evidencia que el porcentaje es bajo, lo que ubica a la población de estudio en mayor riesgo de embarazo y de adquirir algún tipo enfermedad de transmisión sexual. En Bolivia en el 2011, se reportó un 12% de casos con enfermedades de transmisión sexual el mismo que aumentó a 21% en el 2012 (49). Se ha visto que el principal síntoma de vaginosis bacteriana es la secreción vaginal y esta se encuentra en asociación con un riesgo mayor de enfermedades de salud sexual (50).

Según la Encuesta nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT 2014, en el Ecuador el 38% de las mujeres de 45 a 49 años mencionó haber tenido su primera relación sexual antes de los 18 años, esta cifra se eleva entre las mujeres de 20 a 24 años al 43% (3). El 73% de mujeres usa un anticonceptivo, pero en indígenas se reduce a un 47%, la esterilización femenina alcanza el 9% y el condón el 2%(19). A nivel nacional se midió el conocimiento de las enfermedades de transmisión sexual siendo la gonorrea la más conocida y la tricomoniasis la más desconocida (3). En la provincia de Esmeraldas se reportaron el 2008 6.418 casos donde el 40% fueron mujeres(19).

De acuerdo a la salud reproductiva, un 78.7% realizó su control con personal capacitado, un 21.7% de mujeres aun acude a la partera y un 10.1% no se realizó ningún control. De estos el 56.2% tuvo un número de controles



UNIVERSIDAD DE CUENCA

adecuado, lo que incrementa el riesgo de complicaciones durante el parto, las mismas que pueden ser prevenidas con un control prenatal calificado. En la atención del parto se observó que la mayor frecuencia (84.3%) fue atendido por personal capacitado siendo mayor al de control prenatal. Esto puede deberse a que el parto es considerado un hecho donde la mayor parte de muertes maternas ocurre, descrito en varios estudios (29) (2) (51), lo que obliga a la mujer a buscar ayuda profesional. Sucede lo mismo con el control postparto donde el 88.8% de mujeres kañaris recibió atención médica el su postparto. Se dice que una mujer debe por lo menos recibir 3 consultas en los 30 días posteriores al parto, eso sin contar con la revisión obligada a las 24 horas (52). (53) lo que no se cumple con las mujeres kañaris. Sobre planificación familiar un 74.1% de las mujeres acude al Hospital del Gobierno para obtener métodos anticonceptivos, y solo un 13.47% acude al Centro de salud. El menos de la mitad (45%) refiere haber sido informado sobre planificación familiar luego del parto y un 25.3% luego de cualquier consulta médica. En cuanto a barreras se ha descrito que la geográfica casi siempre es la principal, pero a pesar de esto en este estudio se observó que el 81.3% de las mujeres viven a menos de una hora del Centro de salud. Por otro lado las actitudes y creencias frente a los servicios y el personal médico si lo son, muchas de las mujeres tiene aun pudor al hablar sobre estos temas (53).

En comparación con un estudio realizado en mujeres colombianas de igual manera se observo que un 97% acudieron al control prenatal atendido por personal capacitado, pero el porcentaje fue menor en las mujeres indígenas donde el 86.9% lo hizo, con un 12,2% atendido por la partera y un 39.9% tuvo un número de controles inadecuado (menos de 4) (29). En México la media de controles prenatales es de 7,5 para mujeres en edad fértil (54). En Colombia el 75,7% de los partos fueron atendidos por personal de salud comparado con las mujeres no indígenas que fue del 95,5%, un 12,2% aun se atiende por partera y el 1% reportó que nadie había atendido su parto. Los motivos de la falta de atención fueron: la lejanía, el costo del transporte y la desconfianza por los médicos (29).



UNIVERSIDAD DE CUENCA

En Ecuador el 90% de partos de las mujeres en general es atendido por personal capacitado y tan solo un 4.7 % es atendido por partera y otro 4.2% prefiere dar a luz sola (3). El porcentaje es bajo a nivel nacional pero si observamos a la población indígena aun existe una gran parte de mujeres que acuden a la partera en lugar del personal de salud, lo que nos indica que los modelos de salud implementados aun no son suficientes para llegar a poblaciones más alejadas y dispersas, lo que provoca un aumento en el riesgo materno. . A nivel nacional, solo un 8.4 % de las madres recibió el control posparto en los primeros siete días; un 37.6 %, entre 8 y 40 días; un 4.9 %, a los 41 días o más; y un 49 % no tuvo ningún control (3). . De igual manera según el ENSANUT del 2012 donde se puede observar que los principales proveedores de métodos anticonceptivos son las fuentes públicas, con un incremento desde el año 2004.

