



# INVESTIGACIÓN SOBRE VIOLENCIA Y SEXUALIDAD EN BOLÍVAR





### **TÍTULO:**

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LA POBLACIÓN DE LA PROVINCIA DE BOLÍVAR CON RELACIÓN A SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

### **EDITOR**

Medicus Mundi Catalunya

### **AUTORES**

Jéssica Villacrés B. Matilde Valarezo A. Justo A. Calvo

### REVISIÓN

Mónica González

### **CORRECCIÓN DE ESTILO**

Justo A. Calvo

### **FOTOGRAFÍA**

Flaviano de Pablo para medicusmundi catalunya.

### **ARTES E IMPRESIÓN**

Imprefepp 2550 705

### PRIMERA EDICIÓN 2016

500 ejemplares

Quito, febrero de 2016

# **indice**

INDICE	5
1. INTRODUCCIÓN	7
2. JUSTIFICACIÓN	9
3. PLANTEAMIENTO	13
4. MARCO TEÓRICO	16
5. MARCO NORMATIVO	26
6. MARCO METODOLÓGICO	30
7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS:	39
7.1. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO	
7.2. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	61
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	90
9. BIBLIOGRAFÍA	102
10 ANEXOS	104



1. INTRODUCCIÓN

a presente investigación se realizó en el marco del proyecto "Aumento de las capacidades de ■acción de las mujeres en situación de violencia y vulnerabilidad, y promoción de sus derechos sexuales y reproductivos, en Bolívar, Ecuador", financiado por el Ayuntamiento de Barcelona y ejecutado por Medicus Mundi Catalunya, en convenio con la Dirección Provincial de Salud de Bolívar (DPSB) y el Foro Provincial de la Mujer de Bolívar, que tiene como objetivo la erradicación de la Violencia Intrafamiliar y de Género (VIFG) y la defensa de los derechos de las mujeres, niños/ as y adolescentes, buscando la mejora en los servicios ofertados a las víctimas y la coordinación interinstitucional para la generación de cambios profundos en el conjunto de una sociedad de prevalencia machista y discriminatoria.

El proyecto antes mencionado estableció la necesidad de llevar a cabo una consultoría para realizar una investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la población de Bolívar en relación a la Salud Sexual y Reproductiva, y a la Violencia Intrafamiliar y de Género que, posteriormente, sería publicada y difundida, auspiciada por la Dirección Provincial de Salud de Bolívar, órgano rector de las políticas del Ministerio de Salud Pública de Ecuador en la zona de actuación del proyecto, el Foro Provincial de la Mujer de Bolívar y Medicus Mundi Catalunya.

El objetivo de la consultoría fue construir un análisis de la situación de mujeres, niños/as y adolescentes, a través del cual se pueda conocer, documentar y describir:

- La prevalencia de casos de Violencia Intrafamiliar y de Género y sus causas.
- Los conocimientos, las actitudes y las prácticas de la población de Bolívar en relación a la Salud Sexual y Reproductiva, y a la Violencia Intrafamiliar y de Género.
- Los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las autoridades y del personal de las instituciones públicas encargadas de la

prevención, atención y respuesta ante casos de Violencia Intrafamiliar y de Género y Salud Sexual y Reproductiva.

En todos estos aspectos se consideraron las diversidades propias de Bolívar: cultural, etárea, de nacionalidad, de lugar de residencia (cantones), y otras.

La investigación partió de un análisis conceptual del problema de investigación para determinar las variables de estudio considerando la metodología de investigación formativa CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas), lo cual permitió:

- Entender y analizar los comportamientos, actitudes y prácticas que surgen de un contexto histórico, de construcciones sociales que han asignado roles específicos a las mujeres y hombres, respondiendo a costumbres y hábitos socioculturales específicos.
- Entender y analizar los comportamientos, actitudes y prácticas respecto a la violencia intrafamiliar y de género y la salud sexual y salud reproductiva y el grado de aceptación de mitos, falacias y falsas creencias relacionadas con estas temáticas que limitan el pleno ejercicio de los derechos por parte de la población y, de forma especial, por parte de las mujeres, y que generan una débil respuesta social e institucional.

La información es un factor clave de protección ante cualquier problema. Los datos obtenidos servirán para guiar futuras campañas de información y sensibilización sobre el problema así como contar con un análisis de situación que permita llevar a cabo acciones y políticas que respondan a las necesidades reales de la población.

Esperamos que los resultados que ahora se presentan se constituyan en un aporte importante para la difusión y extensión de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y en la lucha por la erradicación de la violencia intrafamiliar y de género en la Provincia Bolívar.



a Provincia Bolívar está situada al centro-oeste del Ecuador. Limita, al norte, con la Provincia de Cotopaxi; al sur, con las Provincias de Cañar y Guayas; al este, con las Provincias de Tungurahua y Chimborazo; y al oeste, con las Provincias de Los Ríos y Guayas. Políticamente, la Provincia Bolívar cuenta con 7 cantones: Caluma, Chillanes, Chimbo, Echeandía, Guaranda, Las Naves y San Miguel. Tiene un clima variado, que va desde el frío de los páramos hasta el calor de las zonas subtropicales y tropicales.

Un elevado porcentaje de la población, aproximadamente entre el 65% y el 70%, vive en las áreas rurales y en viviendas muy dispersas. De otro lado, entre un 15% y un 20% de la población es indígena, de la nacionalidad Kichwa, y se concentra en el Cantón Guaranda. Las principales actividades económicas de la Provincia Bolívar se relacionan con la producción agropecuaria. En ganadería, la producción de leche tiene creciente importancia, principalmente en las zonas altas, donde destaca la elaboración de quesos y otros derivados lácteos. El porcentaje de PEA ocupado en estas actividades agro-productivas supera el 60%.

En consecuencia, y debido también a otros condicionantes, como la falta de inversión realizada por los gobiernos, o la deficiente infraestructura y servicios disponibles que limitan sus esfuerzos para desarrollarse, los índices de pobreza y extrema pobreza de consumo, así como el índice de pobreza por NBI, que presenta la Provincia son mucho más altos que la media nacional, lo que sitúa a Bolívar como una de las más pobres entre todas las provincias a nivel nacional (SIISE, 2010).

Perduran enquistados, en la Provincia, algunos problemas graves, como el analfabetismo (26,5% en mujeres del sector rural) o la pobreza económica y de consumo (el 65,9% es pobre y el 37,6% es extremadamente pobre), según datos oficiales del SIISE 2010.

Otro aspecto de lacerante desigualdad y causa igualmente de retardo en el desarrollo de la Provincia son los índices de analfabetismo y analfabetismo

funcional, ya que Bolívar presenta, según los datos del SIISE (2010), una media provincial de analfabetismo del 17,5% (26,5% en mujeres del sector rural), frente al 9% de media nacional, y una media provincial de analfabetismo funcional del 33,5% (44,2% en mujeres del sector rural), frente al 21,3% de media nacional. Bolívar presenta, entonces, en este aspecto, los peores indicadores del país.

Entre las mujeres bolivarenses, casadas o unidas, se reportan altas tasas de prevalencia de violencia ejercida por las parejas; estas tasas son similares a las tasas regional y nacional en las dimensiones psicológica/verbal (42,1% de las mujeres) y sexual (10,7% de las mujeres), pero la incidencia es cuatro puntos superior en cuanto a violencia física (35,3%





en Bolívar por delante del 31% de la media nacional), según recoge la encuesta ENDEMAIN (versión año 2004).

Según la misma encuesta ENDEMAIN (2004), el 22% de mujeres de la Provincia reportó haber padecido violencia por parte de sus parejas o ex parejas durante el año anterior a la encuesta. Además, la violencia física ejercida sobre las mujeres con niveles menores de instrucción es más del doble que la violencia ejercida sobre las mujeres con niveles de instrucción secundaria o superior.

En el ámbito de la Salud Sexual y la Salud reproductiva, si bien no existen muchos datos y sólo existen registros a nivel nacional, los datos oficiales disponibles, de acuerdo a la Encuesta Demográfica de Salud Materno Infantil (ENDEMAIN) de 2004, muestran cómo la prevalencia del uso de anticonceptivos a nivel nacional llega al 73%, siendo mucho menos entre las mujeres indígenas (47% en el caso de las unidas) y mujeres afro-ecuatorianas, lo que aumenta el riesgo de embarazos no planificados.

Por su parte, la prevalencia del uso de anticonceptivos entre adolescentes también es menor por su limitado acceso a recursos y la falta de educación sexual; de acuerdo con la ENDEMAIN (2004) existe entre los y las adolescentes una fuerte distancia entre el conocimiento y el uso de métodos: 91% vs 47%. "En general, el uso en la primera relación sexual es muy bajo, únicamente el 13,5% de las adolescentes usaron algún método." <sup>1</sup> Según datos extraídos de la ENDEMAIN (2004),

el 20% de los embarazos que terminan en nacimientos se señalan como no deseados. Además, en la tasa de fecundidad tienen fuerte incidencia ciertas variables: atendiendo a la etnia, del total de hijos e hijas que las mujeres indígenas tuvieron durante toda su vida, 3 fueron no deseados, representando el 30% de la Tasa Global de Fecundidad para este grupo. Por su parte, si atendemos al nivel de instrucción, también se observa que "el porcentaje que representa la fecundidad no deseada para las mujeres sin ningún nivel de instrucción es tres veces mayor que el de las mujeres que tienen educación superior"<sup>2</sup>.

Existen problemáticas específicas de las y los adolescentes que tienen un fuerte impacto en sus vidas y que requieren de la atención prioritaria por parte del Estado; entre éstas, el incremento de embarazos en adolescentes, presentando Ecuador una de las cifras más altas de la región andina, ya que Ecuador, junto a Colombia y Venezuela, ocupa los primeros lugares en cuanto al mayor número de embarazos en adolescentes, de acuerdo al "Plan Andino de Prevención del Embarazo en Adolescentes (PLANEA)". Según datos del INEC, "el 17,2% de las adolescentes de 15 a 19 años son madres, esto es 172 de cada 1.000 adolescentes y los grupos más pobres, de menor educación, rurales e indígenas, presentan mayor fecundidad"3. Además, se constata que "existe una profunda correlación entre niveles de pobreza, violencia y embarazo temprano". De acuerdo al PLANEA, en Ecuador, el 30% de las adolescentes del quintil inferior de ingresos son madres; según la misma fuente, la fecundidad adolescente en áreas rurales es un 30% más alta que en áreas urbanas.

Según la "Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres", realizada en 2011, también se reconoce una fuerte vinculación entre embarazo adolescente y violencia de género, así "3.684 niñas, de entre 12 y 14 años, son madres; el 12% del total de adolescentes con discapacidad, de entre 15 y 19 años, son madres y, lo más alarmante es que todos estos embarazos (de niñas de entre 10 y 14 años y de adolescentes con discapacidad) son producto de violación".

Información extraída del Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, 2005, sobre la base de los datos de la ENDEMAIN 2004.

<sup>2</sup> Extraído del Informe sobre Derechos Humanos Ecuador 2009-2010, Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género, Corporación Humanas-Ecuador, 2011, página 117.

<sup>3</sup> Ídem, página 7.

En el ámbito de la Salud Reproductiva, con relación a la atención en el parto, algunos datos del INEC, confirmados por el Ministerio de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud (OPS)4. muestran el mantenimiento de puntos críticos, por ejemplo, en relación a la tasa de mortalidad neonatal en el Ecuador, pues, por cada 100.000 nacidos vivos, la tasa subió notoriamente entre los años 2007 y 2010; así: en el 2007, fue de 62,0; en el 2008, de 78,6; en el 2009, de 96,3; y, en el 2010, de 92,6, habiéndose, además, registrado un total de 203 muertes maternas en el año 2010. "Estas cifras constituyen una de las tasas más altas de América Latina. La misma fuente establece que, entre las principales causas de muertes maternas, ocurridas en el año 2010, están: hipertensión gestacional, eclampsia, hemorragia postparto y sepsis puerperal, todas causas prevenibles"5.

Como ya se apuntó, hay variables que suponen un mayor riesgo a la hora de ejercer plenamente los Derechos Reproductivos. Si atendemos a la realidad de las mujeres indígenas en el país, en el ámbito de la salud materna, se manifiesta una vez más las fuertes desigualdades existentes que se duplican si a la condición étnica se suma la ruralidad. De acuerdo con los datos disponibles extraídos de la ENDEMAIN (2004), las mujeres indígenas tienen menor posibilidad de cumplir con sus controles prenatales completos, ya que sólo el 18% de las mujeres indígenas embarazadas lo logra, frente al 52% de las mujeres a nivel nacional. Además, en la atención del parto, la mayoría de las mujeres indígenas no dan a luz atendidas por personal calificado, sólo lo hacen el 30%, frente al 74% a nivel nacional, y un 8% de las mujeres indígenas da a luz sola. Si bien la gran parte de las mujeres indígenas que dan a luz en casa lo hacen por costumbre (49%), también llama la atención que hay un notable porcentaje que lo hace por factores económicos (24%) o por desconfianza hacia los servicios de salud (18%). Estas brechas en el acceso a los servicios de atención también se

manifiestan en el postparto, ya que sólo el 15% de las mujeres indígenas que dan a luz van a controles después del parto, la mitad que la media nacional.

Ante la identificación de estas limitaciones en el ejercicio de sus derechos por parte de las mujeres, se propuso la ejecución de un proyecto en la provincia de Bolívar que incidiera en la mejora de la situación. El objetivo general planteado desde esta intervención fue: "Contribuir a la construcción de una sociedad más justa, equitativa e inclusiva, que respete, visibilice, integre y promueva los derechos individuales y colectivos de las mujeres, niños/as y adolescentes, su acceso a los servicios de salud y su participación en los procesos de desarrollo social, en la Provincia Bolívar".

El **objetivo específico** del proyecto fue: "Aumentar las capacidades de acción y protección de las mujeres bolivarenses, indígenas, montubias, negras y mestizas, urbanas y rurales, en situación de violencia, discriminación y vulnerabilidad social, mediante el conocimiento, ejercicio y demanda de sus derechos y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, para fomentar su autonomía, empoderamiento y participación social en la Provincia Bolívar".

Y el **principal resultado** que se propuso alcanzar fue: "Emprendidos procesos de sensibilización ciudadana para la prevención y eliminación de la violencia de género y la promoción de los derechos de las mujeres, fomentando su participación social equitativa y el cambio de patrones socioculturales".

Para conseguir este resultado se vio la necesidad de contar con un estudio/investigación que brindase elementos de análisis sobre conocimientos, actitudes y prácticas de la población bolivarense respecto a violencia intrafamiliar y de género, y salud sexual y reproductiva, con el propósito de tener información empírica que ayude a establecer las acciones y campañas más adecuadas a la realidad de la Provincia, para aumentar y potenciar los mecanismos de protección de las mujeres bolivarenses, indígenas, montubias, negras y mestizas, urbanas y rurales, en situación de violencia, discriminación y vulnerabilidad social, mediante el conocimiento, ejercicio y demanda de sus derechos y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, fomentando así su autonomía, empoderamiento y participación social.

<sup>4</sup> Ministerio de Salud Pública del Ecuador, Instituto Nacional de Estadística y Censos y Organización Panamericana de la Salud (n/d), Indicadores Básicos de Salud Ecuador 2011. Organización Panamericana de la Salud-Ecuador, consultados el 15 de abril de 2014: http://new.paho.org/ecu/index.php?option=com\_content&ta sk=view&id=25&ltemid=135, página 17.

<sup>5</sup> Nuestro recorrido hasta llegar al Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). Informe alternativo de las organizaciones de mujeres sobre la situación de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres en Ecuador y las Recomendaciones del Comité DESC, 2013, página 21.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I planteamiento general de la presente Investigación parte del siguiente problema identificado en la Provincia Bolívar:

"Elevado porcentaje de mujeres, en la Provincia Bolívar, viven en situación de violencia de género, discriminación y vulnerabilidad social, sin poder ejercer ni demandar sus derechos y sin acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad". Las hipótesis, respecto a las causas que originan el problema, fueron:

- Débil articulación entre instituciones públicas, asociaciones civiles y ciudadanía frente a la situación de violencia y discriminación que padecen, especialmente las mujeres, en Bolívar.
- Deficiencias en los servicios de atención en Salud Sexual y Reproductiva, así como de soporte y acompañamiento a víctimas de violencia.
- No se aplica de manera adecuada el Sistema de Protección Integral, asesoramiento jurídico y acompañamiento a mujeres, niños/as y adolescentes víctimas de violencia, en la Provincia Bolívar.
- La mayoría de la población no conoce, está desinformada y poco sensibilizada sobre la prevención y eliminación de la violencia de género y la promoción de los derechos de las mujeres.

El problema citado se analiza en la Investigación desde diversos escenarios, visibilizando las principales causas o factores que impiden a las mujeres el ejercer y demandar sus derechos, así como no tener acceso a servicios de Salud Sexual y Reproductiva de calidad. Esta violencia es "producida y reproducida" en las mujeres bolivarenses en forma de violencia dentro de la pareja, violencia física, violación conyugal, acoso sexual, violencia y abusos sexuales, y en diferentes escenarios, como es el hogar, los lugares públicos y escuelas, entre otros.



Para el abordaje del problema desde la investigación se identificaron constructos y variables sobre conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la Salud Sexual y Reproductiva y la Violencia Intrafamiliar y de Género. A partir de este ejercicio metodológico se identificaron las preguntas que guiaron la investigación:

- ¿Cuál es el conocimiento de la población sobre Violencia Intrafamiliar y de Género?
- ¿Qué actitudes y prácticas se evidencian en la población respecto a la Violencia Intrafamiliar y de Género?
- ¿Qué conocimientos tiene la población sobre Salud Sexual y Reproductiva?
- ¿Cuáles son las actitudes y prácticas de la población en relación a la Salud Sexual?
- ¿Cuáles son las actitudes y prácticas en relación a la Salud Reproductiva?

La investigación tiene un enfoque antropológico, guiada por la metodología de investigación formativa, la cual considera tres ámbitos: conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), con relación a la Salud Sexual y Reproductiva, y la Violencia Intrafamiliar y de Género en la Provincia Bolívar.

El ámbito de los **conocimientos** tiene vinculación con la información, ideas y conocimientos previamente adquiridos por la población, producto de determinadas circunstancias y experiencias.

El ámbito de las **actitudes** tiene que ver con las respuestas, inclinaciones, tendencias, motivaciones y gestos exteriores que se manifiestan a través de conductas observables; son las formas que un individuo tiene de enfrentarse a sí mismo y a la realidad que le rodea, de valorar, comportarse y situarse frente a las demandas del grupo y de la sociedad; de ahí la función de las actitudes como modeladoras de la conducta.

Estos dos ámbitos generan y modelan el tercero, las prácticas, que representan las maneras como una persona o grupo de personas aplican sus conocimientos y actitudes con relación a un tema concreto por medio de sus acciones.

Los tres ámbitos están interrelacionados, las actitudes se nutren de los conocimientos previos o de los que se están adquiriendo, y éstas, a su vez,

estimulan prácticas que se repiten continuamente construyendo cultura, naturalizando y delineando hechos sociales que promueven y fomentan ciertos comportamientos de cara a determinados temas, como es el caso de la Violencia Intrafamiliar, la Violencia basada en Género, la Salud Sexual y la Salud Reproductiva.