10. CONCLUSIONES

- La mayoría de mujeres de la etnia kañari son jóvenes menores de 20 años, solteras que estudiaron hasta la secundaria, un poco mas de la mitad viven en otras comunidades fuera de Quilloac, y se dedican en gran parte a la agricultura que califica como un trabajo inestable y no calificado.
- Los indicadores de salud sexual mostraron que las mujeres kañaris inician su vida sexual entre los 15 y 19 años, con una edad de primera unión menor a los 17 años para luego tener su primer hijo entre los 18 y 21 años; el 46,11% refirió tener una sola pareja. La mujer indígena prefiere no usar anticonceptivos con un 32.1%, a diferencia de las casadas o unidas donde el 63% si lo hace, esto puede ser por su influencia de los controles médicos donde reciben mayor información sobre planificación familiar. Todo esto nos indica que aún la salud sexual de las mujeres se ve afectada por las inequidades sociales y culturales.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

- En la salud reproductiva de la mujer kañari se pudo observar que la partera atendió el 21.3% de controles prenatales, el 15.7% de los partos y un 11.2% de los controles postnatales en contraste con las estadísticas nacionales donde el 4.7% lo hace la partera, lo que genera un aumento del riesgo materno y hace más difícil cumplir la quinta meta de los Objetivos del Milenio.
- A pesar de contar con los servicios de planificación familiar en el centro de salud de Quilloac un 74.6% de mujeres prefiere obtener estos servicios del Hospital del Gobierno en la ciudad de Cañar, menos de la mitad refirió recibir información sobre planificación familiar luego de cualquier consulta en el centro de salud, y aun más preocupante el 25,39% lo hizo luego del parto, todo esto a pesar de que el 81.35% vive a menos de una hora del centro de salud.

11. RECOMENDACIONES

- Se realiza un llamado a las autoridades de la salud para enfocar la atención en la promoción y prevención de salud sexual y reproductiva, incluyendo la educación sexual a las mujeres que empiezan la edad fértil, ya que presentan mayor riesgo por su etnia, género, edad y clase social, y por lo tanto son más vulnerables y tienen mayor exposición a riesgos para su salud sexual y reproductiva.
- Se recomienda la implementación de un programa dentro del Centro de Salud de Quilloac, que mensualmente brinde charlas a la población que acude a dicho establecimiento y que respondan a las interrogantes sobre salud sexual y reproductiva, con el fin de evitar que sufran las consecuencias de desinformación.
- Mejorar la información y recolección sistemática de indicadores de salud sexual y reproductiva procurando que estas abarquen datos sobre a las poblaciones indígenas del país para futuros estudios.



12. BIBLIOGRAFIA

1. UNFPA. Colección Una Mirada Completa-Iniciativa [Internet]. 2011 [citado el 30 de abril de 2016]. Disponible en:
<http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/Colecci%C3%B3n%20Una%20Mirada%20Completa-Iniciativa3.pdf>
2. OPS. Salud Sexual y Reproductiva y VIH en Adolescentes Indígenas en Bolivia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú. [Internet]. Washinton, DC: Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo; 2010 [citado el 30 de abril de 2016]. Report No.: I. Disponible en:
<http://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/2014/11/Salud-Sexual-y-Reproductiva-VIH-en-Adolescentes-Indigenas.pdf>
3. Freire W, Belmont P, Rivas Mariño G, Larrea A, Ramírez Luzuriaga M, Silva Jaramillo K, et al. Tomo II Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Salud Sexual y Reproductiva. ENSANUT-ECU 2012. Primera. Vol. II. Quito - Ecuador: INEC; 2014.
4. The DHS Program - Key Indicators Survey (KIS) [Internet]. [citado el 30 de abril de 2016]. Disponible en: <http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/KIS.cfm>
5. Bello Á, Rangel M, others. La equidad y la exclusión de los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina y el Caribe. Rev CEPAL [Internet]. 2002 [citado el 16 de mayo de 2016]; Disponible en:
<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/10800>
6. Artiles Visbal L. Equidad de salud y etnia desde la perspectiva de género. Rev Cuba Salud Pública. septiembre de 2007;33(3):0–0.
7. Karro H, Brandrup-Lukanow A, Christensen B. Sexual Health: A public health challenge in Europe. 2011;72:22.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

8. PRAMStat : Explore PRAMS Data by State | DRH | CDC [Internet]. [citado el 24 de julio de 2017]. Disponible en: <https://nccd.cdc.gov/PRAMStat>
9. Vera-Romero OE, Vera-Romero FM. Evaluación del nivel socioeconómico: presentación de una escala adaptada en una población de Lambayeque. Rev Cuerpo Méd HNAAA. 2015;6(1):41–5.
10. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Panorama socioeconómico de la Población Indígena del Estado de México. Proy CDI-PNUD Pueblos Indígenas México Por Una Cult Inf [Internet]. el 26 de febrero de 2017 [citado el 27 de junio de 2017]; Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/pnud/memoria_taller_indicadores_estado_mexico_2009.pdf
11. Kuyarinakui A-Y. Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-sida y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas. OMS/OPS [Internet]. 2003 [citado el 31 de mayo de 2016]; Disponible en: <http://www.piesdeoccidente.org/sitio/wp-content/uploads/2014/05/pueblosvih.pdf>
12. Instituto Nacional de las Mujeres. Mx. Breve análisis de la situación de salud reproductiva de mujeres de habla indígena y no indígena [Internet]. 2009 [citado el 3 de junio de 2016]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101214.pdf
13. Organization WH, others. Developing sexual health programmes: a framework for action. 2010 [citado el 30 de junio de 2017]; Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70501/1/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf
14. Paz C, R C, Rodríguez Cabrera A. Educación sexual para estudiantes indígenas de una comunidad rural en Guatemala. Rev Noved En Poblac. diciembre de 2014;10(20):21–30.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