Con este enfoque la investigación busca identificar los conocimientos, actitudes y prácticas que posee la población y que se basen en construcciones y creencias perjudiciales que limiten el proyecto de vida y el ejercicio pleno de los derechos de mujeres y hombres, respondiendo a la necesidad de contar con información actualizada que permita que las medidas y políticas que se pongan en marcha sean acordes con la realidad y necesidades detectadas, para trabajar en la prevención y sensibilización y lograr la mejora de los conocimientos de la población, la promoción de relaciones igualitarias libres de discriminaciones y el buen trato.





### 4.1 LA VIOLENCIA

La violencia en su sentido más amplio se ha definido, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, como el uso deliberado de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.<sup>6</sup>

La violencia, por lo tanto, es un **comportamiento deliberado** que puede provocar daños físicos y/o psíquicos al prójimo. Es importante tener en cuenta que, más allá de la agresión física, la violencia puede ser emocional mediante ofensas o amenazas. Por eso la violencia puede causar tanto **secuelas físicas como psicológicas.** 

Existen muchas teorías acerca de la violencia y, entre ellas, destaca la conocida como Triángulo de la Violencia, que fue desarrollada por el sociólogo noruego Johan Galtung, uno de los expertos más importantes en materia de conflictos sociales y de la paz.

Gráfico Nº 1: Triángulo de Galtung



Fuente: Johan Galtung.

La violencia, según Galtung, es como un iceberg, de modo que la parte visible es mucho más pequeña de lo que realmente es. De acuerdo con el autor, existirían tres tipos de violencia:

La violencia directa, la cual es visible, se concreta con comportamientos y responde a actos de violencia.

La violencia estructural, se centra en el conjunto de estructuras que no permiten la satisfacción de las necesidades y se concreta, precisamente, en la negación de las mismas.

La violencia cultural, la cual crea un marco legitimador y se concreta en actitudes.

A menudo, las causas de la violencia directa están relacionadas con situaciones de violencia estructural y/o justificadas por la violencia cultural: muchas situaciones son consecuencia de un abuso de poder que recae sobre un grupo oprimido, o de una situación de injusticia social (de un reparto de recursos insuficiente, de una gran desigualdad en la renta de las personas, dificultad de acceso a los servicios sociales y a la red sanitaria, etc.), y reciben el apoyo de discursos que justifican estas violencias.

Gráfico Nº 2: Triángulo de la violencia.



Fuente: CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), Consulta global sobre la violencia y la salud (1996).

### 4.2 LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género no es un fenómeno social nuevo, ha existido en todos los lugares y ha afectado a todas las mujeres diversas.

La violencia de género es, según la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, "cualquier acto (...) que produzca o pueda producir daño o sufrimiento físico, sexual o mental en la mujer, incluidas las amenazas de tales actos, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada".<sup>7</sup>

La Violencia de género es un obstáculo para el desarrollo de las mujeres porque limita el proyecto de vida, destruye la salud, la autoestima y reduce la participación en la vida social, política y económica del país. Si la violencia, en general, constituye un eficaz instrumento de los seres humanos para ejercer poder unos sobre otros, la violencia de género es, de igual manera, un buen instrumento para conseguir la subordinación de las mujeres respecto a los hombres.

Por tanto, la violencia de género es el resultado de relaciones desiguales entre hombres y mujeres, basada en la afirmación de superioridad de un sexo sobre otro y se manifiesta en diversas formas, algunas de las cuales se notan y condenan más, otras son menos visibles y no se consideran acciones violentas.

La violencia de género es un problema de derechos humanos que afecta profundamente el proyecto de vida de las personas y repercute en el desarrollo de las comunidades, las familias y la sociedad en su conjunto.

La violencia no es natural, es aprendida, construida e institucionalizada como una forma de poder a través de un proceso de socialización que parte de la asignación de roles diferenciados a hombres y mujeres; se ubica a los primeros en el espacio público por excelencia y a las segundas en el privado, persistiendo la idea de que las mujeres, al unirse o casarse, deben dedicarse al hogar, al marido, a los animales (en el sector rural)

y a los y las hijos/as, limitando los espacios y las oportunidades de acceder a este derecho de todos los seres humanos.

### 4.3 MANIFESTACIONES DE LA VIOLENCIA.8

Para efectos operativos se utiliza la clasificación recogida en la Ley contra la Violencia contra la Mujer y la Familia, Ley 103, aprobada en 1995, si bien cabe señalar que existen otras propuestas de clasificación de la violencia de género e intrafamiliar. De acuerdo con esta Ley, las formas o manifestaciones de violencia intrafamiliar son:

### Violencia Física:

"Todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación" (Art. 4, literal a), Ley 103). Son acciones que afectan directamente al cuerpo y la salud de las víctimas con graves consecuencias que, incluso, pueden producir hasta la muerte.

### Violencia Psicológica:

"Constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima de la mujer o el familiar agredido. Es también la intimidación o amenaza mediante la utilización del apremio moral sobre otro miembro de la familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave o inminente en su persona o en la de sus descendientes o afines hasta el segundo grado" (Art. 4, literal b), Ley 103). Es la violencia que atenta directamente a la salud mental o emocional de la víctima. Se manifiesta por: palabras soeces, amenazas, burlas, encierros, celos. otros.

#### Violencia Sexual:

"Se considera violencia sexual todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona, y que la obligue a tener

<sup>7</sup> Resolución de la Asamblea General de la ONU 48/104 del 20 de diciembre de 1993.

<sup>8</sup> Artículo 4 de la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia, Ley 103, 1995.

relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de la fuerza física, amenazas o cualquier otro medio coercitivo" (Art. 4, literal c), Ley 103).

Es obligar a la víctima a tener relaciones sexuales utilizando la fuerza o el chantaje y desprecio de la capacidad sexual. Las víctimas agredidas viven una sexualidad para los demás, en donde su placer no existe o está muy mezclado con sentimientos de culpabilidad, lo que les conduce a rechazar su cuerpo y sus sentimientos.

En función del ámbito o espacio en que se desarrolla la violencia hacia la mujer o de género se ha desarrollado el concepto de violencia intrafamiliar, que "comprende cualquier acto de violencia llevado a cabo por quienes sostienen o han sostenido un vínculo afectivo, conyugal, de pareja, paterno-filial, o semejante con la víctima." Es decir, este tipo de violencia alude a todas las formas de abuso (físico, psicológico y/o sexual) que tienen lugar en las relaciones entre los miembros de una familia y puede incluir los siguientes tipos: violencia infantil, violencia hacia ancianos y violencia conyugal o de pareja.

## 4.4 CONTEXTOS EN LOS QUE SE DESARROLLA LA VIOLENCIA. 10

La Declaración sobre la Eliminación de Todas las Formas de Violencia contra la Mujer señala las formas y contextos donde ocurre la violencia contra las mujeres, con el fin de reconocerlos y visibilizarlos. Éstos son:

- La familia: las formas más comunes de violencia comprenden la violencia doméstica, el incesto, la violación dentro del matrimonio, la violencia relacionada con la explotación, el control de la reproducción, amenazas y privación de alimentos.
- La comunidad: es el ámbito en el que se perpetúa el hecho de que las naturales

9 CEPAM Guayaquil, Guía Para la Atención a la Violencia de Género en el Ámbito Familiar, pág. 12. diferencias biológicas entre hombres y mujeres se conviertan en desigualdades. Esto se da porque la comunidad refuerza los valores que mantienen a las mujeres en estado de subordinación.

➤ El estado: es el espacio en el cual, a través de la aplicación e interpretación de políticas, prácticas y leyes discriminatorias, se atenta contra el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres.

### 4.5 VIDA LIBRE DE VIOLENCIA

La Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el año 2011, destaca que, en el Ecuador, 6 de cada 10 mujeres han vivido algún tipo de violencia de género, y el 76% de las mujeres han vivido algún tipo de violencia por parte de su pareja o ex-pareja.

Esta realidad ha tenido un efecto diferencial sobre las mujeres, sometidas a mecanismos discriminatorios en razón de su clase, etnia, género o edad, que se manifiesta en:

- El proceso de toma de decisiones, que incide directamente sobre ellas y sus familiares.
- La persistencia de importantes diferencias entre la condición jurídica, política, económica y social entre la mujer y el hombre.
- La participación limitada en el campo laboral, la discriminación salarial y la segregación ocupacional, que caracteriza la incorporación y permanencia en el mercado de trabajo.
- La dificultad para el acceso a empleos bien remunerados y en condiciones de estabilidad.
- La reducción en el acceso a servicios esenciales: pese a que se cuenta con leyes y normas que amparan los derechos, su aplicación y cumplimiento aún es débil en muchos casos.
- La cada vez mayor migración de mujeres del campo a la ciudad en busca de mayor salario y de mejores condiciones de salud y educación.
- La pérdida del acceso a la salud, especialmente a la reproductiva, a la educación, el tiempo libre

<sup>10</sup> Lara Silvia, Derechos Humanos de las Mujeres, Guía de Capacitación, Tomo 2, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2000, San José – Costa Rica.

y a la cultura, que aseguran las bases esenciales de una buena calidad de vida.

 El sometimiento a campañas publicitarias, especialmente dirigidas a las mujeres, que conducen a asumir patrones de consumo inadecuados, contaminantes y, en muchos casos, fuera de sus posibilidades económicas.

Frente a esta realidad, el Artículo 5 de la Convención Internacional para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, denominada "Convención de Belém do Pará", 11 señala que: "Los Estados partes tomarán todas las medidas apropiadas para modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres."

El Artículo 6 de la misma Convención dispone: "El derecho de toda mujer a una vida libre de violencia incluye, entre otros: a. el derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación, y b. el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación". En esa misma línea, el Artículo 10 prescribe que "Los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, con el fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. (...) La eliminación de todo concepto estereotipado de los papeles masculino y femenino en todos los niveles y en todas las formas de enseñanza mediante el estímulo de la educación mixta y de otros tipos de educación que contribuyan a lograr este objetivo y, en particular, mediante la modificación de los libros y programas escolares y la adaptación de los métodos de enseñanza".

### 4.6. LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es relativamente nuevo y todavía se debate ampliamente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido **Salud Reproductiva** como la condición en la cual se logra el proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social para la madre, el padre y los hijos y no sólo como ausencia de enfermedad o trastornos en dicho proceso.

La OMS conceptualiza la **Salud Sexual** como el completo bienestar físico y psicológico en el plano sexual y supone la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales de la sexualidad, de modo que se enriquezcan y estimulen la personalidad, la comunicación y el amor.

La Salud Sexual es la capacidad de toda persona (mujer u hombre) de disfrutar y expresar su sexualidad y de hacerlo sin ningún riesgo de enfermedades transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación.

Esto implica que todo ser humano con una Salud Sexual plena es capaz de expresar y sentir deseos eróticos o sentimientos afectivos, puede tener las relaciones sexuales que desee y escoja, y sentirse bien con esas decisiones. La Salud Sexual supone tener acceso a sexo seguro y a servicios completos de planificación; y, lo más importante, a no sentirse castigado/a o estigmatizado/a por sus preferencias sexuales o por decidir no tener hijos/as.

La Salud Sexual intensifica la vida, las relaciones personales y la expresión de la propia identidad sexual. Es positivamente enriquecedora y, al mismo tiempo, incluye el placer, incrementa la autodeterminación y la comunicación.

### 4.7 LA SEXUALIDAD

La sexualidad es una dimensión constitutiva del ser humano. Las personas se construyen como sujetos sexuales a lo largo de sus trayectorias vitales,

<sup>11</sup> Existe una clara vinculación entre este instrumento y la declaración de la ONU aprobada un año antes. Aquí, finalmente, se define la violencia contra las mujeres (Art. 1°) y se establece el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como privado (Art. 3°). Resulta interesante que el Preámbulo reconoce en la violencia "una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres", (...) que "trasciende todos los sectores de la sociedad, independientemente de clase, raza, grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad, o religión...". En este año 1994, se realiza la "Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo - Programa de Acción de El Cairo".

aprendiendo a vivir, sentir y ejercer su sexualidad desde los diferentes espacios de referencia, pertenencia y socialización a lo largo del ciclo vital.

La sexualidad, en tanto que es una construcción sociocultural e histórica, está atravesada por condicionamientos, mandatos y estereotipos de género. Es por tal motivo que, en las diferentes culturas, imperan, junto con los modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad construcciones de género diferenciadas sobre la sexualidad femenina y la masculina.

"Considerada desde una perspectiva antropológica, la sexualidad específicamente humana es lenguaje, símbolo, norma, rito y mito. Es uno de los espacios privilegiados de la sanción, del tabú, de la obligatoriedad y de la transgresión" (Lagarde, 1997).

Los discursos sobre la sexualidad incluyen estrategias políticas de regulación y control social. La sexualidad es eje de las relaciones humanas, implica relaciones y procesos sociales, instituciones, políticas, concepciones del mundo y subjetividad.

La dimensión subjetiva, es decir, cómo cada quien organiza y vive consciente e inconscientemente el proceso de devenir sujeto sexuado y sexual, se construye en un entramado en el que se articulan género, etnia, nivel socioeconómico y cultural, lugar de procedencia y residencia, etc.

Foucault (1984) considera la sexualidad como una experiencia histórica singular constituida por tres ejes: "la formación de los saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad (sujetos sexuales deseantes)".

El estudio de la sexualidad se debe asumir desde la interdisciplinariedad e irlo vinculando con los derechos humanos, en un proceso de construcción, debate y legitimación en lo público y privado.

# 4.8 LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos, según el Fondo de Población de

las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), están ligados al conjunto de los derechos humanos, son conquistas sociales, se vinculan con el derecho a la salud, a las libertades (individual, de pensamiento, conciencia, religión, opinión y expresión), a la educación e información, a la vida libre de violencia y son ejes centrales de la ciudadanía y de profundización de la convivencia democrática.

Los mismos pueden definirse "en términos de poder y recursos: el poder para tomar decisiones informadas sobre la propia fertilidad, la procreación y el cuidado de los hijos, la salud ginecológica y la actividad sexual, así como los recursos para llevar a la práctica dichas decisiones de manera segura y efectiva" (Correa y Petchesky, 1995).

Para poder ejercer estos derechos con equidad es fundamental contar con condiciones habilitantes al respecto, es decir, debe estar garantizada la libertad individual para la toma de decisiones y tener condiciones de justicia para que éstas sean respetadas.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos recibieron carta de ciudadanía en la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos realizada en Teherán (1968) y en las Conferencias de Población de Bucarest (1974) y México (1984).

La década de los noventa marca un hito en el proceso de legitimación, sentando sus bases en la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995).

La Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer afirma que los derechos humanos de la mujer incluyen el derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su Salud Sexual y Reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto a la integridad de la persona, exigen el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.

Los Derechos Sexuales son un componente fundamental de los derechos humanos. Tienen que ver con la sexualidad placentera, consentida, ejercida sin coerción ni violencia y sin temores a consecuencias reproductivas indeseadas y consideran también el fortalecimiento de acciones por la diversidad sexual.

Es importante mirar los Derechos Sexuales y Reproductivos como dos grupos de derechos diferentes, vinculados a la conceptualización de la sexualidad. Es fundamental no entenderlos como un todo ni suponer que el ejercicio de unos implica ineludiblemente el ejercicio de los otros. De lo contrario se estaría cayendo en la tradicional homologación sexualidad / placer / erotismo = reproducción.

# 4.9. GARANTÍAS DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Garantizar la Salud Sexual y la Salud Reproductiva requiere:

Cuadro N° 1: Relación entre la SSR y los Derechos Sexuales y Reproductivos.



### SALUD SEXUAL

- Respeto y protección a los Derechos Sexuales de todas las personas.
- Derecho de controlar su propio cuerpo.
- Empoderamiento de las mujeres jóvenes y adultas, para que desarrollen su capacidad de tomar decisiones en situaciones de intimidad sexual, e incluye el ser sexualmente activas.
- Igualdad en las relaciones para asegurar la expresión sexual, el placer y el respeto mutuos.
- Servicios de salud de alta calidad y confidenciales y un sistema de salud pública eficiente.

#### SALUD REPRODUCTIVA

- Información y educación sobre salud, sexualidad e igualdad de género.
- Atención especializada durante el embarazo, el parto y el postparto.
- Opciones anticonceptivas.
- Prevención y tratamiento de la infertilidad.
- Consejería para la disfunción sexual.
- Prevención y control de las infecciones del tracto reproductivo, de las enfermedades de transmisión sexual y de otros problemas ginecológicos.
- Prevención y tratamiento de enfermedades del sistema reproductivo.
- Problemas de salud posmenopáusica.
- Acceso a servicios de inseminación artificial y adopciones.

Fuente: CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

### 4.10 LOS SERVICIOS DE SALUD

"La atención de Salud Sexual y Reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y el bienestar reproductivo al prevenir y resolver los problemas relacionados con la sexualidad y reproducción. Incluye, también, como objetivo el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no solamente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual" (Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, 2010).

Las Instituciones de Salud, dirigidas por equipos de profesionales, están obligadas a:

- Dar información clara y sencilla.
- Que la información que den esté basada en consideraciones científicas, sin condicionamientos morales.
- Tomar en cuenta la opinión de las personas sobre el autoconocimiento de sus cuerpos y las inquietudes que deriven de ello.
- Comprobar y asegurarse de que la información entregada sea comprendida, entendida y asimilada.

El gran paso y el cambio necesario es que las personas, de manera particular las mujeres, durante todo su ciclo de vida vuelvan a ser dueñas de sus propios cuerpos y estén conscientes de que tiene derecho a:

- Explicar con sus palabras lo que quieren, sienten y saben de su cuerpo, ya sea al médico o cualquier profesional en consulta.
- Solicitar la información necesaria para poder decidir sobre sus cuerpos.
- Pedir que todas sus dudas e inquietudes sean aclaradas.
- Reclamar y levantar una queja formal si sus derechos son violentados, o si no reciben información sobre los tratamientos médicos.

Las investigaciones sobre Salud Sexual y Reproductiva deben elaborarse a la luz del enfoque

de género, de lo contrario el análisis puede resultar incompleto y reduccionista. Los Sistemas de Salud, Educación y Justicia deben realizar todas las acciones necesarias para prevenir y sanar las consecuencias de la violencia, la discriminación y el abuso sexual que viven cientos de personas, priorizando la Salud Sexual de todas las personas, con especial énfasis en la de las mujeres.

### 4.11 EL ENFOQUE DE GÉNERO

El concepto de género planteado desde la teoría feminista es una categoría de análisis que permite visibilizar las desigualdades sociales, políticas, económicas, culturales y simbólicas entre mujeres y hombres a partir de sus diferencias biológicas. Estas diferencias son impuestas a partir de construcciones culturales e históricas sobre el "deber ser" de mujeres y hombres, que trasciende las sociedades humanas propiciando una asimetría en la distribución del poder, y que se reflejan en la subordinación de las mujeres. Además, es preciso recalcar que dichas relaciones de poder son influenciadas también por otras variables, tales como la etnia, la generación, la migración, el estado socio-económico, etc.

La definición de construcción de género, según las Naciones Unidas, "se refiere a los atributos sociales y oportunidades asociados con ser hombre o mujer y las relaciones entre hombres y mujeres y las niñas y los niños, así como las que existen en las relaciones entre mujeres y hombres. Estos atributos, oportunidades y relaciones son socialmente construidos y se aprenden a través de procesos de socialización. Dependen del contexto y el momento, y son cambiantes. El género determina lo que se espera, permite y se valora en una mujer o un hombre en un contexto dado. En la mayoría, hay diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres en las responsabilidades asignadas, actividades realizadas, el acceso y control sobre los recursos, así como las oportunidades de toma de decisiones.

Por otro lado, la igualdad de género se refiere a la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de hombres y mujeres, las niñas y los niños. Igualdad no significa que las mujeres y hombres sean iguales, sino que los derechos, responsabilidades y oportunidades de mujeres y hombres no dependerán de si son hombres o mujeres. La igualdad de género implica que los intereses, necesidades y prioridades de las mujeres y los hombres se toman en consideración, reconociendo la diversidad de los diferentes grupos de mujeres y hombres. La igualdad de género no es un asunto solamente de mujeres; en su discusión deben participar plenamente tanto hombres como mujeres. La igualdad entre mujeres y hombres se ve como una cuestión de derechos humanos y como indicador y condición previa para el desarrollo sostenible centrado en las personas "12."

La perspectiva de género, claramente establecida en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) destaca que la educación y el empoderamiento de las mujeres son requisitos indispensables para el desarrollo de los países y el éxito de los programas de salud, postura ratificada en la IV Conferencia de la Mujer (Beijing, 1995).



Al plantear el enfoque de género en nuestro análisis de la realidad buscamos atender a la manera que tenemos las personas de mirar procesos y realidades o hechos sociales, cuestionando mucho de lo aprendido cuando esto se sustenta en inequidades de género; es decir, normas, prejuicios, creencias, mitos, percepciones, concepciones y

sentimientos que nos van imponiendo el cómo ser hombre y mujer y que van configurando nuestra forma de gestionar las relaciones entre unos y otras, dando lugar a la construcción de relaciones de poder entre los géneros, en general favorables a los varones como grupo social y discriminatorias para las mujeres que están presentes en todos los campos de la vida social, económica, cultural y política de nuestras sociedades.

Trabajar desde el enfoque de género supone mirar todas estas desigualdades de género y 'deconstruirlas', rompiendo las estructuras, relaciones de poder y mecanismos que las sustentan, planteando nuevas formas de construir la sociedad. Es una propuesta de inclusión que busca recoger la diversidad sin generar desigualdad e incorporar a todas las personas en la búsqueda de la equidad y la justicia de género, ya que las problemáticas que se derivan de las relaciones desiguales de género sólo podrán encontrar solución en tanto incluyan cambios en las mujeres y también en los hombres.

Es en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva donde esta construcción de la desigualdad de género, en cuanto al acceso y control del cuerpo, de recursos y beneficios por parte de las mujeres en relación con los hombres, se expresa de formas más diversas y claras (desde formas sutiles hasta violencias directas sobre el cuerpo y las decisiones de las mujeres), por lo que se muestra como fundamental trabajar para fomentar la autonomía personal, la corresponsabilidad, la 'deconstrucción' de construcciones desiguales de género y el planteamiento de cambios hacia relaciones más justas e igualitarias.

Por su parte, el abordaje para la erradicación de la VIFG debe atender a un análisis de género sobre sus causas para poder plantear acciones que respondan y ataquen directamente a aquellas. Es importante llegar a reconocer por parte de toda la población que las violencias contra las mujeres constituyen un componente estructural del sistema de dominación patriarcal, que postula y promueve la superioridad de los hombres sobre las mujeres a través de la socialización, que está presente, se naturaliza y se reproduce en todas las sociedades, para poner el acento en la necesidad de romper con esta situación, que afecta a la mitad de la población, desde la implicación personal e institucional en el problema y su transformación.

<sup>12</sup> ONU - Mujeres. "Mujeres y participación ciudadana: contribuciones al Desarrollo, la Igualdad de Género y la Gobernabilidad desde el Voluntariado", Estudio Comparativo, Abril 2012.

# 4.12 EL EMPODERAMIENTO Y LA EDUCACIÓN DE LAS MUJERES

La sociedad, a pesar de haber conseguido grandes avances en la igualdad de mujeres y hombres, sigue manteniendo importantes desigualdades en términos de acceso, ejercicio y control efectivo de derechos, poder, recursos y beneficios por parte de unas y otros.

El sistema patriarcal segrega, estableciendo relaciones asimétricas de poder entre mujeres y hombres. Lo masculino resultará definido desde una posición de dominio, y lo femenino desde la subordinación. Las relaciones desiguales de poder están presentes en todos los campos de la vida y se expresan de múltiples formas: en el ámbito privado, por ejemplo, a través del maltrato doméstico como mecanismo de dominio y control sobre las mujeres; en el ámbito público, puede concretarse en la feminización de la pobreza, en la exclusión sistemática de las mujeres del ámbito de la participación y la toma de decisiones, del acceso a los recursos, etc. De hecho, según el Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer, la presencia de mujeres en los ámbitos de decisión es el único indicador de desigualdad de género que no varía en función de los recursos económicos de un país.

A fin de ir avanzando hacia un mayor equilibrio de poder en las relaciones personales y sociales de hombres y mujeres, éstas deben ir conquistando el poder a través de la reconstrucción social de las relaciones de género, mediante la consecución de la autonomía y la ciudadanía plena.

La palabra "empoderamiento" es una traducción literal del término inglés "empowerment" y significa "ganar poder", fortalecerse, personalmente y en la posición social, económica y política. La estrategia del empoderamiento, aunque introducida ya en la III Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas (Nairobi, 1985), logró un mayor desarrollo y su consolidación en la IV Conferencia Mundial (Beijing, 1995).

Así se define el empoderamiento como un aumento de la autoridad y poder de la persona sobre los recursos y las decisiones que afectan a su vida. Alude a un proceso de toma de conciencia



individual y colectiva de las mujeres que les permite aumentar su participación en los procesos de toma de decisiones y de acceso al ejercicio de poder y a la capacidad de influir. Individual, ya que supone un proceso personal de toma de conciencia de las mujeres sobre su subordinación, que se inicia a través de un proceso individual, en el cual cada mujer toma conciencia de sus propios derechos, de sus fortalezas e intereses, y consolida su autonomía y poder personal, con el fin de ejercer su capacidad de influencia y de decisión.

El empoderamiento es, por tanto, una estrategia válida para alcanzar el poder y convertirse en personas que ejercen su individualidad desde la autonomía y la ciudadanía plena. Al mismo tiempo, es un proceso necesario para alcanzar la igualdad de oportunidades y de trato de mujeres y hombres, ya que ésta sólo podrá construirse, de manera plena, a partir de la construcción de una sociedad en la que mujeres y hombres tengan una participación igualitaria en los ámbitos público y privado, y en la que se articule una relación no jerarquizada entre mujeres y hombres.

Para el logro de este objetivo es necesario, junto con el empoderamiento de las mujeres, articular fórmulas y espacios que favorezcan el incremento del número de hombres que, en el espacio público y privado, cuestionan el modelo tradicional de masculinidad, desarrollan actitudes y comportamientos acordes y coherentes con el objetivo de la igualdad y se comprometen, junto con las mujeres, en el desarrollo integral de mujeres y hombres y en la consecución de una sociedad más justa e igualitaria, que resulte beneficiosa para unas y otros.



a violencia de género ha sido una problemática, que gracias al posicionamiento y lucha de organizaciones de mujeres, logró visibilizarse, posicionarse y ser debatida en el ámbito internacional y, producto de ello, planteada y recogida en un conjunto de instrumentos (tratados, convenios, planes de acción, declaraciones, directrices), con el objetivo de poner en marcha políticas y acciones para erradicar la violencia de género contra la mujer.

En el caso de Ecuador, tal como muestran los datos estadísticos, la violencia es un problema estructural que afecta la calidad de vida de las mujeres y que debe ser enfrentada por el Estado a nivel de políticas públicas y acceso a la justicia.

Ecuador, tradicionalmente, ha evidenciado un compromiso internacional que en el caso de la erradicación de la violencia de género contra la mujer ha supuesto la firma de varios instrumentos internacionales, entre los que destacan la Convención Interamericana para prevenir y sancionar la violencia contra la mujer (Convención Belem do Pará) y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW).

Con la sanción de la Convención Belem do Pará el país dio un paso importante asumiendo el Estado la responsabilidad y el deber de poner en marcha políticas para lograr erradicar la violencia contra las mujeres:

"Los Estados partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia, y en llevar a cabo lo siguiente: abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios/as, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación" (Capítulo III, Art. 7).

En Ecuador, a nivel formal, existe un reconocimiento sobre la Violencia de Género como un grave problema social. **Desde el plano público,** para hacer frente a esta situación de violación sistemática de los derechos humanos de las mujeres, en base a los compromisos adquiridos por el Estado a nivel internacional y nacional se empiezan a poner en marcha medidas y políticas públicas desde la década de los 90. Se crean en 1994 las primeras Comisarías de la Mujer y la Familia (CMF), como centros de atención a mujeres en situación de violencia. Un año más tarde se aprueba la Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia, la Ley 103. Posteriormente, la Constitución de 2008 definió al país como un "Estado de derechos", reconociendo y garantizando expresamente a las personas el derecho a una "vida libre de violencia en el ámbito público y privado" (Art. 66.3 b). Además, la erradicación de la violencia de género hacia la niñez, adolescencia y mujeres ya fue reconocida como Política de Estado en el año 2007, mediante Decreto Ejecutivo N° 620, lo que implica la obligación desde el Estado de abordarla de manera integral a través de la generación de políticas y programas que permitan garantizar la protección y atención integral contra todo tipo de violencia de género, formulándose el Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género hacia la Niñez, la Adolescencia y Mujer<sup>13</sup> para avanzar en este logro, el cual ha de impulsar y generar acciones y mecanismos de coordinación interinstitucional en todos los niveles del Estado, correspondiendo a cada una de las instituciones, diseñar y ejecutar programas, proyectos y acciones de manera articulada y oportuna en los respectivos niveles nacional, provincial y local.

Recientemente, las CMF pasaron por un proceso de restructuración y transición a raíz de la aprobación de la Ley Orgánica de la Función Judicial en 2009, que estableció que las CMF desaparezcan y se crearan, como parte de la Función Judicial, los Juzgados Contravencionales de Violencia contra la Mujer y la Familia, que fueron los encargados de

<sup>13</sup> El Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género incluye 4 componentes, como son: cambio de patrones socioculturales discriminatorios a través de programas y campañas de sensibilización, sistema nacional de información y registro de casos de violencia, sistema integral de protección a niños, niñas, adolescentes y mujeres víctimas de violencia y acceso a la justicia para víctimas; haciendo hincapié en la gratuidad y la celeridad de los trámites.



la aplicación de la Ley 103. A raíz de esta reforma, mediante Resolución (077-2013), se aprueba en 2013 la creación de Unidades Judiciales de Violencia contra la Mujer y miembros del núcleo familiar que sustituyeron a las antiguas CMF.

Otras instituciones estatales insertas en la atención integral de los casos de VG también crearon instancias especializadas: la Fiscalía Nacional, que cuenta desde 2003 con Unidades de Delitos Sexuales y VIF, y la Policía Nacional, que creó en 2007 los Departamentos de VIF (DEVIF)<sup>14</sup>.

Por su parte, en el ámbito de la **Salud Sexual y Reproductiva**, el Artículo 66, Numeral 9, de la Constitución, garantiza los derechos sexuales de las personas, que implican su sexualidad, su vida y su orientación sexual: "Se reconoce y garantizará a las personas (...) el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras". Asimismo, el Numeral 10 de este Artículo reconoce y garantiza el derecho a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre la salud y la vida reproductiva y a decidir cuándo y cuántas hijas e hijos tener.

14 Antiguas Oficinas de Defensa de los Derechos de las Mujeres, creadas en 1994. En relación a la **Salud Reproductiva**, la Constitución hace énfasis en la promoción de servicios durante la gestación, el parto y postparto, así como la eliminación de la discriminación por embarazo en los diferentes ámbitos y la promoción de la paternidad responsable (Art. 43).

Además, la Carta Magna, en su Artículo 363, reconoce la integralidad de los **Derechos Sexuales y Reproductivos** y la responsabilidad del Estado en promoverlos con políticas públicas. Este reconocimiento también lo ha suscrito Ecuador a nivel internacional y regional por medio de numerosos instrumentos y conferencias.

Para el cumplimiento de estos derechos y obligaciones contempladas en la Carta Magna y otros instrumentos internacionales, desde el Estado se han ido creando políticas, normas, planes y leyes que han ido desarrollando y configurando el nuevo marco normativo del país: la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia de 1994 que garantiza la gratuidad de los servicios de atención al parto y a los infantes, la Política de Salud Sexual y Derechos Reproductivos de 2005, la Ley Orgánica de Salud de 2006, el Plan Nacional de la Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal en 2008, el Programa Nacional de prevención y control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en 2010 o la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Embarazo Adolescente (ENIPLA) que busca garantizar el acceso real y efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva brindando educación, consejería en sexualidad y planificación familiar, entre otros servicios.

En el caso del Sistema Nacional de Salud, es importante anotar que, en noviembre de 1998, se declara la violencia como un problema de salud pública desde el Ministerio de Salud. Ya las Normas de Salud Sexual y Reproductiva del MSP (1998) incorporaban un capítulo de Violencia Intrafamiliar y Sexual y recientemente, a finales de 2014, se ha aprobado la nueva "Norma Técnica de Atención Integral en Violencia Género" por parte del MSP, que busca ser "una respuesta al complejo fenómeno social de la violencia de género y una herramienta de obligatorio cumplimiento para la prestación de servicios integrales" 15,

<sup>15 &</sup>quot;Norma Técnica de Atención Integral en Violencia de Género", Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2014.

en el marco de las competencias que el Ministerio tiene asignadas. Además, se desarrollan procesos de capacitación y sensibilización continuas al personal como política institucional del MSP. Asimismo, el Ministerio, a través de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (1994), y su reforma en 1998, incorpora la atención de la VBG como una prestación; y, en los últimos años, el MSP aprobó otras normas y protocolos para hacer efectivo el cumplimiento de sus funciones en este ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva: la Norma y Protocolo de Atención Integral a la Adolescencia, ambas de 2008, y la Norma y Protocolo de Planificación familiar, en 2010.

Paralelamente, en el marco de la Constitución de 2008 y del Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017, se impulsa la adopción de estrategias intersectoriales y trabajo en redes para lograr la implementación efectiva de las normas, programas y servicios para asegurar el ejercicio, la garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución.

Esta labor de prevención y difusión de derechos se ha trabajado de forma específica en los últimos años en la Provincia Bolívar con la conformación de Redes Interinstitucionales que buscan generar una acción integral a la hora de garantizar el ejercicio pleno de los derechos garantizados en los diferentes instrumentos y normativas, cumpliendo con sus obligaciones como servidores y servidoras públicas.

Así, en la Provincia Bolívar, desde el año 2010, se trabaja en REDES interinstitucionales a fin de dar respuesta a las necesidades de las mismas instituciones y de los y las usuarios/as en el marco de la atención a los casos de VIFG, estableciendo



el Sistema de Protección Integral a Víctimas de Violencia Intrafamiliar, Sexual y de Género en cada uno de los cantones. En el marco de su articulación, se cuenta, desde 2010, con una Guía de Intervención Interinstitucional frente a casos de Violencia de Género, Intrafamiliar, Sexual y Maltrato Infantil, con enfoque de protección y restitución de derechos. Se han articulado 7 Redes, una por cada cantón de la Provincia, las cuales, a lo largo del año 2013, se han ido consolidando con el nombre de REDES PRO DERECHOS BOLÍVAR, alentando a las personas e instituciones a no actuar solas, sino en forma articulada y simultánea, en red, lo que permite ofrecer una verdadera atención integral a las víctimas y sus familias, y logrando la restitución de los derechos vulnerados. Todas las instituciones se han integrado en la Red de su cantón para ofrecer y facilitar a las víctimas de violencia todas las posibilidades, servicios y oportunidades, hasta que puedan restaurarse sus derechos.16

Desde su constitución, han ido fortaleciendo su accionar elaborando y coordinando sus mecanismos de implementación, como la Hoja de Ruta de Intervención, el directorio de instituciones y sus alcances en atención, protección, sanción, prevención y veeduría – exigibilidad.

Durante el proceso de conformación y fortalecimiento de las Redes Pro Derechos Bolívar, éstas han definido sus Ejes de Trabajo: Promoción del Buen Trato y Prevención; Atención Integral a las víctimas de violencia; Abogacía y Gestión; y Seguimiento, Veeduría y Exigibilidad.

La presente investigación, con la recogida de información sobre los puntos críticos para el ejercicio pleno de derechos en el ámbito de la SSR y una vida libre de violencia, se enmarca en esta labor de las Redes de articulación de intervenciones integrales en los territorios, tanto preventivas como de gestión, para cambiar las creencias y comportamientos que fomentan la inequidad; de promocionar el buen trato en las relaciones entre las personas y desde las mismas instituciones; y de tratar de brindar la mayor cantidad de oportunidades y servicios a las personas que atraviesan por situaciones de violencia, favoreciendo la restitución de sus derechos vulnerados, su salud y su vida en general.

<sup>16</sup> Información extraída de la "Guía de Intervención y Sistema para casos de Violencia del Cantón Guaranda", REDPRODER, Redes Pro Derechos Bolívar, 2013.



# 6.1 MÉTODOS UTILIZADOS PARA LA INVESTIGACIÓN

La metodología de investigación se elaboró a partir del concepto de medición en el marco de la investigación social antropológica, entendiéndolo como "el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos, el cual se realiza mediante un plan explícito y organizado para clasificar (y frecuentemente cuantificar) los datos disponibles (los indicadores)" (Mora Nawrath, 2007).

Para realizar la medición fue necesario recurrir a un proceso de recolección de datos considerando dos dimensiones:

- a. Dimensión empírica: "estableciendo que el centro de atención es la respuesta observable" (Mora Nawrath, 2007), a través de encuestas y observación directa.
- b. Dimensión teórica: "se refiere a que el interés se sitúa en el concepto subyacente no observable", (Mora Nawrath, 2007), a través de técnicas para compilación de información cualitativa.

La investigación consideró los elementos cuantitativos y cualitativos a través de tres instrumentos de recolección de información: encuestas, entrevistas y grupos focales; incluyendo la Observación Directa, como herramienta a ser aplicada en todo momento.

# 6.2 CONSTRUCCIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

Dentro del proceso metodológico se realizó una operacionalización conceptual que permitió definir, delimitar e identificar las dimensiones de los conceptos que dirigen la investigación, como condición necesaria previa para establecer variables e indicadores que permitan medir y analizar la ocurrencia de los conceptos desde las situaciones concretas que se viven en la Provincia Bolívar.

El siguiente cuadro muestra las variables e indicadores identificados, así como el medio de recolección utilizado.

Cuadro N° 2: Variables e indicadores para la investigación.