15. Welty Chanes C. Inicio de la vida sexual y reproductiva. Papeles Poblac. 2005;11(45):143–76.
16. Arias-Valencia MM. Calendario reproductivo en mujeres indígenas u'wa (tunebo) de Boyacá, Colombia. Papeles Poblac. marzo de 2013;19(75):159–81.
17. OMS. Planificación familiar [Internet]. WHO. 2012 [citado el 5 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
18. Verónica Vázquez. Uso de anticonceptivos entre indígenas, un estudio de caso del Sureste Veracruzano. 93. 2003;24:155–64.
19. Chiriboga Allnutt D, Abarca Durán X, Solórzano X, Franco F, Laspina Arellano C, Estrella Pozo W. Situación de salud de los y las jóvenes indígenas en Ecuador, VIH y sida, y embarazo en adolescentes [Internet]. Quito - Ecuador; 2010 [citado el 5 de junio de 2016] p. 13–35. Report No.: I. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD18220.pdf>
20. Zemouri C, Wi TE, Kiarie J, Seuc A, Mogasale V, Latif A, et al. The Performance of the Vaginal Discharge Syndromic Management in Treating Vaginal and Cervical Infection: A Systematic Review and Meta-Analysis. PloS One. 2016;11(10):e0163365.
21. Acero F. La expresión Kañari y sus expresiones culturales. 1ra Edición. Washinton: In Americano MNdl; 2011.
22. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Control prenatal del embarazo normal [Internet]. 2016 [citado el 4 de junio de 2016]. Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90020736&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=9&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v54n06a90020736pdf001.pdf



UNIVERSIDAD DE CUENCA

23. Arispe C, Salgado M, Tang G, González C, Rojas JL. Frecuencia de control prenatal inadecuado y de factores asociados a su ocurrencia: Frequency of inadequate prenatal care and associated factors. Rev Medica Hered. 2011;22(4):159–60.
24. Acosta Infante Y, Segura O. Expectant indigenous mothers in the shores of the Amazon, Colombia, 2009 Knowledge, attitude and practices. Investig Andina. abril de 2011;13(22):108–20.
25. Cruz León A. Cultura y cuidado en la gestación: Una aproximación a la atención intercultural prenatal. Agosto de 2014;20:63–8.
26. Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Guía de procedimientos para el Control del Embarazo Normal y la Atención del Parto de Bajo Riesgo. [Internet]. 2010 [citado el 5 de junio de 2016]. Disponible en:
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/seguropublico/files/2012/03/Guia-Control-de-Embarazo-Normal-y-Parto-de-Bajo-Riesgo.pdf>
27. Ministerio de Salud de Argentina, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal [Internet]. 2013 [citado el 8 de junio de 2016]. Disponible en:
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
28. World Health Organization USA, Maternal and Child Health Integrated Program. Estrategias para la Programación de la planificación Familiar Posparto [Internet]. 2014 [citado el 8 de junio de 2016]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112766/1/9789243506494_spa.pdf
29. Noreña-Herrera C, Leyva-Flores R, Palacio-Mejía LS, Duarte-Gómez MB. Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. Cad Saúde Pública. diciembre de 2015;31(12):2635–48.

30. Westoff C, Bietsch K, Hong R. Reproductive preferences in Cambodia [Internet]. Calverton, Maryland, USA: U.S. Agency for International Development (USAID) through the MEASURE DHS project; 2013 [citado el 2 de julio de 2017]. Report No.: 87. Disponible en: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FA87/FA87.pdf>
31. MSP. Políticas Nacionales Salud Ecuador [Internet]. 2007 [citado el 18 de junio de 2016]. Disponible en: https://www.healthresearchweb.org/files/Políticas_Nacionales_Salud-Ecuador_2007.pdf
32. Torres JL, Villoro R, Ramírez T, Zurita B, Hernández P, Lozano R, et al. La salud de la población indígena en México. Caleidosc Salud México FUNSALUD. 2003;41–54.
33. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. Salud Pública México. 2007;49(2):86–93.
34. Aguilar-Barojas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Salud En Tabasco. 2005;11(1-2):333–8.
35. Lundsberg LS, Pal L, Garipey AM, Xu X, Chu MC, Illuzzi JL. Knowledge, attitudes, and practices regarding conception and fertility: a population-based survey among reproductive-age United States women. Fertil Steril. marzo de 2014;101(3):767–74.e2.
36. Jaspers D, Montaña S, others. Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos. 2013 [citado el 4 de junio de 2016]; Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/4100>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