CONCEPTO	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIO DE RECOLECCIÓN
	Estadísticas	Nacional     Local	<ul> <li>Número de denuncias presentadas.</li> <li>Frecuencia de casos, según tipo de violencia.</li> <li>Grado de impunidad frente a los casos denunciados.</li> </ul>	R e v i s i ó n documental y Entrevistas
Violencia Intrafamiliar y de Género	Aprendizaje	Formal     No Formal     Familiar	<ul> <li>Grado de interiorización de una conducta de subordinación.</li> <li>Grado de naturalización.</li> <li>Nivel de valorización del silencio y sumisión.</li> <li>Nivel de valorización de la agresión.</li> <li>Tipo de formas de construcción social de la masculinidad y feminidad.</li> </ul>	Grupos Focales y Encuestas

CONCEPTO	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIO DE RECOLECCIÓN
	Escenarios	Familia     Comunidad     Trabajo     Estado	<ul> <li>Tipo de lugares que se identifican como generadores de violencia.</li> <li>Intensidad de la violencia en cada escenario.</li> <li>Número de instituciones sociales que definen, legitiman y mantienen la violencia.</li> <li>Grado de aceptación de la violencia como asunto familiar libre de intervención de un extraño.</li> <li>Tipo e intensidad de la violencia en cada escenario.</li> <li>Tipo de prácticas discriminatorias del Estado que atentan contra el derecho a una vida libre de violencia.</li> </ul>	E n c u e s t a s , Grupos Focales y Entrevistas
Violencia Intrafamiliar y de Género	Actores	Víctima     Agresor     Estado	<ul> <li>Grado de aceptación de la responsabilidad de la violencia hacia la víctima.</li> <li>Nivel de invisibilización del Estado como actor.</li> <li>Grado de legitimación de la dominación y el poder del agresor.</li> </ul>	Encuestas, Grupos Focales y Entrevistas
	Dependencia	Económica     Afectiva	<ul> <li>Tipos de dependencias, causas y consecuencias.</li> <li>Problemas que ocasiona la dependencia económica y afectiva.</li> <li>Grado de relación entre dependencia afectiva y autoestima.</li> </ul>	Encuestas y Grupos Focales
	Factores externos	Alcoholismo     Drogas     Patologías	<ul> <li>Grado de relación entre el consumo de drogas/alcohol y la violencia.</li> <li>Nivel de aceptación de que la violencia es provocada por alguna enfermedad mental.</li> </ul>	Encuestas y Entrevistas
Salud	Cuerpo	Autoimagen     Autoestima     Autocuidado	<ul> <li>Nivel de conocimientos sobre autoimagen y autoestima.</li> <li>Grado de interiorización sobre la importancia de conocer, proteger y cuidar el cuerpo.</li> <li>Grado de conocimiento sobre la construcción del cuerpo para otras personas.</li> <li>Nivel de identificación de elementos que atentan contra la salud de las mujeres.</li> <li>Tipo de problemas que ocasiona la falta de autocuidado del cuerpo.</li> </ul>	Grupos Focales y Encuestas
	Escenarios	Familia     Comunidad     Estado	Tipo de lugares donde se aprende sobre sexualidad.	Encuestas
Conocimiento sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva	Servicios	Profesionales     Infraestructura     Atención	<ul> <li>Grado de conocimiento de los servicios.</li> <li>Grado de satisfacción de los servicios que se prestan.</li> <li>Nivel de conocimiento e identificación de situaciones problemáticas con el personal de salud.</li> <li>Tipos de problemas que implica el no reconocimiento de la medicina ancestral.</li> </ul>	Encuestas y Entrevistas
Salud Sexual	Aprendizaje	Formal     Cultural     Tradicional	<ul> <li>Nivel de conocimiento sobre la Salud Sexual.</li> <li>Grado de aceptación sobre la importancia de la salud sexual.</li> <li>Grado de conocimiento sobre el derecho a la salud sexual.</li> <li>Grado de conocimientos sobre mitos en torno a la sexualidad.</li> </ul>	Encuestas y Grupos Focales

CONCEPTO	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDIO DE RECOLECCIÓN
	Garantías	Respeto Protección Empodera- miento	<ul> <li>Tipo de acciones que promueven el respeto y protección de los derechos sexuales.</li> <li>Nivel de aceptación frente a la posibilidad de tomar decisiones en situaciones de intimidad sexual.</li> <li>Grado de importancia respecto a la expresión sexual, el placer y respeto mutuos.</li> <li>Grado de conocimiento sobre las dificultades de las mujeres para expresar su sexualidad.</li> </ul>	Entrevistas, Encuestas y Grupos Focales
Salud Sexual	Prácticas	Iniciación     Normalizadas     Rechazadas	<ul> <li>Nivel de identificación de los procesos de iniciación sexual de hombres y mujeres.</li> <li>Nivel de invisibilización del placer sexual de las mujeres.</li> <li>Nivel de sobrevaloración del placer sexual de los hombres.</li> <li>Grado de aceptación del ejercicio de la sexualidad desde la cosmovisión occidental.</li> <li>Nivel de influencia de las costumbres tradicionales en el ejercicio de la sexualidad.</li> </ul>	Grupos Focales
Salud Reproductiva	Reproducción	<ul><li>Tipos</li><li>Ventajas</li><li>Desventajas</li></ul>	<ul> <li>Grado de conocimiento sobre métodos anticonceptivos.</li> <li>Grado de aceptación del uso de métodos anticonceptivos.</li> <li>Grado de consenso para el ejercicio de prácticas sexuales seguras.</li> <li>Nivel de dificultades para utilizar métodos anticonceptivos.</li> </ul>	Grupos Focales y Encuestas

Fuente: CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

### 6.3 HERRAMIENTAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se elaboraron 3 tipos de herramientas: encuestas, entrevistas y grupos focales.

### ENCUESTAS

La encuesta, como estrategia de investigación, tuvo como objetivo fundamental la recolección de información proveniente de mujeres y hombres de los 7 cantones que componen la Provincia Bolívar.

La encuesta constó de 24 preguntas y tuvo 5 apartados. El primer apartado permitió recabar **información demográfica,** considerando edad, género, nacionalidad, zona en la que habita, auto-identificación, lengua materna y nivel de instrucción.

El segundo apartado de la encuesta contaba con preguntas sobre el conocimiento y ciertas prácticas relacionadas con la **Violencia Intrafamiliar y de Género,** tales como: roles de hombres y mujeres, escenarios donde se desarrolla la violencia, actores involucrados, instituciones que defienden o mantienen la violencia, causas que ocasionan y mantienen la violencia.

El tercer apartado de la encuesta recopiló información sobre **Salud**, considerando elementos como: estado de salud, calidad en los servicios y lugar al que acuden en caso de enfermedad.

El cuarto apartado generó información en el tema específico de **Salud Sexual**, teniendo como objetivo saber el grado de conocimiento, la importancia que tiene, los espacios de socialización y aprendizaje y la calidad de la información recibida.

El quinto apartado de la encuesta indagó sobre Salud Reproductiva, para determinar acerca del

ejercicio de prácticas sexuales seguras, el grado de conocimiento, el uso y las razones para usar o no métodos anticonceptivos (ver anexo 3: encuesta).

#### ENTREVISTAS

Se realizaron 40 entrevistas. El modelo o formato de entrevista fue elaborado con el objetivo de recabar información sobre conocimientos y prácticas de autoridades y/o servidores públicos de instituciones relacionadas con la problemática de la violencia de género y la violencia intrafamiliar, así como con las temáticas de salud sexual y salud reproductiva. Las entrevistas se dirigieron a instituciones relacionadas con el Acceso a la Justicia, Salud, Educación, Organizaciones de la Sociedad Civil que realizan veeduría, Instituciones rectoras de Política Pública e Iglesia Católica.

Las preguntas se formularon en lenguaje claro y comprensible, utilizando preguntas abiertas y descriptivas al principio; seguidas con preguntas más concretas, yendo de lo general a lo particular, en una secuencia lógica, organizadas en dos bloques de preguntas.

El primer bloque de preguntas estuvo relacionado con el tema de la violencia; se elaboraron 9 preguntas sobre las instituciones que trabajan en la temática de estudio, las garantías para una vida libre de violencia, las problemáticas que enfrentan, los imaginarios y prácticas de los/as servidores/as públicos, la atención que se brinda, las situaciones que se descuidan, las garantías que se dan a las víctimas, las sanciones que se establecen, los factores externos que influyen en el desarrollo de la violencia y el grado de naturalización de la misma.

El segundo bloque de preguntas se relacionó con la Salud Sexual y Reproductiva; constó de 7 preguntas que permitieron indagar sobre el grado de conocimiento sobre el tema, la profesionalización de los/as servidores/as, la infraestructura con la que se cuenta, las garantías para la protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos, y las prácticas de medicina ancestral y occidental.

### GRUPOS FOCALES.

La técnica de los Grupos Focales, entendida como una modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, permitió discutir en 17 grupos, desde la propia experiencia personal, sobre las actitudes y prácticas respecto a Violencia Intrafamiliar, Violencia de Género, Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Se elaboraron dos guiones para grupos focales. El primer guión, relacionado con la Violencia Intrafamiliar y de Género, indagó sobre las expectativas frente al comportamiento de hombres y mujeres, las formas de violencia más comunes, los escenarios, las causas y actores, las instituciones para resolver la problemática y los elementos que mantienen la violencia (ver anexo 1: guía de entrevistas a grupos focales).

Con el guión elaborado para el tema de Salud Sexual y Reproductiva se trató de indagar sobre autoestima, autoimagen, cuidado del cuerpo, creencias y mitos sobre la sexualidad, edad de la primera relación sexual, vivencia de la sexualidad, deseo, placer, preocupaciones, factores que influyen en el ejercicio de la sexualidad, uso y dificultades en el uso de métodos anticonceptivos y toma de decisiones sobre planificación familiar.

### 6.4 MARCO MUESTRAL DE LA INVESTIGACIÓN

El tipo de muestreo utilizado en la investigación es el denominado "estratificado", con afijación proporcional y elección aleatoria, con el objetivo de alcanzar representatividad y fiabilidad.

### **EL MUESTREO ESTRATIFICADO**

Debido a la heterogeneidad de la población de estudio se utilizó un muestreo probabilístico, para lo cual se dividió a la población en sub-grupos o estratos. La estratificación se basó en edad, género, zona de residencia y auto-identificación étnica.

El muestreo estratificado aporta información más precisa de sub-poblaciones que varían bastante en tamaño y propiedades entre sí, pero que son homogéneas dentro de sí, ganando precisión porque, al dividir una población heterogénea en estratos homogéneos, el muestreo en éstos tiene poco error precisamente por la homogeneidad.

### AFIJACIÓN DE LA MUESTRA

Se llama afijación de la muestra al reparto o distribución del tamaño muestral entre los diferentes estratos.

Pueden establecerse muchas "afijaciones" o "maneras" de repartir la muestra entre los estratos; para la presente investigación, se utilizó la afijación proporcional, que consiste en asignar a cada estrato un número de unidades muestrales proporcionales a su tamaño.

### **DEFINICIÓN DE LA MUESTRA**

Para el caso de esta investigación se consideró una muestra que tiene un nivel de confianza del 90% y un 5% de error de estimación. Teniendo, como población en Bolívar, un total de 183.641 habitantes, una vez aplicada la fórmula:

$$n = \frac{n^{\circ}}{1 + \frac{n^{\circ}}{N}}$$

donde

$$n^{\circ} = p*(1-p)*\left[\frac{z\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)}{d}\right]^{2}$$

La muestra obtenida fue de 269 personas, si bien ésta se amplió a 325 personas, considerando los estratos de género, edad y etnia, según el siguiente detalle:



Cuadro Nº 3: Muestra para la investigación por cantones y sexo.

CANTÓN	HOMBRES	MUESTRA	MUJERES	MUESTRA
CALUMA	6.509	10	6.620	10
CHILLANES	8.851	13	8.555	12
ECHEANDÍA	6.149	9	5.965	9
GUARANDA	44.353	54	47.524	58
LAS NAVES	3.135	5	2.957	4
CHIMBO	7.653	11	8.126	12
SAN MIGUEL	13.225	19	14.019	20
	89.875	121	93.766	125

TOTAL BOLÍVAR	POBLACIÓN
HOMBRES	89.875
MUJERES	93.766
TOTAL	183.641

MUESTRA
121
125
246

Para el caso del estrato de Indígenas se tomó específicamente el cantón Guaranda, las parroquias de Guaranda (Rurales) y Simiátug, por ser los sectores con mayor población indígena de acuerdo al último Censo.

PARROQUIA	INDÍGENAS
GUARANDA	24.173
SIMIÁTUG	10.583
TOTAL	34.756

MUESTRA
35
16
51

Para el estrato de la edad, concretamente para el caso de los y las adolescentes de Bolívar, la muestra se seleccionó también del cantón Guaranda, debido a que, en este lugar, habitan un número mayor de personas en comparación con los otros cantones; aunque también se realizaron entrevistas a los y las adolescentes de los demás cantones en los Grupos Focales.

BOLÍVAR	15 a 19 años
	18.897

MUESTRA 28

Fuente: CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Los principales criterios de selección para las encuestas fueron:

- Hombres y mujeres mayores de 14 años.
- Mujeres y hombres residentes en zonas urbanas y rurales.
- Mujeres y hombres de la nacionalidad Kichwa presentes en la Provincia Bolívar.

Para el caso de **los Grupos Focales** se agruparon geográficamente varios cantones y se llevó a cabo una selección e identificación según el número de población, de la siguiente manera:



Cuadro Nº 4: Grupos Focales para la investigación por cantones y características.

ZONA	Nº de Grupos Focales	CARACTERÍSTICAS
Caluma Echeandía Las Naves	6	<ul> <li>Violencia Intrafamiliar y de Género con hombres adolescentes mestizos.</li> <li>Salud Sexual y Reproductiva con mujeres mestizas.</li> <li>Violencia Intrafamiliar y de Género con hombres mestizos.</li> <li>Salud Sexual y Reproductiva con hombres adolescentes mestizos.</li> <li>Violencia Intrafamiliar y de Género con mujeres mestizas.</li> <li>Salud Sexual y Reproductiva con adolescentes mestizos, grupo mixto.</li> </ul>
Chimbo San Miguel	4	<ul> <li>Violencia Intrafamiliar y de Género con mujeres mestizas.</li> <li>Salud Sexual y Reproductiva con hombres mestizos.</li> <li>Violencia Intrafamiliar y de Género con mujeres adolescentes mestizas.</li> <li>Salud Sexual y Reproductiva con mujeres mestizas.</li> </ul>
Guaranda	5	<ul> <li>Violencia Intrafamiliar y de Género con mujeres indígenas.</li> <li>Salud Sexual y Reproductiva con adolescentes mestizos, grupo mixto.</li> <li>Salud Sexual y Reproductiva con hombres mestizos.</li> <li>Salud Sexual y Reproductiva con mujeres indígenas.</li> <li>Violencia Intrafamiliar y de Género con hombres indígenas.</li> </ul>
Chillanes	2	<ul> <li>Violencia Intrafamiliar y de Género con mujeres mestizas.</li> <li>Salud Sexual y Reproductiva con mujeres adolescentes mestizas.</li> </ul>

Fuente: CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador

En cuanto a las **entrevistas**, con el apoyo del equipo técnico de seguimiento a la consultoría conformado por Medicus Mundi Catalunya y Ministerio de Salud Pública, se identificaron las personas a ser entrevistadas en cada cantón, de acuerdo al siguiente detalle:



Cuadro N° 5: Detalle de instituciones entrevistadas para la investigación por cantones.

CANTÓN	DETALLE
Caluma	Centro de Salud de Caluma, Institución Educativa, Fiscalía, Consejo Cantonal de Protección de Derechos y Jefatura Política.
Echeandía	Centro de Salud de Echeandía, Consejo Cantonal de Protección de Derechos, Comisaría Nacional, Defensoría Pública e Institución Educativa.
Las Naves	Centro de Salud de Las Naves, Junta Cantonal de Protección de Derechos, Consejo Cantonal de Protección de Derechos, Iglesia Católica y Defensoría Comunitaria.
Chimbo	Centro de Salud de Chimbo, Consejo Cantonal de Protección de Derechos, Tenencia Política, Institución Educativa y Comisaría Nacional.
San Miguel	Centro de Salud de San Miguel, Institución Educativa, Tenencia Política de Balzapamba, GAD del Cantón San Miguel y Policía Nacional.
Guaranda	Centros de Salud, Consejo Cantonal de Protección de Derechos, Junta Cantonal de Protección de Derechos, Comisaría de la Mujer y la Familia, Fiscalía, DINAPEN, MIES, Consejo de la Judicatura, Dirección Distrital de Educación, Foro Provincial de la Mujer de Bolívar, Defensoría del Pueblo y Ministerio del Interior (Jefe Político).
Chillanes	Centro de Salud de Chillanes, GAD del Cantón Chillanes, Institución Educativa, Fiscalía y Junta Cívica.

Fuente: CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador

### 6.5 TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo para la aplicación de las herramientas se realizó en las siguientes fases:

### Fase 1: Conformación del Equipo Técnico para el levantamiento de información.

La conformación del Equipo Técnico se basó en los siguientes criterios: a. Profesionales en desarrollo local y psicología; b. Experiencia en utilización y desarrollo de encuestas, entrevistas y grupos focales; c. Empatía y capacidad de trabajo en equipo.

### Fase 2: Capacitación del Equipo Técnico.

El Equipo Técnico fue capacitado a través de reuniones de trabajo desde el estudio y ejercicios preliminares de aplicación de las herramientas metodológicas.



### Fase 3: Aplicación de las herramientas metodológicas (encuestas, entrevistas y grupos focales).

Una vez definidas las herramientas metodológicas a utilizar en la investigación se elaboró un cronograma de trabajo, procediendo al traslado del Equipo Consultor a los diversos cantones durante el transcurso de 2 semanas, para la recopilación de la información.

### Fase 4: Recolección y revisión de documentación secundaria.

Esta fase se llevó a cabo a través de la búsqueda de información teórica, estadística y metodológica con la que se cuenta a nivel nacional respecto a Violencia de Género y Derechos Sexuales y Reproductivos.

### > Fase 5: Tabulación de resultados.

Una vez aplicadas las herramientas metodológicas, el Equipo Técnico ingresó la información obtenida de las encuestas, entrevistas y grupos focales en formato electrónico y procedió a crear una base de datos en Excel con el objetivo de ordenar la información resultante para iniciar la interpretación.



### 6.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y TRIANGULACIÓN DE DATOS

Una vez obtenida, ordenada y vaciada la información, el Equipo Consultor procedió al análisis e interpretación de la misma, bajo la siguiente secuencia lógica:

- Construcción de cuadros y gráficos, correspondientes a los resultados de cada una de las variables determinadas en las herramientas metodológicas de la investigación.
- Análisis univariado: interpretación y análisis de cada una de las variables obtenidas a través de los datos cuantitativos y cualitativos.
- Análisis bivariado: interpretación y análisis entre variables tras definir la correlación entre las mismas.
- Triangulación de la información: se llevó a cabo un cruce de variables y la interpretación de los resultados cualitativos y cuantitativos, junto a la confrontación con el marco conceptual de la Investigación, para luego extraer las conclusiones, recomendaciones y orientaciones de la Investigación.

### 6.7 VALIDEZ Y FIABILIDAD

Considerando que, por definición, ninguna medición es perfecta, fue necesario controlar los factores transitorios o errores aleatorios (fiabilidad), así como los factores estables o errores sistemáticos (validez), lo que se logró verificando tanto los contenidos de los instrumentos de recopilación de información como los criterios utilizados para la selección de la muestra, tal y como se explicó previamente.

La relación obtenida entre la información cuantitativa, desde la dimensión empírica, y la información cualitativa, desde la dimensión teórica, hace que la medición sea válida y fiable.



7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS



7.1 Violencia Intrafamiliar y de Género

a investigación sobre Comportamientos, Actitudes y Prácticas entorno a la Violencia Intrafamiliar y de Género de diferentes grupos poblacionales diversos (jóvenes, mujeres y hombres mestizos e indígenas) y autoridades y personal de las instituciones públicas de los siete cantones de la provincia de Bolívar parte del análisis de resultados a partir de:

- **1.** Datos cuantitativos obtenidos desde los resultados de las encuestas realizadas.
- **2.** Datos cualitativos obtenidos desde las entrevistas realizadas y los Grupos Focales.

La presentación de los resultados indaga en torno a los conocimientos (definiciones), la construcción de la feminidad y masculinidad (como elementos generadores de violencia), y los mitos que se visualizan con relación a la violencia en toda la provincia Bolívar.

### 7.1.1. ELEMENTO 1: CONCEPTUALIZACIÓN (DEFINICIONES) DE LA VIOLENCIA.

El primer elemento, como resultado de la investigación, se centra en las definiciones de violencia que manejan las personas para, desde ahí, determinar los discursos que se generan y desde los cuales se naturalizan e institucionalizan ciertas prácticas.

De la información recabada a través de los Grupos Focales se evidencia que, en la Provincia Bolívar, existen varias concepciones sobre la violencia, según la edad y el género al que pertenecen.

Para las mujeres, la violencia es concebida como "la marginación de la mujer por parte del hombre", 17 debido a que existe la creencia de "la supremacía

17 Grupo Focal de mujeres adultas mestizas de Chillanes – de 24 a 60 años.

del hombre, que manda y maltrata", 18 lo que ocasiona "discriminación entre sexos". 19 "(...) Se da dentro del hogar, cuando el marido machista llega a pegar a la esposa y a los y las hijos/as". 20 También se reconoce la violencia psicológica – emocional, cuando se manifiesta que "el maltrato que más duele son las palabras; esas se quedan en el corazón". 21

Para los hombres que participaron en los grupos focales, la violencia tiene una denominación diferente: se reconoce la violencia física como el único tipo de violencia, pero también se justifican las razones para que ésta se presente. Ellos sostienen así la creencia de que la violencia se da cuando "los esposos borrachos pegan a sus mujeres, pero ellas también lo buscan (...)";22 "no hacen los deberes de esposa, de mamá, andan fuera de la casa".23 En esta frase claramente se identifica la relación que se da entre violencia y consumo de alcohol, así como el poder que los hombres deben mostrar; situación que se fortalece cuando, en los Grupos Focales, se manifestó que: "cuando se les grita para que hagan caso y se pone orden, eso no es considerado violencia (...)", "violencia es cuando los hombres abusan y maltratan fuerte a las mujeres..., pero sí hay que enseñarles a obedecer".24

Se puede deducir que la violencia, para las mujeres, es concebida como marginación, discriminación, maltrato y agresión, mientras que, para los hombres, constituye una agresión justificada

<sup>18</sup> Grupo Focal de mujeres adultas mestizas de Las Naves – de 25 a 64 años.

<sup>19</sup> Grupo Focal de mujeres adolescentes mestizas de San Miguel – de 15 a 18 años.

<sup>20</sup> Grupo Focal de mujeres adultas mestizas de Chillanes – de 24 a 60 años.

<sup>21</sup> Grupo Focal de mujeres adultas mestizas de Las Naves – de 25 a 64 años.

**<sup>22</sup>** Grupo Focal de hombres adultos indígenas de Simiátug – de 26 a 73 años.

<sup>23</sup> Grupo Focal de hombres adultos indígenas de Simiátug – de 26 a 73 años.

<sup>24</sup> Grupo Focal de hombres adultos mestizos de Echeandía – de 38 a 69 años.



debido a un supuesto "mal comportamiento" de las mujeres. Cabe recalcar también que las mujeres, como víctimas de violencia, manifiestan el hecho de sentirse esclavas, coartadas de libertad y que las palabras u ofensas verbales duelen más que los golpes o el maltrato físico.

"Yo he sido una mujer muy maltratada por mi marido, acudía donde mis padres y me decían que debo aguantar porque es mi marido; ese hombre es un árbol torcido, yo no lo quiero, pero me quedo con él por los hijos, me siento una esclava de ese señor. A estas alturas para qué separarme, ya le dejo que hable como loco; antes era peor, me correteaba a pegarme por todo lado; nunca me dejó salir, ahora ya medio salgo de ese encierro" (testimonio de una mujer mestiza del Grupo Focal de Las Naves).

Se puede apreciar que las mujeres identifican dos tipos de violencia, la psicológica y la física; frente a los hombres que sólo reconocen la violencia ligada al maltrato físico; omiten, en todos los casos, la violencia sexual y la patrimonial o económica.

Los conceptos expuestos refuerzan la condición de subordinación de las mujeres frente a los hombres y se asume de forma natural la violencia como herramienta de control y obediencia.

"(...) Yo viví 7 años con el papá de mi nena; a los 4 años fue un infierno, comenzó a agredirme físicamente, a bajar mi autoestima; (...) en ese tiempo estaba muy enamorada, por eso yo aguantaba, pero un día desperté y comencé a defenderme. Fue una decisión propia el dejar de vivir en ese infierno" (testimonio de una mujer mestiza del Grupo Focal de Las Naves).

Adicionalmente, se evidenció en los Grupos Focales que el término "violencia de género" no se entiende,

se desconoce su significado, ya que se relaciona la violencia sólo dentro de los hogares, lugar que se reconoce como socializador y constructor de mentalidades machistas que luego se manifiestan a través de comportamientos agresivos en otros espacios como el trabajo, el barrio, el colegio y la comunidad.

Por otro lado, al entrevistar a las autoridades de los diferentes cantones de la Provincia Bolívar, actores que realizan y aplican las políticas públicas, programas y proyectos ligados a la erradicación de la Violencia Intrafamiliar y de Género, se constató el manejo de un concepto de violencia más integral; así, la violencia es: "el abuso de poder que se desarrolla en la convivencia social"; se concibe también como "práctica cotidiana naturalizada que forma parte de la construcción del machismo", "se da en la infancia, por patrones culturales, falta de afecto y comunicación, status social, falta de atención de los padres"; y se manifiesta en "agresiones físicas y psicológicas", llegando a convertirse en "(...) una práctica normal, que se deja en la impunidad".

Se demuestra que las autoridades y personas que ejercen diferentes niveles de poder, o están en puestos administrativos, tienen una concepción de violencia desde el mal uso y el abuso del poder, que nace en los hogares y que se va reproduciendo en las escuelas, de modo que niños y niñas desarrollan en su convivencia diaria la violencia como algo natural. El permitir los golpes, los gritos y el maltrato está justificado porque es la manera como se cree que se debe vivir.

Las autoridades entrevistadas sostienen que los conceptos de Violencia Intrafamiliar y de Género son subjetivos y, al igual que los/as participantes de los Grupos Focales, tienen la idea de violencia como sinónimo de maltrato físico y psicológico que se da en las relaciones de pareja, sin considerar la violencia sexual.

Llama la atención el hecho de que las autoridades respondan que la violencia es una práctica normal y natural, que se da sin que exista control ni haya sanciones. Cuando en las entrevistas respondieron a la pregunta sobre: ¿Qué garantías brinda su institución a las mujeres víctimas de violencia?,<sup>25</sup>

<sup>25</sup> Ver Anexo 1, Herramienta 2: Formato de entrevista a las autoridades para la investigación, pregunta 2, ítem 2, cuadro 1, consolidado de entrevistas a autoridades respecto de las garantías que brindan las instituciones de Bolívar a las mujeres víctimas de violencia.

las respuestas dadas, nos permiten extraer los siguientes aspectos:

De las 38 Instituciones que respondieron a esta pregunta se constata, como lo muestra el gráfico 1, que no existen garantías a las mujeres víctimas de violencia. Las instituciones de la Provincia Bolívar responden a situaciones que se presentan en lo cotidiano, pero no existen instituciones que desarrollen programas integrales de prevención. Así, el 21,05%, que corresponde a 8 instituciones, manifiesta que desarrollan diversas iniciativas de sensibilización facilitando charlas y talleres; el 13,15% contempla en sus programas el acompañamiento a las víctimas para su acceso a la justicia, desde diversas acciones como el direccionamiento a las instituciones competentes en los aspectos jurídicos - legales. Es importante recalcar que el mayor logro en este sentido ha sido que las víctimas obtengan boletas de auxilio; la Comisaría, en ocasiones esporádicas, ha retirado al agresor del domicilio, y otra institución respondió que desarrolla el seguimiento, pero no de forma completa. El 10,52% hace seguimiento a los casos que se presentan, realizando visitas a las familias de los y las alumnos/as en el caso de las Unidades Educativas y a los hogares en el caso de los Centros de Salud; en el caso de las Tenencias Políticas, éstas dan seguimiento a lo que haya dictaminado el o la Juez/a. Y el 2,63%, así lo manifestó una institución, ofrece atención a las víctimas dando el auspicio



para el tratamiento psicológico. El componente de protección fue indicado por una institución de índole pública de atención a la salud.

Dentro de este contexto, existió una institución, que fue la Junta Cívica del cantón Chillanes, que respondió que considera que no es su competencia el brindar garantías a las víctimas. Otro aspecto importante es que la Tenencia Política del Cantón Las Naves manifestó que están en un proceso para llegar a definir y aplicar políticas de prevención. Y un aspecto más, muy interesante, es el programa que está desarrollando el MIES en el cantón Guaranda desde el que se brinda un espacio de alojamiento a los y las agresores/as, impidiendo que vuelvan a los espacios donde están las víctimas y evitando así la re-victimización, tal como lo declaró la autoridad entrevistada.

**Bolívar:** Garantías dadas a las mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar y de Género desde las instituciones garantes de derechos 8 0 Prevención 0 Sensibilización **Atención** Protección Acceso a la Seguimiento y iusticia Intervención Consideraron directa que no son de su competencia

Gráfico Nº 3: Garantías ofrecidas a las víctimas de VIFG desde las Instituciones.

Fuente: Entrevistas a autoridades CAP Bolívar 2013. Elaboración: Equipo Investigador.

Cuando se profundiza aún más en las entrevistas con la pregunta: Si una persona comete una agresión, ¿cuáles son las garantías de que será sancionada y no volverá a cometer más actos de violencia intrafamiliar o de género?,26 a pesar de que es evidente que las garantías hacia las víctimas se establecen desde lo que dicta la ley, sin embargo las sanciones a los agresores prácticamente no existen y, por ende, es complejo garantizar que no volverán a ocurrir los actos de violencia. Las respuestas de las autoridades se enmarcaron en establecer procesos de diálogo previos a las sanciones. La autoridad entrevistada en un Centro de Salud del cantón Echeandía mencionó: "No hay garantías. El Comisario hace como juez de paz y no aplica la Ley 103"; en la Junta Cantonal de Protección de Derechos del cantón Las Naves, la autoridad dice: "Se garantiza la audiencia de conciliación, se realiza el proceso administrativo y se dictan las medidas de protección; se hace la referencia a un tratamiento psicológico y se orienta a la ausencia del agresor"; se manifiesta asimismo que la atención psicológica y orientación social se ofrece en caso de reincidencia, eso significa que existen agresores claramente identificados. Algunas instituciones resuelven los casos de violencia con atención a las víctimas desde las terapias y charlas de autoestima. Otra institución presenta, como mecanismo de garantía, sancionar al agresor con multas que, más allá de las sanciones económicas, son labores comunitarias obligatorias que, según la dinámica institucional, saldan las cuentas de los actos violentos desarrollados.

Las respuestas a la mencionada pregunta dadas por las autoridades que están al frente de las instituciones encargadas de velar por una vida sin violencia apuntalan un elemento común que fue manifestado por la mayoría: "No hay garantías por falta de denuncias y, a veces, se retiran las denuncias hechas". Las autoridades entrevistadas de la Comisaría Nacional afirman: "Es difícil, pero la garantía es hacer un trámite judicial y emitir medidas de amparo como protección del estado de la víctima"; sólo se garantiza la sanción en un 10%

de los casos; en el 90% no se sanciona, *porque la denunciante abandona la causa*".<sup>29</sup>

Con relación a establecer un proceso de seguimiento y evaluación continúo sobre los casos presentados, para ser valorados y desarrollar las sanciones pertinentes desde los marcos jurídicos – legales, la autoridad de la Tenencia Política perteneciente al cantón San Miguel expresa: "No se cuenta con logística, ni profesionales, por lo que no se puede hacer el seguimiento correspondiente".

Las respuestas nos llevan a constatar que las instituciones poco o nada intervienen en los actos de violencia en relación a las sanciones, pues tampoco es su competencia directa; si bien existe una preocupación direccionada hacia: sensibilizar, educar, remitir los casos, dar atención psicológica, desarrollar diálogos de paz y mediar entre las partes, dar charlas de autoestima, etc. Casi todas las instituciones trabajan en sensibilización, pero no se evidencia lo suficiente la aplicación y exigibilidad de lo que demanda la Lev. Es preocupante encontrarnos con respuestas que indican que las víctimas se ven obligadas a salir de sus espacios físicos como prevención a posibles reincidencias de los agresores y, aún con mayor preocupación, se constata que, en ocasiones, se les aconseja la orientación social en caso de reincidencia.

Persiste la concepción de que la violencia se concibe sólo desde los golpes y se justifican otras manifestaciones violentas. A pesar de esto, varias mujeres mostraron, en sus intervenciones, la vivencia de otras formas de violencias al afirmar sentirse esclavas, coartadas de su libertad y que las palabras u ofensas verbales les duelen más que los golpes o el maltrato físico.

Cabe recalcar también que, tal vez por desconocimiento, muchas personas, de distintas edades, relacionan la violencia de género con el hecho de la aceptación o no de las diversas opciones sexuales que las personas toman. A lo largo de la recogida de información se constató que el tema de la orientación sexual sigue siendo un tema sumamente hermético en la sociedad bolivarense, por lo que debe ser abordado y trabajado desde todas las instancias.

De acuerdo a las respuestas dadas por las autoridades, se muestra cómo éstas no aplican en

<sup>26</sup> Ver Anexo 2. Herramienta 2 – Formato de entrevista a las autoridades para la investigación, pregunta 2, ítem 3, cuadro 2: consolidado de entrevistas a autoridades respecto de sanciones al agresor/a y garantías de no volver a cometer el acto de violencia.

<sup>27</sup> Entrevista a la Directora del Centro de Salud del cantón Chillanes.

<sup>28</sup> Comisaría Nacional del cantón Chillanes.

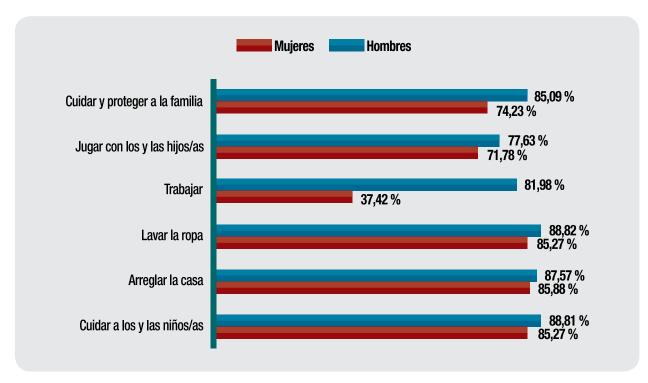
<sup>29</sup> Comisaría Nacional del cantón Echeandía.

su totalidad la Ley establecida, sino más bien de modo parcial, siguiendo consideraciones morales personales. Se cuenta con la disponibilidad de aplicar ciertos artículos, pero otros no. Es, pues, preocupante que no existan sanciones a los agresores en una sociedad altamente violenta y, más aún, que las instituciones se conviertan en

"consejeras" de lo que se debería hacer y no en aplicadores de la Ley; que aún persistan multas, que se cristalizan en trabajos forzosos para los victimarios; y, sobre todo, que las autoridades sustenten su "no intervención" en sancionar los actos de violencia en el "miedo" o el "compromiso" que eso supondría.

### 7.1.2 ELEMENTO 2: LA CONSTRUCCIÓN DE LA MASCULINIDAD Y LA FEMINIDAD, COMO ELEMENTOS GENERADORES DE VIOLENCIA

Gráfico Nº 4: Roles de hombres y mujeres en la sociedad bolivarense.



Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

El gráfico muestra cómo los roles de género están fuertemente marcados en la sociedad bolivarense, reproduciendo esta construcción social que asume que las mujeres deben realizar las tareas relacionadas con el cuidado y la casa, asumiendo este ámbito como su deber exclusivo. El cuidado de los/as hijos/as, el arreglo de la casa, lavar la ropa, en porcentajes elevados, son tareas específicas de ellas. Los datos toman otro matiz cuando revelan estadísticas que fueron cuantificadas desde las respuestas dadas por las mismas mujeres de la Provincia. Todos los porcentajes deben ser atribuidos a las respuestas que dieron los actores

principales, así tenemos que, frente a la pregunta de quién es el rol de lavar la ropa en el hogar, el 88,82% de las mujeres entrevistadas asumieron como suya tal tarea y el 85,27% de los hombres reafirmaron las respuestas. Con relación al arreglo de la casa, el 87,57% de las mujeres se atribuye el rol, confirmado por el 85,88% de las respuestas por parte de los hombres. Cuidar a los y las hijos/as consideran las mujeres, con el 88,81%, que es tarea concreta de ellas; la respuesta de los hombres fue que, indudablemente, son las mamás quienes deben cuidar a los y las hijos/as, lo que se refleja en un 85,27%.

Este imaginario social se reflejó claramente en las respuestas dadas por las personas encuestadas: así, como respuesta a la pregunta de quién es el o la responsable de cuidar y proteger a la familia, el mayor porcentaje pesó en las mismas mujeres que, con un 85,09%, se autodenominan las personas que tienen la obligación de responder por esa tarea. Muchas de las mujeres, al contestar esta pregunta, manifestaban: "Un hombre se puede ir del hogar, puede tener otros/as hijos/as, otras mujeres... muchas veces estar ausente de los acontecimientos que se suscitan en la casa..., pero quien no debe nunca faltar es la mujer". Por su lado, un 74,23% de los hombres dicen que es responsabilidad de ellos; el resto de los/as encuestados/as contestaron que el rol y la responsabilidad es mutua. De igual modo, como respuesta a la pregunta de quién debe trabajar y traer el sustento al hogar, las mujeres, en un 81,98%, concibieron que ellas deben ayudar a los hombres a mantener el hogar, frente al 37,42% de hombres que asignaron esta labor únicamente a ellos; el resto de los/as encuestados/as identificaron a los dos como corresponsables de este rol.

Estos datos muestran que las actividades relacionadas con el cuidado del hogar se siguen considerando femeninas, incluso desde la formación transmitida de generación en generación por las mismas mujeres; mientras que las que tienen que ver con el sustento y la protección de la familia les "pertenecen" a los hombres, situación que también sustenta la dicotomía entre lo público y lo privado, según el sexo.

La construcción cultural de lo que es "ser mujer" o lo que es "ser hombre" se evidencia en actitudes y comportamientos, características consideradas adecuadas para unos y otras, marcando una histórica desigualdad en el ejercicio de los derechos humanos.



Las concepciones del ser mujer u hombre en la sociedad bolivarense no son diversas de una generación a otra; las y los jóvenes de 14 a 25 años heredan la misma concepción y construcción social que manifiestan los adultos de 51 a 60 años y de 61 años y más, que fueron los dos extremos de la muestra construida en la investigación. Todas las generaciones, en los Grupos Focales, al expresar sus conocimientos sobre lo que la sociedad espera del rol de las mujeres y hombres, manifiestan las mismas ideas:

Lo que se espera de las mujeres: deben escuchar lo que se les dice y hacer caso; no deben salir de la casa, deben ayudar en los quehaceres; ser comedidas y, si salen a distraerse, deben hacerse respetar y no hacer caso de lo que le digan en la calle; es mejor que salgan siempre con sus esposos. Las mujeres tienen muy claro que la sociedad espera mucho de ellas, pero sobre todo en las tareas relacionadas con el cuidado del hogar, ya que deben ser trabajadoras de la casa; la mujer es quien educa en valores a los hijos. Sin embargo, expresan que ahora también su presencia es importante en otros espacios en la sociedad, si es que sus esposos creen que deben intervenir. No deben reclamarle nada al marido, ni pedir tantas justificaciones de lo que hace el hombre. Ellas no tienen tanta libertad. aunque los hombres manifiestan que las mujeres eran más sumisas antes y que, actualmente, se molestan por todo y no obedecen30.