37. Gómez-Mercado CA, Montoya-Vélez LP. Factores sociales, demográficos, familiares y económicos relacionados con el embarazo en adolescentes, área urbana, Briceño, 2012. Rev Salud Pública [Internet]. 2014 [citado el 26 de julio de 2017];16(3). Disponible en: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=42232761006>
38. Novak M. The Changing Economics and Demographics o young Adulthood: 1975 - 2017. 2017 [citado el 26 de julio de 2017]; Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12115-017-0142-9.pdf>
39. Seisdodos SR, Bonometti P. Las mujeres en América Latina: indicadores y datos. Rev Cienc Soc [Internet]. 2009 [citado el 26 de julio de 2017];(126-127). Disponible en: <http://www.academia.edu/download/32274003/unpan046955.pdf>
40. SIISE. Indicadores del SIDEMAIN, Ficha metodológica [Internet]. indicadores de SIDEMAIN. 2015 [citado el 6 de julio de 2017]. Disponible en: www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/SIDEMAIN/ficsid_B05.htm
41. Hoq MN. Regional Differentials of Age at First Marriage among Women in Bangladesh. Asian J Appl Sci Eng. 2013;2(3):175–82.
42. NHS. 2015 Survey of Women´s experience of maternity care [Internet]. 2015 dic [citado el 26 de julio de 2017]. Report No.: Statilstical release. Disponible en: http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20151215b_mat15_statistical_release.pdf
43. Kaiser Family. Sexual Health of Adolescents and Young adults in the United States [Internet]. 2014 Agust [citado el 26 de julio de 2017]. Disponible en: <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2014/08/3040-08-sexual-health-of-adolescents-and-young-adults-in-the-united-states.pdf>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

44. Blanc Molina A, Rojas Tejada AJ. Uso del preservativo, número de parejas y debut sexual en jóvenes en coito vaginal, sexo oral y sexo anal. Rev Int Andrología [Internet]. mayo de 2017 [citado el 6 de julio de 2017]; Disponible en:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1698031X17300353>
45. Cocilovo JA, Varela HH, Baffi EI, Valdano SG, Torres MF. Estructura y composición de la Población Antigua de la Quebrada de Humahuaca. Relac Soc Argent Antropol [Internet]. 2016 [citado el 6 de julio de 2017];24. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/20079>
46. Tascón M, Alfonso L, Benítez C, Isabel D, Ospina P, Bibiana C. Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. Rev Chil Obstet Ginecol. junio de 2016;81(3):243–53.
47. Guedes GR, Nawrotzki R, Carmo RL. Percepción y preocupación ambiental en distintas regiones metropolitanas del Brasil: eslabones perdidos y evidencia adicional. Notas Poblac [Internet]. 2014 [citado el 6 de julio de 2017]; Disponible en:
<http://repositorio.cepal.org/handle/11362/37636>
48. Horowitz MD, Rosensweig JA, Jones CA. Globalization of the Healthcare Marketplace. Medscape Gen Med. el 13 de noviembre de 2007;33:4–7.
49. Vázquez R, Castillo R, Vásquez A, Tavera M. Encuentro sobre prevención y otros servicios de ITS y VIH dirigidos a pueblos originarios indígenas y amazónicos de Bolivia y Perú [Internet]. 2014 Enero [citado el 16 de julio de 2017]. Report No.: 1. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3019.pdf>
50. Singh Amita SHO, Sumitra Nain DT. Factor Associated to Bacterial Vaginosis in Non-pregnant Women of North Indian Population. J Biotechnol Biomater [Internet]. 2015 [citado el 16 de julio de 2017];05(03). Disponible en: <https://www.omicsonline.org/open-access/factor-associated-to-bacterial->



UNIVERSIDAD DE CUENCA

vaginosis-in-nonpregnant-women-of-north-indian-population-2155-952X-1000195.php?aid=60386

51. Banco Mundial O, UNESCO O. Objetivos del Desarrollo del Milenio Informe de 2015. Naciones Unidas. 2015.
52. World Health Organization, Department of Maternal N Child and Adolescent Health. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn [Internet]. 2013 [citado el 6 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK190086/>
53. Gómez MU, Gómez KR, Botero MA. 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). [citado el 8 de julio de 2017]; Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/35175620.pdf>
54. Campero L. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. 2013 [citado el 29 de julio de 2017]; Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2013/gm133i.pdf>



UNIVERSIDAD DE CUENCA

13. ANEXOS

Anexo 1: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres de la etnia kañari de la comunidad Quilloac, cantón Cañar, 2016

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos, Daniela Ortiz y Valeria Pulla, estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, realizamos esta Investigación con la finalidad de determinar la "Situación de Salud Sexual y Reproductiva en la etnia Kañari de la comunidad de Quilloac". Esta investigación se encuentra dentro del proyecto "Virus del papiloma humano e infecciones de transmisión sexual en mujeres de pueblos y nacionalidades indígenas kychwa y shuar del Ecuador", realizado hace algunos meses. En esta oportunidad nos interesa conocer lo que Usted y las demás mujeres de esta comunidad piensan y realizan acerca de su salud sexual y reproductiva. La encuesta que le realizaremos ahora, tendrá una duración de aproximadamente de 20 a 30 minutos". Esta información ayudará a las autoridades a tomar las decisiones pertinentes que ayuden a la comunidad en cuestiones pertinentes a la salud sexual y reproductiva.

La participación en este estudio es voluntaria, la información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. La encuesta no tendrán ningún costo, y los resultados de los análisis se entregarán en el centro de salud de Quilloac.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que eso la perjudique en ninguna forma.

Si algunas de las preguntas de la entrevista le parecen incómodas y considera que afectan a su sensibilidad, usted tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o no responderlas.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación una vez que he sido informada de los objetivos y metas de este estudio; que no implica riesgo alguno para mi persona, que los resultados me entregarán y que tendré que responder un cuestionario en una encuesta realizada en el consultorio médico. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito, fuera de los de este estudio, sin mi consentimiento. Para constancia de lo antes expuesto, registro mi firma o huella digital.

En caso de cualquier duda sobre la información de la investigación, usted puede contactarnos a este número 0995657726.

Gracias por su colaboración.

Daniela Samantha Ortiz Chimbo

Valeria Nataly Pulla Mejía



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Anexo 2: Oficio de autorización



Ministerio
de Salud Pública

Dirección Distrital 03D02 Cañar- El Tambo-Suscal-Salud



Memorando Nro. MSP-CZ6-DD03D02-2016-2597-M

Cañar, 10 de agosto de 2016

PARA: Sra. Hilda Daniela Coello Verdugo
Técnico de Ventanilla Unica, Subrogante

ASUNTO: Autoeización

De mi consideración:

En respuesta al Documento No. MSP-CZ6-03D02-VAU-2016-0226-E

Mediante el presente autorizo a las estudiantes Daniela Ortiz Chimbo y Valeria Pulla Mejía para que puedan realizar la recolección de datos de fuentes primarias y secundarias para su trabajo de titulación: "SITUACION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES DE LA ETNIA CAÑARI" de la Comunidad de Quilloac como parte del proyecto de investigación, además autorizo a la Dra. Lorena Muñoz para su coordinación.

Atentamente,


Dr. Juan Eduardo Masapanta Masapanta
DIRECTOR DISTRITAL 03D02 - SALUD

Referencias:
- MSP-CZ6-03D02-VAU-2016-0226-E

Anexos:
- daniela_ortiz.pdf



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Anexo 3: Formulario



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Daniela S. Ortiz
Valeria N. Pulla

SITUACION DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES DE LA ETNIA KAÑARI DE LA COMUNIDAD QUILLOAC. CANTÓN CAÑAR. 2016

Confidencialidad: Los datos proporcionados por la informante son estrictamente confidenciales y serán utilizados únicamente con fines estadísticos de acuerdo al artículo 21 de la ley estadística.

Nombre del/la entrevistador/a _____ Lugar _____
Fecha ____/____/____ Hora de inicio ____:____ Código _____

1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIOECONÓMICAS

- 1.1. Nombres completos de la mujer: _____ 1.2. Edad en años cumplidos: _____
 1.3. Número de cédula: _____ 1.4. Número de historia clínica: _____
 1.5. Estado civil: Soltera Casada Viuda Divorciada Unión libre
 1.6. Fecha de nacimiento: ____/____/____
 1.7. Número de embarazos: ____ Partos: ____ Abortos: ____
 1.8. Lugar de procedencia: Provincia: _____ Ciudad: _____
 1.9. Residencia: Provincia: _____ Ciudad: _____
 1.10. Teléfono del domicilio: _____ Teléfono celular: _____
 1.11. Señale con quien vive actualmente: Vive sola Con la pareja Con hijo(s) Con padre Con madre
 Con hermano(s) Con otros familiares Con otras personas → ¿Quiénes? _____
 1.12. ¿Trabaja? No Si → ¿En qué trabaja? _____
 1.14. Último nivel de instrucción: Ninguno Centro de alfabetización Primaria Secundaria Tercer nivel
 Cuarto nivel No sabe No contesta