Lo que se espera de los hombres: no deben llorar ni golpear a las mujeres, deben ser bien hombres, responsables y cumplir con sus deberes; velar por los hijos; ellos son los "jefes" del hogar, deben ordenar todo en la casa y ayudar cuando puedan; aunque las mujeres realizan más actividades y tienen más cosas a cargo, consideran que los hombres tienen más libertad. Los hombres bolivarenses se asumieron como celosos, desconfiados, fuertes y no tan machistas. Todas estas condiciones deben tener los hombres en edad adulta y adulta mayor, ya que a los jóvenes se les recomienda no responder a sus mayores, ni ser mal educados, sino escuchar a los adultos y saludar bien en todo lado<sup>31</sup>.

Esto muestra cómo se reproduce en el discurso la inequidad de género como generadora de

**<sup>30</sup>** Testimonios recogidos de Grupos Focales con mujeres de varias edades y etnias.

<sup>31</sup> Testimonios recogidos de Grupos Focales con hombres de varias edades y etnias.

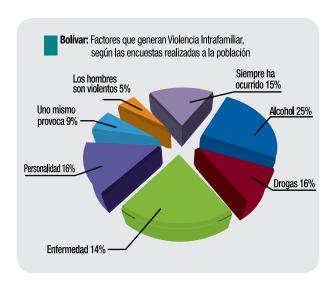
inequidad social, ante la que las mujeres, por el hecho de serlo, tienen menos oportunidades que los hombres en su condición de tales. Se muestra la existencia de normativas sociales construidas, aprendidas y reproducidas para otorgar al hombre las cualidades de jefe, de autoridad, de mando, de racionalidad y de decisión; y este proceso de consolidación del poder masculino se produce y reproduce sistemáticamente en la sociedad a través de las personas y de sus instituciones, logrando naturalizar la discriminación y el abuso de poder que subyace en ella.

### 7.1.3 ELEMENTO 3:

LAS CONSTRUCCIONES SOCIALES DE LA VIOLENCIA, LOS FACTORES, LAS CAUSAS Y LOS ESCENARIOS QUE GENERAN VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO.

La información obtenida respecto a los factores que generan violencia intrafamiliar muestra la presencia de actos o hechos de violencia en sus diversas manifestaciones (ver gráfico nº 5) y refleja su naturalización ya que, en ocasiones, se justifica por parte de las personas entrevistadas.

Gráfico Nº 5: Factores que generan Violencia Intrafamiliar en la Provincia Bolívar.



Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

En cuanto a los factores por los que los/as encuestados/as piensan que se generan los hechos de violencia, se obtiene, como causa principal, el alcohol, que impregna una cultura social (la bebida



alcohólica está inmersa en las familias en todo momento y por cualquier motivo). La cuarta parte de la población, en la Provincia Bolívar, siente y reconoce este "vicio" como el detonante de numerosos hechos violentos; un porcentaje menor, aunque significativo, dice que el origen está en la personalidad del agresor o bien en la influencia de otras drogas.

Un determinado grupo, incluso, responsabiliza a la misma persona que recibe la agresión, "uno/a mismo lo provoca", y justifica la violencia culpando a la misma víctima. Durante las encuestas se hacía referencia a las mujeres, "ellas buscan que se le pegue", por eso el hombre, "como ya nace violento, lo que hace es reaccionar por naturaleza, y así se ha dado siempre, ocurre en todos los tiempos y lugares".

En las entrevistas desarrolladas con las autoridades de la Provincia, se obtuvieron respuestas coincidentes con los resultados de las encuestas. Con relación a los factores externos citados por las autoridades, dado que fueron respuestas múltiples, los datos que son presentados a continuación deben ser interpretados como la sumatoria acumulada de las respuestas de cada una de las autoridades entrevistadas; por tanto, los datos que se presentan corresponden al número de respuestas que dieron los/as entrevistados/as; así tenemos:<sup>32</sup>

<sup>32</sup> Ver Anexo 3, Herramienta 2 – Formato de entrevista a las autoridades para la investigación, Pregunta 3, Ítem 1, Cuadro 3: Consolidado de entrevistas a las autoridades sobre los factores externos que generan violencia.

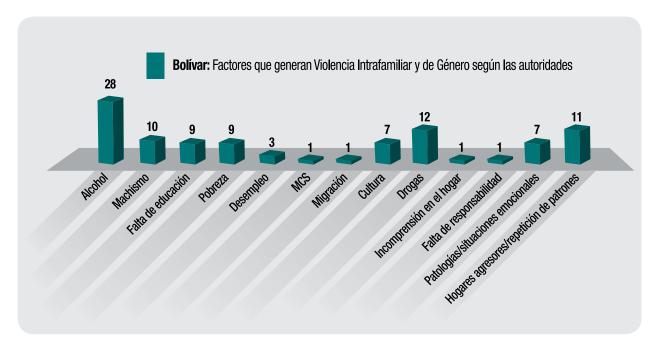


Gráfico Nº 6: Factores que generan VIFG, según las autoridades entrevistadas.

Fuente: Entrevistas a autoridades Bolívar CAP 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

- El primer factor que genera violencia, señalado por las autoridades de toda la Provincia, es el alcohol: 28 respuestas dadas por las autoridades entrevistadas coinciden en ello.
- > El segundo factor citado es el consumo de drogas, con un total de 12 respuestas.
- El tercer factor establecido fue hogares agresores y/o repetición de patrones, que obtuvo 11 respuestas por parte de las autoridades.
- Con un total de 10 respuestas coincidentes por parte de las autoridades se ubica el factor del machismo. Este dato fue, además, fundamentado por una autoridad, explicitando que el machismo es generado por las mujeres.
- Los factores de falta de educación y pobreza fueron indicados por 9 autoridades; vale recalcar que, cuando se referían al analfabetismo y la falta de educación, en su mayoría se trataba de autoridades mestizas con funciones desarrolladas en sectores urbanos y recalcaban que este factor se centra siempre en el sector rural indígena.
- El factor cultural y las patologías o situaciones de índole personal (desorden de personalidad) obtuvieron 7 respuestas cada uno.
- > El desempleo también fue respuesta de 3

- autoridades, que lo asociaron como un factor generador de violencia.
- Y cuatro factores más fueron respuesta de al menos una autoridad; estos son: los medios de comunicación social, la migración, la incomprensión en el hogar y la falta de responsabilidad.

Siguiendo en la línea de aquellos elementos que originan la violencia, las causas también fueron objeto de análisis, evidenciándose, en las entrevistas desarrolladas con las autoridades de los distintos cantones de Bolívar, los siguientes resultados:<sup>33</sup>

- Las autoridades del cantón Caluma consideran que la problemática de la violencia intrafamiliar se da por cinco motivos principales:
  - a. "(...) La no existencia de la Comisaría Nacional de Policía en el Cantón".
  - b. "(...) Los medios de comunicación, que promueven la delincuencia, la pornografía y, por ende, la violencia".
  - c. "(...) La falta de apoyo de las instituciones

<sup>33</sup> Ver Anexo 4, Herramienta 2 - Formato de entrevista a las autoridades para la investigación, Pregunta 1, Ítem 3, Cuadro 3: Consolidado de entrevistas a las autoridades sobre las causas que generan violencia.

- especializadas para la atención de la violencia".
- d. "(...) Es un problema social que ha generado diversas construcciones sociales que naturalizan la violencia".
- e. "(...) La falta de denuncias por parte de las víctimas, lo que no ayuda a visibilizar la problemática en todo lo que ésta implica".

Aseguran que las víctimas tienen miedo de denunciar porque mantienen dependencia económica de sus agresores. Ya no es emocional ni sentimental, sino que más bien están condicionadas por la idea de no poder mantenerse solas con sus hijos e hijas.

- > En el cantón Chimbo, se identifican tres principales razones que se pudieron constatar:
  - a. "(...) Desconocimiento de los deberes y derechos".
  - b. "(...) La deficiente atención primaria en salud".
  - c. "(...) Las víctimas no desean denunciar por diversos motivos".

La más común de las razones para no denunciar es que los agresores son miembros de su núcleo familiar y mantienen el contacto permanente con la víctima, que no tiene la posibilidad de salir y cambiar de ambiente, menos aún de iniciar un proceso de liberación y revaloración de su persona.

- En el cantón Chillanes, las autoridades describen varios elementos que son causales de violencia, entre ellos:
  - a. "(...) La naturalización de la violencia; en el sector rural son aceptadas como naturales el 80% de las expresiones de violencia".
  - b. "(...) El machismo, mezclado con la práctica del alcoholismo, ahonda más aún la problemática de la violencia en el cantón".
  - c. "(...) Las víctimas no denuncian los casos; eso deja en el anonimato toda práctica agresiva, desde la más pequeña hasta la más grave".

Se evidencia nuevamente que la causa principal, para las autoridades de este cantón, es la naturalización de la violencia, mezclada con el machismo imperante y el consumo de alcohol.

- Las autoridades del cantón Echeandía manifiestan que la violencia se debe a diversas causas, tales como:
  - a. "(...) La violencia es considerada como natural".
  - b. "(...) Los hechos de violencia se ocultan, no se denuncian".
  - c. "(...) No existen profesionales capacitados para la atención, protección y cuidado de víctimas".

Se confirma que los procesos legales no son garantía de que se cumplan los derechos en beneficio de las mujeres víctimas de maltrato; más aún, no existen procesos que sancionen los actos violentos y a quienes los desarrollan. La violencia, considerada como algo natural, es un factor de índole cultural que se debería desnaturalizar.

- Con relación al cantón San Miguel, las entrevistas arrojaron los siguientes elementos de análisis:
  - a. "(...) Las construcciones socioculturales que vivimos como cantón, la formación que nos han dado nuestros mayores, las instituciones educativas, etc."
  - b. "(...) El aspecto económico es una causa fuerte de violencia en nuestro cantón".

Estas causas son influyentes y determinantes en las actitudes y conocimientos; se repiten muchos patrones impuestos y, al no poseer estabilidad económica, se provocan miles de acciones que agreden a toda forma de convivencia, en las familias, espacios laborales, relaciones sociales, etc.

- En el cantón Las Naves, se determinaron dos aspectos primordiales que se consideran claves para la generación y la práctica de la violencia:
  - a. "(...) A través de las generaciones se transmiten los actos violentos; los padres/ madres violentos traspasan a sus hijos/as el que sean así; es como que lo que ven, lo hacen y repiten".
  - b. "(...) El machismo, el alcohol y la falta de orientación".

Éstos son elementos que influyen fuertemente para desarrollar una vida marcada por la violencia en muchos espacios donde coexisten los seres humanos.

- Con relación al Cantón Guaranda, se citan varios elementos, teniendo así:
  - a. "(...) Es un cantón donde reina el machismo".
  - b. "(...) El alcohol es un factor relevante y, cuando es resultado de la desesperación por una situación económica, éste se vuelve un factor de alta generación de violencia".
  - c. "(...) Las personas no tienen motivaciones para vivir bien".
  - d. "(...) Los medios de comunicación social influyen en la forma de actuar de nuestro pueblo".

En el cantón Guaranda, las autoridades manifiestan que existe mucha discriminación hacia la mujer y los/as jóvenes; además, influyen las apariencias, el estilo de vida, "no se tendrá para comer, pero casi en todas las viviendas se ve que tienen cable; es la idiosincrasia del pueblo; existe una cultura que se hereda y es muy difícil cambiar lo que nos han enseñado".<sup>34</sup> Los medios de comunicación social son impulsadores de la violencia: los programas de TV, el Internet, la prensa escrita... incentivan a las personas a la pornografía, a las relaciones fugaces, a la delincuencia, etc. En ellos no existe censura y son de fácil acceso; una gran mayoría de las familias (sobre todo en la zona urbana) cuentan con servicio de cable, Internet, etc.

Las construcciones sociales se han heredado. Desde la formación familiar, escolar y laboral se siguen repitiendo patrones establecidos que, muchas veces, son justificados mediante el argumento de "prácticas culturales" o idiosincrasia.

La violencia es concebida como "natural". "Los antiguos nos han enseñado –dicen los y las actores/ as de la investigación– que debe haber principios inquebrantables"; "hay miles de costumbres que son difíciles de romper; ya están definidos los roles de hombres y mujeres en la sociedad". 35 Aún se

escucha, entre los mismos actores que ejercen algún tipo de autoridad, expresiones como: "Las mujeres han volado muy alto; esto de los derechos hace que las mujeres se olviden de que tienen un hogar, descuidan la crianza de los y las niños/as, que es su obligación..." (Consejo Cantonal de Protección de Derechos de Guaranda).

No existe un trabajo articulado y coordinado entre las Instituciones que trabajan a favor de una vida libre de violencia. No se tiene conocimiento de lo que hace cada Institución y es muy común no encontrar profesionales especializados en los varios ámbitos de sensibilización, promoción, capacitación, atención, intervención, cuidado, garantías a las víctimas, etc.

La ciudadanía no denuncia los diversos actos de violencia que vive o ve, es más, aún persiste la idea de que la violencia sólo se da cuando las acciones generan situaciones conflictivas, donde prima el maltrato físico o la violación. Existe aún desconocimiento de los derechos y deberes de todos y todas, de los procesos de denuncia, así como de los organismos de ayuda.

El machismo se asume como una "práctica cultural", que sumada a factores de riesgo como el consumo de alcohol, genera actos violentos que fácilmente se justifican diciendo que los agresores "están enfermos y no sabían lo que hacían".

El factor económico es un elemento clave en la generación de actos de violencia que, en muchos casos, son resultado de la inestabilidad financiera de los hogares.

Por otro lado, en los Grupos Focales se determinó que los factores que ocasionan violencia están relacionados con factores culturales, el consumo de alcohol y la situación económica, así:

"La familia es la causante de que se genere la violencia, existen padres y madres violentos que trasmiten a los hijos esas prácticas. (...) El otro aspecto es el alcohol; cuando pierden los cinco sentidos comienzan a ser violentos; lo mismo sucede con el consumo de drogas, pierden la razón y golpean a todos y todas".<sup>36</sup>

<sup>34</sup> Diálogo personal con la dirigente del Foro Provincial de la Mujer de Bolívar.

**<sup>35</sup>** Grupos Focales de mujeres adultas mestizas del cantón Las Naves y de mujeres indígenas de Simiátug.

<sup>36</sup> Grupo Focal de mujeres adolescentes mestizas de San Miguel.



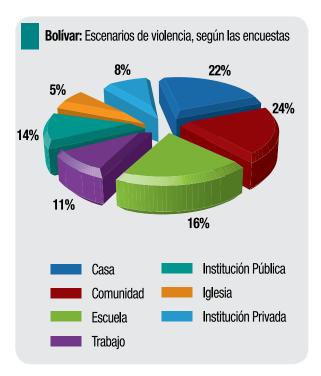
"Las costumbres culturales hacen que las mujeres y los hombres ya tengan roles definidos en esta sociedad; tales cosas deben hacer los hombres, porque tienen ciertas características, y otras las mujeres; esto es formación de familia y escuela. Muchas veces acudimos a nuestros padres en busca de soluciones y lo que nos dicen siempre es que debemos aguantar porque nosotras decidimos estar con esa persona".<sup>37</sup>

"Las mujeres no somos estudiadas, eso no era un privilegio de nosotras, sino el cuidado de los animales. Los mayores siempre han dicho cómo se debe comportar una que es mujer y lo que debe darle al marido para ser buena esposa".<sup>38</sup>

"La situación económica es también causante del maltrato, nos desesperamos por la situación que estamos pasando y, sin orientación, comenzamos a provocar mayores problemas de los que ya tenemos. Las relaciones humanas son complejas, nadie nos enseñó cómo se debe tratar a una mujer, a veces creemos que poniéndonos bravos solucionamos las cosas". 39

Los factores que explican la Violencia Intrafamiliar y de Género, en diversos escenarios (ver gráfico 7), con múltiples manifestaciones y de diferente nivel de intensidad, están directamente relacionados con condiciones sociales y culturales y con el proceso de socialización diferenciada de hombres y mujeres, que fortalece estereotipos de género, propicia la aparición de conductas agresivas al interior del hogar, la comunidad y la escuela que, en el caso de Bolívar, es donde se presenta violencia en mayor porcentaje.

Gráfico Nº 7: Escenarios que generan violencia en Bolívar, según las encuestas realizadas.



Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

Así, la violencia doméstica o intrafamiliar es usada como instrumento de poder para afianzar la autoridad masculina y para sancionar un supuesto incumplimiento por parte de la mujer de aquello que le ha sido social y ancestralmente asignado. Para justificar este comportamiento los paradigmas androcéntricos han desviado la causalidad de la violencia asociándola a factores externos, como la pobreza, el desempleo, el alcoholismo, la drogadicción, etc., que, si bien se vinculan como factores de riesgo que desencadenan la Violencia Intrafamiliar y de Género, no la justifican, ni son suficientes como para responder a la lógica de causa – efecto.

Un elemento de profunda reflexión, y que es evidente resultado de la investigación desde las entrevistas que se realizaron a las autoridades, es constatar cómo, ante los diversos casos de violencia que se presentan en la provincia, las instituciones de atención e intervención, es decir, aquellas que tienen en sus manos la prevención e incluso las que ejercen veeduría y exigibilidad de derechos, también están influenciadas en su accionar por las mencionadas construcciones sociales, limitando así su intervención objetiva ante los hechos e involucrando estas construcciones sociales y

<sup>37</sup> Grupo Focal de mujeres adultas mestizas de Las Naves.

<sup>38</sup> Grupo Focal de mujeres adultas indígenas de Kilitawa.

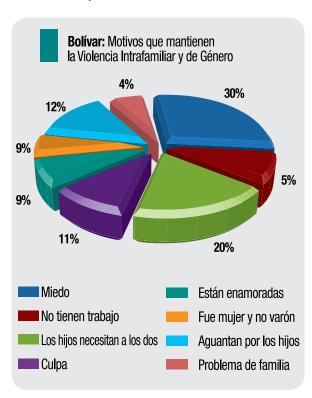
<sup>39</sup> Grupo Focal de mujeres y hombres adolescentes mestizos de Guaranda.

culturales, heredadas y concebidas históricamente, frente al reconocimiento formal del derecho de las mujeres a vivir libres de violencia de forma efectiva, garantizándose, además, su protección jurídica, médica, psicológica, social y política.

### 7.1.4 ELEMENTO 4: MOTIVOS QUE MANTIENEN LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

Otro aspecto analizado y profundizado en la investigación fueron los motivos por los cuales las mujeres violentadas no pueden salir de este problema y, peor aún, ahondan su permanencia en él, descubriendo las limitaciones existentes para resolver los casos de VIF y VG.

Gráfico Nº 8: Motivos que mantienen la Violencia Intrafamiliar y de Género en Bolívar.



Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

Los datos de las encuestas nos indican que los motivos de mayor trascendencia por los que las mujeres bolivarenses no pueden salir ni resolver la problemática de la violencia son: por miedo, en un 30%, pues los agresores realizan un trabajo arduo en las víctimas, ganándoles la moral y bajando su autoestima, plantando en ellas el temor a que su ira

se desate hasta provocar la muerte de las mismas, frenando todo intento de resolver la situación de violencia continua; el segundo motivo que mantiene o alimenta la violencia es la idea preconcebida de que las mujeres, en el escenario del hogar, deben "aguantar todo por los y las hijos/as" (el 20% de los/as encuestados/as así lo afirman). Estas ideas han ido generando en las mujeres un proceso de sumisión, con actos que ahondan su baja autoestima, llevándolas al silencio, a pensar que son maltratadas porque ellas tienen la culpa o provocan estas situaciones.