2. ESTRATIFICACIÓN DEL NIVEL SOCIOECONÓMICO

- 2.1. Características de la vivienda 0
 2.1.1. Características de la vivienda: Suite de lujo 59 Cuarto(s) en casa de inquilinato 59
 Departamento en casa o edificio 59 Casa/Villa 59 Mediagua 40 Rancho 4
 Choza/Covacha/Otro 0
 2.1.2. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:
 Hormigón 59 Ladrillo o bloque 55 Adobe/Tapia 47
 Caña revestida o bahareque/Madera 17 Caña revestida /otros materiales 0
 2.1.3. El material predominante del piso de la vivienda es de:
 Duela, parquet, tablón o piso flotante 48 Cerámica, baldosa, vinil o marmetón 46
 Ladrillo o cemento 34 Tabla sin tratar 32 Tierra/Caña/Otros materiales 0
 2.1.4. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene este hogar?
 No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar 0
 Tiene un cuarto de baño exclusivo con ducha 12
 Tiene dos cuartos de baño exclusivos con ducha 24
 Tiene tres o más cuartos de baño exclusivos con ducha 32
 2.1.5. El tipo de servicio higiénico: No tiene 0 Letrina 15
 Con descarga directa al mar, río, lago o quebrada 18
 Conectado a pozo ciego 18 Conectado a pozo séptico 22
 Conectado a la red pública de alcantarillado 38
 2.2. Acceso a la tecnología 0
 2.2.1. ¿Tiene este hogar servicio de internet? No 0 Si 45
 2.2.2. ¿Tiene computadora de escritorio? No 0 Si 35
 2.2.3. ¿Tiene computadora portátil? No 0 Si 39



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Daniela S. Ortiz
Valeria N. Pulla

- 2.2.4. ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar? En el hogar nadie tiene celular 0
 Tienen un celular 8 Tienen dos celulares 22 Tienen tres celulares 32
 Tienen cuatro o más celulares 42
- 2.3. Posesión de bienes. 0
- 2.3.1. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional? No 0 Si 19
- 2.3.2. ¿Tiene cocina con horno? No 0 Si 29
- 2.3.3. ¿Tiene refrigeradora? No 0 Si 30
- 2.3.4. ¿Tiene lavadora? No 0 Si 18
- 2.3.5. ¿Tiene equipo de sonido? No 0 Si 18
- 2.3.6. ¿Cuántos TV a color tienen en este hogar? No tiene TV a color en el hogar 0
 Tiene un TV a color 9 Tiene 2 TV a color 23 Tiene 3 o más TV a color 34
- 2.3.7. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?
 No tiene vehículo exclusivo para el hogar 0 Tiene un vehículo exclusivo 6
 Tiene dos vehículos exclusivos 11 Tiene tres o más vehículos exclusivos 15
- 2.4. Hábitos de consumo 0
- 2.4.1. ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales? No 0 Si 6
- 2.4.2. ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses? No 0 Si 26
- 2.4.3. ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo? No 0 Si 27
- 2.4.4. ¿En el hogar alguien está registrado en una red social? No 0 Si 28
- 2.4.5. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo. ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses? No 0 Si 12
- 2.5. Nivel de educación 0
- 2.5.1. ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe de hogar? Sin estudios 0
 Primaria incompleta 21 Primaria completa 39 Secundaria incompleta 41
 Secundaria completa 65 Hasta 3 años de educación superior 91
 Cuatro o más años de educación superior (sin postgrado) 127 Postgrado 171
- 2.6. Actividad económica del hogar 0
- 2.6.1. ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (General, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL? No 0 Si 39
- 2.6.2. ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización, seguro de salud privada sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida? No 0 Si 55
- 2.6.3. ¿Cuál es la ocupación del jefe del hogar?
 Personal directivo de la Administración Pública y de empresas 76
 Profesionales científicos e intelectuales 69
 Técnicos y profesionales de nivel medio 46 Empleados de oficina 31
 Trabajador de los servicios y comerciantes 18
 Trabajador calificado agropecuario y pesquero 17 Inactivos 17
 Oficiales operarios y artesanos 17 Operadores de instalaciones y maquinas 17
 Trabajadores no calificados 0 Fuerzas Armadas 54 Desocupados 14
- 3 SALUD SEXUAL
- 3.1 Actividad sexual
- 3.1.1. ¿A qué edad fue su primera unión o matrimonio? _____
- 3.1.2. ¿A qué edad tuvo su primer hijo? _____
- 3.1.3. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____
- 3.1.4. ¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido usted en toda su vida? _____
- 3.2 Práctica anticonceptiva
- 3.2.1. ¿Ha utilizado alguna vez un anticonceptivo? No Si
- 3.2.2. ¿Utiliza alguno de estos anticonceptivos?



UNIVERSIDAD DE CUENCA



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Daniela S. Ortiz
Valeria N. Pulla

- No utiliza.
- Condón masculino
- Condón Femenino
- Diafragma
- Inyectables
- Pastillas anticonceptivas
- Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE)
- Implante
- Dispositivo intrauterino
- Ligadura de trompas
- Tradicional: No Si _____
- Natural: No Si _____

3.2.3. ¿Cree usted necesitar un método anticonceptivo actualmente? No Si

3.3 Enfermedad de transmisión sexual

3.3.1. ¿Ha tenido secreción vaginal patológica? No Si ¿Durante cuánto tiempo? _____

4 SALUD REPRODUCTIVA

4.1 Atención prenatal

4.1.1. En su último embarazo ¿Con quién recibió atención prenatal?:

- Atención por personal de salud capacitado.
- Atención por partera.
- Otro (Especifique): _____

4.1.2. En su último embarazo ¿Cuántos controles prenatales se realizó durante todo el embarazo?

- No tuvo controles.
- 1 a 4 controles.
- 5 o más controles.

4.2 Atención del parto

4.2.1. En su último parto ¿Fue atendida por?:

- Atención por personal de salud capacitado.
- Atención por partera.
- Otro (Especifique): _____

4.3 Atención del postparto

4.3.1. En su último parto ¿Quién la atendió en su primera visita postnatal?

- Atención por personal de salud capacitado.
- Atención por partera.
- Otro (Especifique): _____

4.4 Preferencias reproductivas

4.4.1. Número de embarazos:

4.4.2. Número de abortos:

4.4.3. Número de hijos vivos:

4.5 Cobertura de servicios

4.5.1. En caso de haber utilizado un método anticonceptivo: ¿dónde lo obtuvo?

- Hospital del Gobierno (Cañar)
- Hospital Privado (Cañar)
- Centro de Salud (Cañar)
- Centro de Salud (Quilloac)
- Clínica Móvil
- Farmacia
- Otro (Especifique): _____

¿Luego de la atención médica en el sector público, se le brindó información sobre planificación familiar? No Si

¿Para llegar al centro de salud más cercano, se demora menos de una hora? No Si

¿Luego del parto se le ofreció servicios de planificación familiar? No Si

Anexo 4: Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido de una persona y al momento en particular en el que se realiza la observación o aplicación de la encuesta.	Temporal en años.	Respuesta registrada en el cuestionario.	1. 15-19 2. 21-25 3. 26-30 4. 31-35 5. 36-40 6. 41-45
Estado civil	Condición de la encuestada según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Relación conyugal.	Respuesta registrada en el cuestionario.	1. Soltera 2. Casada 3. Unión Libre 4. Divorciada 5. Viuda
Ocupación	Competencias en función de la complejidad y diversidad de tareas que depende de la naturaleza del trabajo, del nivel de enseñanza formal y la formación informal y experiencia.	Estatus ocupacional.	Respuesta registrada en el cuestionario.	1. Profesionales científicos e intelectuales. 2. Personal directivo de la Administración Pública y de empresas. 3. Técnicas y profesionales de nivel medio. 4. Empleadas de oficina 5. Trabajadora de los servicios y comerciantes. 6. Trabajadora calificada agropecuaria y pesquero. 7. Oficiales operarios y artesanas. 8. Operadoras de instalaciones y máquinas. Trabajadoras no calificadas. 9. Fuerzas Armadas. 10. Desocupadas. 11. Inactivas
Procedencia.	Entidad federal, país o territorio donde nació la mujer encuestada.	Geográfico.	Respuesta registrada en el cuestionario.	1. Quilloac 2. Otras Comunidades
Nivel de educación.	Grado de instrucción formal que tienen las personas, de acuerdo con la clasificación del sistema	Estatus de educación formal.	Respuesta registrada en el cuestionario.	1. Ninguno 2. Centro de alfabetización 3. Preescolar



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	educativo del país.			<ol style="list-style-type: none"> 4. Primario 5. Secundario 6. Tercer nivel 7. Cuarto nivel 8. No conoce 9. No contesta
Estratificación socioeconómica.				
<p>El índice de estratificación socioeconómica es un valor que se encuentra entre 0 y 1000 puntos, se define en base a seis dimensiones: características de la vivienda, nivel de educación, actividad económica del hogar, posesión de bienes, acceso a la tecnología y hábitos de consumo. Para esta clasificación se utilizó un sistema de puntuación a las variables. Las características de la vivienda 236 puntos, acceso a la tecnología 161 puntos, posesión de bienes 163 puntos, hábitos de consumo 99 puntos, nivel de instrucción 171 puntos y actividad económica del hogar 170 puntos.</p>	<p>Vivienda (236 puntos) Características, materiales de las paredes exteriores, materiales del piso, número de baños, tipo de servicio higiénico.</p>	<p>Respuesta registrada en el formulario.</p>	<p>Según la suma del puntaje final:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alto: 845,1 a 1000 2. Medio alto 696,1 a 845 3. Medio típico 535,1 a 696 4. Medio bajo 316,1 a 353 5. Bajo 0 a 316 	
	<p>Acceso a tecnología (161 puntos): Internet, computadora de escritorio, computadora portátil, celulares.</p>			
	<p>Posesión de bienes (163 puntos): teléfono, cocina, horno, refrigeradora, lavadora, equipo de sonido, TV, vehículo.</p>			
	<p>Hábitos de consumo (99 puntos): vestimenta, uso de internet, correo, red</p>			