Hay una clara concepción de que los hechos de violencia afectan mayormente a los y las hijos/as; ellas y ellos expresan que los/as hijos/as necesitan de la presencia de los dos padres para su crecimiento (el 12% de los y las encuestados/as confirman esta idea). No existe la conciencia de que este acto afecta a la salud, a la integridad, a la imagen o a la autoestima de la persona agredida, a la relación de pareja y al hogar en su conjunto.

Además de ello, se evidencia que existe en las mujeres de la Provincia Bolívar un porcentaje elevado de dependencia económica y afectiva respecto de su pareja, lo que les lleva, inconscientemente, a no poder ejercer sus derechos, peor aún a empoderarse de los mismos; así lo indica un resultado de la encuesta, cuando el 9% manifiesta que no tiene trabajo y depende de su pareja; y, con el mismo porcentaje, el 9% de las mujeres escudan la violencia de los agresores desde la justificación de que en todos los hogares existen problemas y que es normal.

En las diversas historias de vida y ejemplos suscitados en el desarrollo de los Grupos Focales, las mujeres expresaban su proceso de dolor y aceptación ante la imagen superior del hombre, que moldea la vida de ellas, de la pareja, del hogar y, además, realiza el manejo interno económico y afectivo de la familia. Así también, se pudo constatar, en el desarrollo de las entrevistas a las autoridades, cómo manifiestan la impotencia de no poder intervenir en hechos de violencia o en casos específicos porque la víctima no desea denunciar o porque tiene miedo a volver a casa y encontrarse con el agresor.

Los y las Tenientes Políticos a quienes se entrevistó relataban casos concretos que se presentan en la Provincia. Por ejemplo, si la media de denuncias

que se presentan por casos de violencia de diversa índole es de 60 casos mensuales, de ellos apena 10 pasan por todo el proceso jurídico-legal y llegan a culminarse en su integridad. Para los otros 50 casos se desarrolla la investigación correspondiente, pero las víctimas no denuncian o retiran la denuncia. Sólo cuentan verbalmente las consecuencias de los actos y muchas veces se queda el caso en las audiencias de conciliación; otras, por miedo al agresor, no procesan la demanda o, en algunos casos (muchos), la misma denunciante es quien hace el trámite de sacar o retirar el proceso emprendido contra el agresor. Un aspecto interesante, que se pudo constatar en las diversas entrevistas, es cómo el miedo abarca a otros actores que intervienen en los casos; pues muchas personas de diversos sectores de salud, educación, legal, etc., o también amigas, vecinas, conocidos..., sabiendo las causas y los motivos de la situación, e incluso, en algunos casos, siendo testigos de los hechos, callan por miedo a las represalias que el o los agresores pudieran tener, ya sea porque los conocen y viven en la misma localidad o por ser personas influyentes en los ámbitos económicos, políticos o sociales.

De acuerdo con sus respuestas, las autoridades y personal de las instituciones acaban indicando que resulta difícil ofrecer una adecuada respuesta para la restitución de derechos ante actos de violencia de los que tienen conocimiento, reproduciéndose actos de omisión en sus responsabilidades como servidoras/es públicos.

Las personas encuestadas coinciden en que los sitios de mayor presencia de violencia (ver gráfico 5) son: la casa (22%) y la comunidad (24%), seguidos de la escuela (16%), las instituciones públicas (14%), el trabajo (11%), las instituciones privadas (8%) y las iglesias (5%). Estos datos no presentan una variación significativa según los cantones de la Provincia.

Un aspecto importante de reflexión profunda, y que ha de impulsar a desarrollar de manera urgente diversas estrategias y mecanismos para lograr una sociedad bolivarense libre de violencia, son los resultados del análisis de los escenarios donde se genera la misma. No es difícil deducir que las personas de toda la Provincia están rodeadas de violencia en todos los espacios donde conviven a diario y, en mayor porcentaje, en los espacios donde pasan la mayor parte de su tiempo, que son el hogar y la comunidad.

Como se dijo, los escenarios considerados mayoritariamente como violentos son la casa y la comunidad; aunque también se identificaron otros, como son:

- El colegio: se identificó violencia de parte de los/as docentes hacia los/as estudiantes; y también bullying, como manifestación de violencia entre compañeros/as.
- Las calles, sobre todo debido a la existencia de pandillas.
- Las fiestas barriales y los bares: el Carnaval de Guaranda es uno de los escenarios identificados como de mayor violencia.
- Las canchas, cuando existen programas de diversa índole y con carácter machista.
- El campo: por ganado, tierras o mujeres, aseveración realizada por personas indígenas.
- Las fiestas estudiantiles, paseos, bailes..., escenarios propicios para la violencia que se da entre enamorados.

Existe una marcada idea de la influencia étnica como catalizador de la violencia y que incide en los diversos escenarios donde ésta se genera. Se piensa que la violencia no está presente entre los mestizos, o en los sectores urbanos, sino que, más bien, se da en los sectores rurales o eminentemente indígenas. Sin embargo, los resultados de la investigación y las cifras a nivel internacional y nacional demuestran que la violencia es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de clase, grupo étnico, nivel de ingreso, cultura, nivel educativo, edad o religión...<sup>40</sup>

Los **resultados de las encuestas** realizadas, cuando se indaga sobre los escenarios y los niveles de intensidad de la violencia, clasificados en muy violentos (5), medianamente violentos (3) y poco violentos (1),<sup>41</sup> indican que: i) en el caso de las personas auto-identificadas como indígenas, de una muestra de 55 personas, 10 de ellas viven la violencia en mayor intensidad en el hogar, 6 en la comunidad y otras 6 en espacios educativos; ii) de

<sup>40</sup> Art 3. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW.

<sup>41</sup> Confrontar el Anexo 5: Cuadros consolidados de resultados bivariables por escenarios y etnia.

las auto identificadas como afro-descendientes, de una muestra de 4 personas, 1 vive intensamente la violencia en su hogar; iii) con relación a los/as mestizos/as, de una muestra de 254 personas, 23 viven hechos muy violentos en su hogar y 27 de ellos/as en la comunidad; iv) de aquellos/as que se auto-determinaron como blancos/as, de una muestra de 9 personas, 7 de ellas expresaron que viven hechos de violencia poco violentos en el hogar y 5 en la comunidad; y v) de los auto-identificados como montubios/as, de una muestra de 2 personas, 1 expresó vivir la violencia con intensidad media en el hogar y 1 con igual intensidad en la comunidad.

En las entrevistas desarrolladas con las autoridades de los diversos cantones se indagó también sobre la perspectiva que ellos y ellas tienen sobre los ambientes y escenarios, los niveles y el grado de aceptación de la Violencia Intrafamiliar y de Género. La óptica, desde la experticia, fue la constatación de que la violencia está presente desde una concepción y práctica naturalizada; sin embargo, la visión de las autoridades se basa en el discurso de que la Provincia Bolívar ha bajado sus niveles de violencia, que es una situación "tolerable", comparada con situaciones de años anteriores.

La apreciación de las autoridades sobre los grados de aceptación de la Violencia Intrafamiliar y de Género fue uno de los temas más difíciles de abordar, por dos motivos principales: i) La naturalización de la violencia genera respuestas confusas, escudadas en un sinnúmero de justificativos que dan la idea de que se conciben ciertos hechos y actitudes como "normales"; y ii) el desconocimiento sobre lo que es y lo que genera la Violencia de Género, en la gran mayoría de las autoridades, es un detonante que dificulta la obtención de resultados concretos así como la definición de estrategias de solución, desde una posición más comprometida.

Las principales respuestas de las autoridades por cantones fueron:

➤ Cantón Caluma: las autoridades dicen que la Violencia Intrafamiliar y de Género se debe a que la víctima lo permite; manifiestan que el machismo se da de generación en generación y naturaliza la violencia y la infidelidad; por ello, como están naturalizadas algunas prácticas y comportamientos, las víctimas no toman conciencia y justifican todas las acciones que se

desarrollan y quedan en la impunidad. Un aspecto interesante es que una autoridad entrevistada aludió a que esto se da por el libertinaje que tiene la juventud, pues los bailes eróticos de las chicas en las discotecas provocan a los chicos y dan ocasión para los actos violentos que se generan.

- Cantón Chimbo: en este cantón las autoridades reconocen la naturalización de la violencia, pese a las acciones de control que se han ejercido; aluden a que la problemática es consecuencia del arraigado pensamiento y práctica machista que existen; y plantean que sólo se puede erradicar con el tiempo y con un seguimiento apropiado.
- ➤ Cantón Chillanes: las respuestas dadas, fruto de la reflexión y del trabajo que realizan a diario estas autoridades, son interesantes; califican como "tolerable" la violencia en el cantón; algunos mantienen el discurso de que no se desborda la violencia, pues sólo existe un 4% de denuncias que se recibe cada mes; otras autoridades aportan diciendo que no está en niveles incontrolables porque sí hay personas respetuosas con las mujeres; y otras dicen que es controlable porque existen expresiones físicas y psicológicas que se descubren y se pueden manejar de forma inmediata.
- ➤ Cantón Echeandía: las autoridades se expresan con las siguientes palabras: "El nivel de violencia ha bajado, antes los hombres eran más machistas que en la actualidad"<sup>42</sup>. Otra autoridad responde que existe un nivel de aceptación que sobrepasa el 50%. La Comisaría Nacional del cantón acepta esta situación por el temor a involucrarse. Otras autoridades aseveran la naturalización de la violencia desde las víctimas, ya que, por parte de ellas, no hay conciencia de la importancia de la denuncia. Otra autoridad responde diciendo: "La ciudadanía está acostumbrada a la falta de sanciones".<sup>43</sup>
- Cantón San Miguel: las autoridades de este cantón afirman vivir todo el tiempo en un ambiente de violencia, "vivimos en un ambiente de violencia, la TV, los programas, las familias,

**<sup>42</sup>** Confrontar con Anexo 5, cuadro consolidado de respuestas de las autoridades.

**<sup>43</sup>** Ídem 28.

las instituciones, etc."<sup>44</sup> Una Tenencia Política confirmó que no tiene preocupación por la violencia, ya que está en niveles controlables.

- ➤ Cantón Las Naves: 3 de las 6 autoridades que fueron entrevistadas para la investigación sienten que no existe la aceptación de la violencia como algo natural; una autoridad sólo responde que existe la problemática; otras dos autoridades manifiestan que la violencia es generada y se justifica por actos de infidelidad; y la última autoridad entrevistada hace hincapié en la violencia naturalizada que existe entre padres e hijos/as.
- > Cantón Guaranda: las autoridades entrevistadas señalan que la naturalización de la violencia hace que no se note que existe; de 9 autoridades entrevistadas, 6 de ellas afirman que no son altos los niveles de aceptación de la violencia como natural y aluden a que si comparamos escenarios se ve que ya no es igual que antes; además, una de las autoridades señala que, actualmente, la violencia es más psicológica, negando la existencia de esos niveles de aceptación de la población hacia la violencia. Por el contrario, otra autoridad expresa que basta con mirar o vivir las festividades de los Carnavales para darse cuenta de las múltiples expresiones de violencia que se despliegan en Guaranda.

En los Grupos Focales desarrollados en la investigación aparecieron varios elementos de análisis; cuando se hacían las preguntas para descubrir los escenarios y el por qué se dan los actos de violencia, éstas fueron algunas de las versiones dadas:

- En los colegios, existe mucho bullying en las aulas. Los chicos más altos, hechos el machito en el patio, les dicen 'sale de aquí' a los chiquitos de primer curso (octavo de básica).
- En las calles, cuando pelean las pandillas; cada pandilla tiene su territorio y si alguien se pasa al territorio de la otra comienzan las peleas, la violencia, sin importar quién esté presente; esto ya es normal encontrar...<sup>45</sup>

- Los esposos no quieren que salgamos a la ciudad de Simiátug, porque dicen que esos lugares no son para las mujeres, que cuando salimos a la ciudad nos enteramos de algunas leyes y formas de comportarnos que no son las mejores... Ellos dicen que las mujeres debemos ser obedientes a lo que ellos saben y nos comparten, no necesitamos saber más...<sup>46</sup>
- Lo que pasa es que las mujeres, con eso de las leyes, de esos documentos y charlas que a veces les dan, se han revelado y ya no cumplen con sus deberes, han volado muy alto; ya les hemos dado muchas oportunidades, ya deberían calmarse y no descuidar a nosotros, sus esposos, y atendernos como se debe...<sup>47</sup>
- No es necesario que salga de la casa para vivir la violencia; en mi hogar, mi esposo es muy bravo; yo he vivido muchos años de maltrato y humillación... pero no puedo separarme de él, ya he soportado muchos años...<sup>48</sup>

Si se hace la triangulación entre las tres fuentes de investigación, se pueden definir ciertos aspectos comunes respecto de los escenarios en que se genera la violencia:

- El primer aspecto importante, ya citado en el acápite anterior, sobre las definiciones o conceptualizaciones de la violencia, es que existen diversas formas de entenderla, por lo que las prácticas y actitudes se evidencian desde su conceptualización.
- Por otro lado, las tres herramientas coinciden en que el mayor porcentaje de violencia se desarrolla en los hogares y en la comunidad, sin importar etnia, edad, condición social, instrucción, etc.; además, no existe ningún escenario de los citados en las encuestas que no determine un porcentaje de violencia o que su resultado sea 0.

El cruce de variables alimenta así un análisis desde varias aristas; para esta investigación los escenarios y los factores aquí establecidos confirman que los hechos de violencia en el hogar y en la comunidad

<sup>44</sup> Ídem 29.

<sup>45</sup> Grupo Focal de mujeres adolescentes mestizas de San Miguel.

<sup>46</sup> Grupo Focal de mujeres adultas indígenas de Simiátug.

<sup>47</sup> Grupo Focal de hombres adultos mestizos de Guaranda.

<sup>48</sup> Grupo Focal de mujeres adultas mestizas de Las Naves.

se atribuyen, especialmente, al consumo de alcohol y drogas y, en un tercer lugar, a la personalidad del agresor.<sup>49</sup>

Estos elementos no son diferentes al analizar la presencia de violencia por niveles de instrucción y escenarios.50 Al inicio de esta investigación, desde los datos proporcionados en sus estudios por ENDEMAIN, se daba, como un elemento de juicio, la poca preparación académica de las víctimas. Sin embargo, esta teoría no se fundamenta en los resultados de la investigación; es más, los escenarios son los mismos en relación a la variable generacional, pues existe violencia, en porcentaies prácticamente iquales, entre las mujeres adolescentes, adultas y adultas mayores.

Los diversos enfoques que sostienen autoridades de la Provincia Bolívar, desde la muestra con la que se desarrolló la investigación, en relación a los escenarios y los niveles/grado de aceptación de la violencia, devienen en un componente preocupante que debe ser atendido y estratégicamente acompañado, de modo que todas las instituciones que trabajan para impedir la legitimación de la violencia como un hecho natural o socialmente construido y aceptado desde la tradición, la cultura y las costumbres del pueblo bolivarense, lo tomen muy en cuenta. No es posible que se sigan excusando o justificando los actos de violencia, en cualquiera de sus formas, entendiendo que es un mero asunto privado familiar, ni que se la conciba como una práctica diaria y normal. No hay que olvidar que la ignorancia en diversos temas o el desconocimiento de los marcos legales no eximen de responsabilidad.

### 7.1.5 ELEMENTO 5: ACTORES FRENTE A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

Otro aspecto importante considerado en la investigación sobre la Violencia Intrafamiliar y de Género, y que tiene mucho que ver con la

**49** Confrontar con Anexo 7, Cuadro 7: consolidado de cruce de variables entre escenarios y factores que generan la violencia.

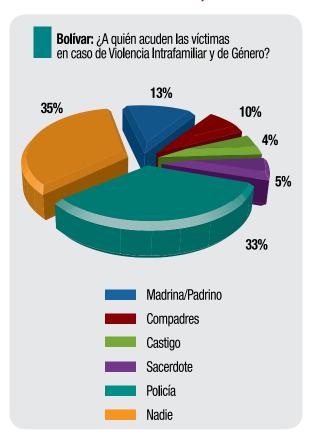
construcción de la feminidad y masculinidad, es el análisis de los actores que intervienen en estas "prácticas socio-culturales".

Hace muchos años que la violencia dejó de ser considerada como un asunto privado para convertirse en un problema social y público que debe ser atendido por parte de quienes son garantes de los derechos.

En la investigación realizada en Bolívar, se puede constatar que, cuando se habló de actores que ayudan a resolver el problema de la violencia, la población tiene la tendencia de dejarlo todo en manos de una autoridad, a quien se debe respetar y obedecer, lo que refleja la imagen de lo legal; en otros casos, más bien, los resultados arrojan que nadie lo soluciona.

Al desarrollar las encuestas, uno de los interrogantes fue: "Cuando existen actos de violencia en tu comunidad, ¿quiénes lo resuelven?" Se dieron varias opciones para elegir, los resultados fueron los que se presentan en el siguiente gráfico:

Gráfico Nº 9: Actores a quienes se acude en caso de Violencia Intrafamiliar y de Género.



Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

<sup>50</sup> Confrontar con Anexo 8, Cuadro 8: consolidado de cruces de variables entre niveles de instrucción de las personas encuestadas y escenarios donde se genera la violencia.

Definitivamente, las personas que participaron en la muestra de la investigación siguen concibiendo la violencia como un asunto privado - familiar. El 35% de las personas respondieron que no recurren a nadie para solucionar su problema. Ahora bien, este dato se contradice cuando el 28% de las personas encuestadas, al preguntarle qué acciones toman en caso de vivir algún hecho de violencia, contestaron que lo denuncian y sólo el 17% de ellos/as dicen que callan. Este dato se puede fortalecer en su sesgo. por ejemplo cuando las autoridades afirman que, ante la problemática de la violencia, no se puede intervenir de manera efectiva y eficaz porque las mismas víctimas no denuncian los hechos, o ellas mismas retiran la denuncia cuando está en proceso, y son ellas, muchas veces, quienes interfieren para que las autoridades no puedan garantizarles el cumplimiento de sus derechos.

Aunque la problemática de la violencia sea de índole social y pública, las personas alrededor de su generación siguen haciendo prevalecer el hecho de constituirla en una forma de tortura que se ejerce al amparo del secreto y el ocultamiento, protegidas por la privacidad. Al igual que en la tortura, el objetivo es doblegar a la víctima, utilizando el poder y la fuerza para quebrar su resistencia. No se ejerce, ni se reconoce su ejercicio públicamente, más bien se trata de impedir que la situación sea conocida por otras personas. El aislamiento y el secreto son medios para debilitar a la víctima y proteger al agresor. Se asegura el daño psicológico, más duradero y efectivo que el daño físico, generando la creencia de que la supervivencia de la víctima depende de la voluntad del violento, que se erige en verdugo todopoderoso.

Cuando existe un problema de violencia en la casa, la comunidad, las instituciones públicas, el trabajo, la escuela o las instituciones privadas es la policía, en el 36% de los casos, quien acude al auxilio; así lo expresaron los/as encuestados/as. Esto denota la construcción socio-cultural que se ha establecido en la sociedad bolivarense: la violencia es un aspecto privado, pero, cuando se evidencian daños mayores, ha de ser una autoridad la que debe intervenir, en cuanto actor o actores de mayor rango que el agresor.