UNIVERSIDAD DE CUENCA

		social, libros.		
		Nivel de educación del jefe del hogar (171 puntos).		
		Actividad económica del hogar (170 puntos): afiliación al seguro social público o privado, ocupación del jefe del hogar.		
Salud Sexual				
Actividad sexual	Expresión conductual de la sexualidad personal donde el componente erótico de la sexualidad es el más evidente, y es caracterizada por los comportamientos que buscan erotismo. Incluye: el inicio de la vida reproductiva como la edad mediana a la primera unión o matrimonio, el parto del primer hijo como la edad de la encuestada a la tuvo a su primer hijo, el inicio de la vida sexual como la edad de la primera relación sexual de la encuestada y el número de compañeros sexuales como número de personas de sexo masculino con	Inicio de vida reproductiva	Respuesta registrada en el cuestionario.	<ol style="list-style-type: none"> 12 a 17 años 18 años o más
		Parto del primer hijo.	Respuesta registrada en el cuestionario.	<ol style="list-style-type: none"> 10 a 13 años 14 a 17 años 18 a 21 años Más de 21 años.
		Inicio de la vida sexual.	Respuesta registrada en el cuestionario.	<ol style="list-style-type: none"> 12 a 14 años. 15 a 19 años. Más de 19 años
		Número de compañeros sexuales	Respuesta registrada en el cuestionario.	<ol style="list-style-type: none"> No tienen 1 2 a 4. Más de 4. .



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	las que ha tenido relaciones sexuales.			
Práctica anticonceptiva	Conjunto de actividades que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.	Uso de método anticonceptivos	Respuesta registrada en el cuestionario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No utiliza. 2. Condón masculino 3. Condón Femenino 4. Diafragma 5. Inyectables 6. Pastillas anticonceptivas 7. Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) 8. Implante 9. Dispositivo intrauterino 10. Ligadura de trompas 11. Tradicional. 12. Natural.
Demanda y expectativa de anticonceptivos	Cantidad de anticonceptivos que las encuestadas consumen o piden o están dispuestas a comprar. Incluyen el número de mujeres casadas/unidad que usan anticonceptivos, número de mujeres que declaran haber utilizado alguna vez un método anticonceptivo.	Mujeres casadas/unidas que usan anticonceptivos	Respuesta registrada en el formulario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usa anticonceptivos. 2. No usa anticonceptivos.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Enfermedades de transmisión sexual	Conjunto de afecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio del contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, algunas de ellas pueden transmitirse durante el embarazo o el parto, desde la madre al hijo.	Enfermedades de transmisión sexual por agente causal	Respuesta registrada en el cuestionario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
Salud Reproductiva				
Atención prenatal	La atención prenatal es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación. Se puede considerar un mal control prenatal cuando su número es menor a 5.	Atención prenatal por personal de salud capacitado o por tradicional.	Respuesta registrada en el cuestionario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención por partera 2. Atención por personal de salud capacitado
		Número de controles prenatales	Respuesta registrada en el cuestionario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. No tuvo controles. 2. 1 a 4 controles. 3. 5 o más controles.
Atención del parto	Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, para la atención de las mujeres gestantes en los procesos fisiológicos y dinámicos del trabajo de parto, expulsión del feto vivo o muerto, con 20 o más semanas de gestación, alumbramiento y puerperio inmediato.	Atención a la mujer embarazada por personal de salud capacitado o por tradicional.	Respuesta registrada en el cuestionario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención por personal de salud capacitado. 2. Atención por partera.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Atención del postparto	Atención médica del período desde que nace el niño hasta que llega la primera menstruación.	Atención del postparto por personal de salud capacitado o por tradicional.	Respuesta registrada en el cuestionario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención por personal de salud capacitado. 2. Atención por partera.
Preferencias reproductivas	Deseo de tener o aumentar el número de hijos e hijas en general y a la vez el tiempo que les gustaría esperar antes de concebir otro. Incluye la paridad como número de hijos que ha tenido una mujer a lo largo de toda su vida y el recuento de mujeres casadas/unidas que no desea otro hijo.	Paridad	Respuesta registrada en el cuestionario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin hijos. 2. 1 a 3 hijos. 3. Más de 3 hijos
Cobertura y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva	Posibilidad de acceder gratuitamente a un asesoramiento de calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva. Incluye la cobertura y acceso en el sector público como las mujeres que fueron atendidas en el sector público que recibe información sobre planificación familiar, la cobertura y acceso a la planificación familiar como las mujeres que tienen acceso a servicios de planificación familiar a menos de una hora de su hogar	Cobertura y Acceso en el sector Público	Respuesta registrada en el cuestionario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No
		Cobertura y acceso a planificación familiar	Respuesta registrada en el cuestionario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No responde
			Respuesta registrada en el cuestionario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Centro de salud Quilloac 2. Centro de salud Cañar 3. Hospital del Gobierno 4. Hospital privado
		Cobertura y acceso a salud postparto	Respuesta registrada en el cuestionario.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 3. No responde



UNIVERSIDAD DE CUENCA

	y la cobertura y acceso a salud postparto como las mujeres postparto a quienes se les ha ofrecido servicios de planificación familiar.			
--	--	--	--	--