También son actores involucrados, y que ayudan en los procesos de resolución de problemas de violencia, los padrinos y madrinas; así lo confirman el 13% de los/as encuestados/as. En menor porcentaje (4%), los/as encuestados/as expresaron que existen aún los castigos espirituales y con ortiga.

Esta invisibilización de la violencia, al abordarla como un asunto privado, se refleja en las respuestas dadas por los/as Tenientes y Jefes Políticos, los/as responsables de las Comisarías, Fiscalía, Consejo de la Judicatura, DINAPEN, Policía Nacional, etc., pudiendo constatar que todavía existen limitantes en el acceso a la justicia y restitución de derechos al mantenerse un porcentaje bajo de denuncias: de 60 denuncias sólo se desarrollan, en todo su proceso, unas 10 de promedio, debido a diversos motivos, como, por ejemplo, el abandono de las causas por parte de las víctimas. Éste es uno de los factores que más inciden en la ineficiencia del proceso de sanción. Por otro lado, del 100% de las denuncias, el 90% de los agresores son hombres y el 10% son mujeres.



Estos resultados parecen ser un reflejo de la amplitud del fenómeno de la violencia intrafamiliar y de género, pues, si un porcentaje alto, como se veía en otro ítem, no denuncia, es muy probable que la problemática de la violencia en la Provincia tenga, en realidad, porcentajes mucho más altos y graves de lo que aparece en los datos oficiales. Además, no hay que olvidar que los/as protagonistas de la investigación no expusieron ningún dato para el análisis en relación a la violencia sexual, tampoco de la patrimonial o económica, menos aún se refirieron a los feminicidios ni a los actos de violencia hacia las personas que tienen una opción sexual diversa.

Además, a nivel de institucionalidad pública, la investigación indagó sobre la coordinación y el reconocimiento mutuo en torno al trabajo y funciones de las diferentes entidades presentes en los cantones y a nivel provincial.

Así, se les preguntó a las autoridades de la Provincia sobre si tenían conocimiento de las instituciones que trabajan en el tema de Violencia Intrafamiliar y de Género, ofreciendo las siguientes respuestas por cada uno de los cantones:

Cuadro Nº 6: Conocimiento de Instituciones que trabajan el tema de violencia en la Provincia

CANTÓN	INSTITUCIÓN	INSTITUCIONES QUE TRABAJAN EL TEMA DE VIOLENCIA		
	Jefatura Política	Consejo Cantonal de Protección de Derechos, Juzgados de lo Civil y lo Penal, Defensoría Pública.		
CALUMA	Consejo de la Judicatura	MIES, MSP, Comisaría de la Mujer y la Familia*, Foro Provincial de la Mujer de Bolívar.		
	Unidad Educativa	MIES.		
	Centro de Salud	MSP, Fiscalía, Juzgados de lo Civil y lo Penal, Jefatura Política, MIES, Consejo de la Judicatura.		
	Junta Cívica	Comisaría de la Mujer y la Familia, Defensoría del Pueblo.		
	Jefatura Política	MSP, Comisaría Nacional de Policía.		
	Centro de Salud	Consejo Cantonal de Protección de Derechos, Comité de Usuarias, Comisaría de la Mujer y la Familia, Comisaría Nacional de Policía, Grupos Organizados de Jóvenes.		
CHIILANES	Unidad Educativa	MSP, Fiscalía, Policía, Ministerio de Educación.		
	Comisaría Nacional de Policía	Comisarías, Fiscalía, DINAPEN, Juzgados, Centros de Salud, Hospitales.		
	Fiscalía	Comisaría de la Mujer y la Familia.		
	GAD del Cantón Chillanes	Foro Provincial de la Mujer de Bolívar, Comisaría de la Mujer y la Familia, Consejo de la Judicatura.		
	Comisaría Nacional de Policía	Comisaría de la Mujer y la Familia, DEVIF, Comisaría Nacional de Policía, Centro de Salud, Junta Cantonal de Protección de Derechos.		
	Consejo Cantonal de Protección de Derechos	Comisaría de la Mujer y la Familia, Fiscalía, Comisaría Nacional de Policía, Juzgado de lo Penal.		
ECHEANDÍA	Unidad Educativa	MSP, Consejo Cantonal de Protección de Derechos, RED PRO DERECHOS, Comisaría Nacional de Policía, UPC, Instituciones Educativas, Fiscalía, Defensoría del Pueblo, Bomberos, Jefatura Política.		
	Centro de Salud	MIES, Foro Provincial de la Mujer de Bolívar, Juzgados de lo Civil y lo Penal, Fiscalía, Comisaría de la Mujer y la Familia, Comisaría Nacional de Policía, Ministerio de Educación.		
	Juzgado de lo Civil	MSP, Ministerio del Interior, Comisarías, Juzgado de lo Penal, Consejo de la Judicatura.		
	Tenencia Política	Ministerio del Interior - Policía Nacional, Ministerio de Educación, MSP, Fiscalía, Autoridades Locales.		
СНІМВО	Consejo Cantonal de Protección de Derechos	MSP, Consejo Cantonal de Protección de Derechos, RED PRO DERECHOS, Comisaría Nacional de Policía, UPC, Instituciones Educativas, Fiscalía, Defensoría del Pueblo, Bomberos, Jefatura Política.		
	Centro de Salud	Consejo Cantonal de Protección de Derechos, MSP, Juzgados, Instituciones Educativas.		
	Unidad Educativa	Consejo Cantonal de Protección de Derechos, Comisaría de la Mujer y la Familia, Comisaría Nacional de Policía, Intendencia General de Policía, Junta Cantonal de Protección de Derechos, Tenencias Políticas.		
SAN	Centro de Salud	Consejo Cantonal de Protección de Derechos, Junta Cantonal de Protección de Derechos, Fiscalía, Tenencias Políticas, MSP.		
MIGUEL	Tenencia Política	Comisaría Nacional de Policía, Tenencias Políticas, Centros de Salud.		
	GAD del Cantón San Miguel	MSP, Consejo Cantonal de Protección de Derechos, GAD del Cantón San Miguel, Plan Internacional, MIES, Tenencias Políticas, Defensoría Pública.		
	Policía Nacional	N/C.		

<sup>\*</sup> En las fechas en que se realizó el trabajo de campo para la investigación todavía existía la Comisaría de la Mujer y la Familia, de ahí que las autoridades se refieran a esta instancia que, actualmente, ha sido sustituida por el Juzgado Contravencional de Violencia contra la Mujer y la Familia.

CANTÓN	INSTITUCIÓN	INSTITUCIONES QUE TRABAJAN EL TEMA DE VIOLENCIA				
	Centro de Salud	MIES, Foro Provincial de la Mujer de Bolívar, Junta Cantonal de Protección de Derechos, MSP, Ministerio de Educación.				
	Junta Cantonal de Protección de Derechos	Fiscalía, Junta Cantonal de Protección de Derechos, Juzgados de la Niñez y Adolescencia, MSP, Jefatura Política.				
LAS NAVES	Consejo Cantonal de Protección de Derechos	MIES, Plan Internacional, Consejo Cantonal de Protección de Derechos, Centros de Salud, Ministerio de Educación.				
	Iglesia - Juan XXIII	Consejo Cantonal de Protección de Derechos, MIES.				
	Defensoría Comunitaria	Consejo Cantonal de Protección de Derechos, Defensoría Comunitaria, Junta Cantonal de Protección de Derechos.				
	Tenencia Política	Jefatura Política, Consejo Cantonal de Protección de Derechos, Policía, Centro de Salud, Juzgado de lo Civil.				
	Centro de Salud Los Trigales	MSP, Ministerio de Educación, MIES, Policía, Fiscalía, Consejo de la Judicatura, Junta Cantonal de Protección de Derechos.				
	Consejo Cantonal de Protección de Derechos	Centros de Salud, Ministerio de Educación, Foro Provincial de la Mujer de Bolívar, Junta Cantonal de Protección de Derechos, Fiscalía, DINAPEN, Policía en general.				
	Junta Cantonal de Protección de Derechos	DINAPEN, Defensoría Pública, Hospital, MIES, Comisaría de la Mujer y la Familia, Centros de Salud, Consejo Cantonal de Protección de Derechos, Fiscalía.				
	MIES	MIES, Foro Provincial de la Mujer de Bolívar, Policía, Comisaría de la Mujer y la Familia, Ministerio del Interior, MSP, Ministerio de Educación.				
GUARANDA	Centro de Salud Cordero Crespo de Guaranda	Comisaría de la Mujer y la Familia, Centros de Salud, DINAPEN, Junta Cantonal de Protección de Derechos, Fiscalía, Consejo Cantonal de Protección de Derechos.				
	DINAPEN	Junta Cantonal de Protección de Derechos, Fiscalía, Juzgados de la Niñez y Adolescencia y las otras Unidades Judiciales.				
	Dirección Distrital de Educación	MSP, ENIPLA, Foro Provincial de la Mujer de Bolívar, Comisaría de la Mujer y la Familia, Ministerio de Educación.				
	Foro Provincial de la Mujer de Bolívar	Foro Provincial de la Mujer de Bolívar, Defensoría Pública, MSP, Ministerio de Educación, Defensoría del Pueblo, Junta Cantonal de Protección de Derechos, Fiscalía, Juzgados de la Mujer y la Familia, GAD Cantonal.				
	Tenencia Política	Ministerio del Interior, Comisaría de la Mujer y la Familia, MSP, Coordinadora Política Juvenil.				

Fuente: Entrevistas a autoridades CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

La sistematización de las respuestas recogidas muestra que todas las instituciones reconocen el trabajo que está desarrollando, en la Provincia Bolívar, el Ministerio de Salud Pública, con todos sus organismos y entidades de apoyo, como está siendo Medicus Mundi Catalunya.

Un elemento importante de análisis, que se deduce de las entrevistas a las autoridades de las instituciones que trabajan contra la violencia a la mujer en toda la Provincia, es que casi todas, o en su gran mayoría al menos, trabajan incesantemente en espacios de capacitación y sensibilización, a través de charlas, conferencias, talleres, veedurías, etc., pero que esto no garantiza, de manera efectiva

y real, una vida sin violencia a sus destinatarios/ as. Se visualiza, en las distintas instituciones, el esfuerzo de responder a procesos de prevención (capacitación, socialización y difusión); en menor porcentaje, ofrecer atención (emergente y restitutiva); así como garantizar la protección (también a niños/as y adolescentes), a través de una atención especial que incluye medidas de protección, protección en caso de delitos (cuando se tiene el conocimiento de ellos) y medidas de amparo, que son las más concedidas bajo petición de las víctimas; también hay ciertos esfuerzos por garantizar acceso a la justicia, pero con una falencia fuerte en cuestiones de seguimiento, veeduría y exigibilidad de los derechos.

# 7.1.6 LOS MITOS Y LAS REALIDADES EN TORNO A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO DESDE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA EN LA PROVINCIA BOLÍVAR

Una de las principales tareas que se propone desde los resultados de esta investigación es transformar los patrones socio-culturales que la sociedad ecuatoriana vive y, más específicamente, que la sociedad bolivarense desarrolla cotidianamente. Esto inicia con el descubrimiento de los mitos o falsas creencias, que deben confrontarse con las verdades, en torno a la Violencia Intrafamiliar y de Género; así se tiene:



Cuadro N° 7: Mitos en torno a la Violencia Intrafamiliar y de Género en Bolívar.

#### Bolívar: Mitos en torno a la Violencia Intrafamiliar y de Género

La conducta violenta es innata en los hombres.

Un hombre no maltrata porque sí, ella también habrá hecho algo para provocar.

Es perfectamente normal que un esposo golpee a su mujer, en ciertas circunstancias.

Si una mujer es maltratada continuamente es culpa de ella por seguir viviendo con ese hombre.

La violencia es un problema privado entre dos adultos y no tiene por qué hacerse público.

Las mujeres deben aguantar todo en el matrimonio, pues los/ as hijos/as necesitan del papá y de la mamá.

La mujer debe ser valiente y soportar todo; si se revela contra el esposo, ¿quién la va a mantener y cuidar?

Las mujeres están más protegidas y mejor dentro del hogar; estando fuera o con extraños corren más riesgos.

El esposo debe salir de casa a divertirse porque es hombre, trabaja y se cansa.

Los hombres que maltratan lo hacen porque están enfermos, tienen problemas con el alcohol u otras drogas.

#### **Bolívar**:

#### Mitos en torno a la Violencia Intrafamiliar y de Género

La violencia es un mal de mujeres rurales ignorantes, marginadas y pobres que no han podido prepararse ni estudiar en instituciones educativas.

Para qué denunciar, más bien se pierde tiempo, dinero y no se soluciona nada.

La mayoría de las mujeres maltratadas no quieren dejar a sus agresores.

Cuando el marido desea tener intimidad y la mujer no, y la fuerza a tener relaciones, no es violación porque es el esposo.

Los esposos que maltratan a sus parejas es porque también ellos fueron maltratados en su infancia.

La violencia no son gritos, ni insultos, ni encerronas en casa, ni siquiera una cachetada, más bien son los golpes, las patadas, o cuando se es violentada con algún arma.

Las mujeres que son violadas son aquellas que se visten con trajes provocativos y como los hombres no se aguantan...

Los agresores y violadores son siempre desconocidos y se los encuentra en sitios desolados y en las noches.

Cuando el marido pega a la mujer, no afecta a los/as hijos/as, ellos/as no se fijan en eso.

Las únicas instituciones que deben meterse a denunciar un acto de violencia son las que tienen potestad legal para hacerlo.

El hombre tiene supremacía sobre la mujer, por ello tiene privilegios que las mujeres no pueden tener.

El hombre se enfurece con la mujer cuando ella no cumple con sus deberes de ama de casa, esposa, madre y anda fuera de la casa... Ellos hacen eso para que ellas les hagan caso y poner orden en la casa.

Eso de la violencia de género es una moda que no se entiende

Mejor es no decir nada, aunque se sepa que el vecino es un agresor; si decimos algo nos vamos a meter en problemas.

El machismo lo construyen las mujeres.

Los esposos pegan a las mujeres porque están estresados, no consiguen trabajo, el dinero no alcanza... y con quién más se van a desquitar.

Los medios de comunicación social promueven la violencia, la delincuencia, la pornografía y, por ende, la violencia contra las mujeres.

Los hombres saben más que las mujeres, por eso tienen que guiarlas en saber qué hacer.

Con esto de las leyes las mujeres han volado muy alto; esto de los derechos hace que las mujeres se olviden de que tienen un hogar, descuidan la crianza de los/as niños/as, que es su obligación.

Cuanto más se ama a una mujer, más se la cela y se la cuida, porque cuando nos unimos, "ella pasó a ser mía".

Fuente: CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.



n el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva el análisis en torno a los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas entrevistadas (mujeres y hombres, jóvenes y autoridades) se estableció a partir de:

- **1.** Datos cuantitativos obtenidos desde los resultados de las encuestas realizadas.
- **2.** Datos cualitativos obtenidos desde las entrevistas realizadas y los Grupos Focales.

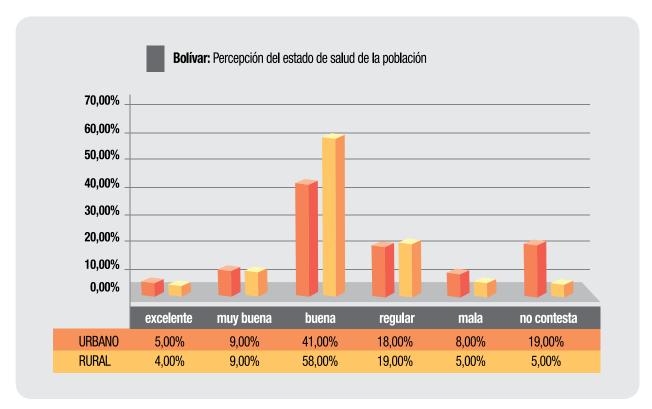
La presentación de los resultados analiza las percepciones sobre: la salud; los conocimientos (definiciones); la construcción de la feminidad y masculinidad (como generadores de comportamientos y actitudes diferenciados); el cuerpo y el deseo; el empleo de métodos anticonceptivos; y los mitos que existen en torno a la sexualidad y la reproducción.

## 7.2.1 SALUD: SITUACIÓN PERSONAL Y CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

a. Estado de salud de la población bolivarense, por etnia, edad y género

La salud es un derecho humano que permite el desarrollo de las personas. La salud no sólo depende de las condiciones personales respecto a la ausencia de enfermedad o al bienestar y armonía emocional, por lo que se consideró importante en la investigación determinar también la percepción del estado de salud que tienen los/as usuarios/as de los servicios de salud, obteniendo que el 48% de las personas encuestadas indican que es buena y el 14% afirman que es muy buena o excelente (ver gráfico 10).

Gráfico Nº 10: Percepción del estado de salud de la población bolivarense.



Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

No obstante, las personas encuestadas miran la salud de forma parcial, como ausencia de enfermedad corporal, no tener malestares, ni dolores graves; no se ve la salud como un estado integral de bienestar físico y psicológico.

Aunque con esta visión superficial de la población respecto de su estado de salud, según la encuesta, la mayoría considera tener una salud entre buena y muy buena, evidenciada con el 58%. Un porcentaje menor dice tener salud regular (18%) y una mínima parte salud mala (6%).

Estos resultados nos muestran en términos globales que más de la mitad de la población considera tener un estado de salud bueno o muy bueno, lo que les permite llevar una vida cotidiana con múltiples actividades laborales, sociales, en el hogar y en la comunidad.





Estado	Siempre		Muchas veces		Algunas veces		Nunca	
ESTOCO	n	%	n	%	n	%	n	%
Vitalidad	105	32%	59	18%	127	39%	25	8%
Mucha energía	102	31%	61	19%	122	38%	29	9%
Moral baja	18	5%	23	7%	167	49%	107	32%
Calmado / tranquilo	89	27%	59	18%	32	10%	37	11%
Nervioso / asustado	14	5%	28	8%	165	53%	107	34%
Desánimo / tristeza	22	7%	34	10%	170	52%	85	26%
Cansado	61	19%	46	14%	144	44%	63	19%
Malestar en el cuerpo	47	14%	35	11%	157	48%	74	23%
Recibe amor y cuidado	183	56%	53	16%	63	19%	17	5%
Necesitó ir al médico	56	17%	37	11%	128	39%	93	29%

Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

Pese al alto porcentaje de la muestra de personas encuestadas que consideran tener buena salud, al preguntar respecto a su estado de salud en el último mes, los datos obtenidos se contraponen con la información recabada en este aspecto.

En cuanto a **su estado de salud en las 4 últimas semanas**, las respuestas que prevalecieron con mayor frecuencia corresponden a los estados: siempre recibe amor y cuidado, lo afirma el 56%; algunas veces ha estado nervioso y asustado el 53%; algunas veces desanimado y triste, el 52%; algunas

veces con la moral baja, el 49%; también algunas veces, el 48%, ha sentido la necesidad de acudir donde un médico para consulta, ya sea por cansancio o malestar del cuerpo. Estos resultados muestran un marcado énfasis en la salud mental y corporal.

Hay un gran número que siente la necesidad de buscar un profesional para hacerse atender, porque ve alguna anomalía o malestar en su salud; lo contradictorio es que siguen considerándose con buena salud, y la necesidad de acudir al médico es como algo pasajero. El porcentaje global de percepción de la calidad de la salud muestra variaciones al analizarlo con las siguientes variables: zona, etnia, edad y sexo.

En cuanto a la variable zona, se obtuvo como resultado que, en la zona rural, la percepción de buena salud es mejor, llegando a un 58%, que en la zona urbana (41%).

Cuadro N° 9: Bolívar: Situación de Salud y Etnia.

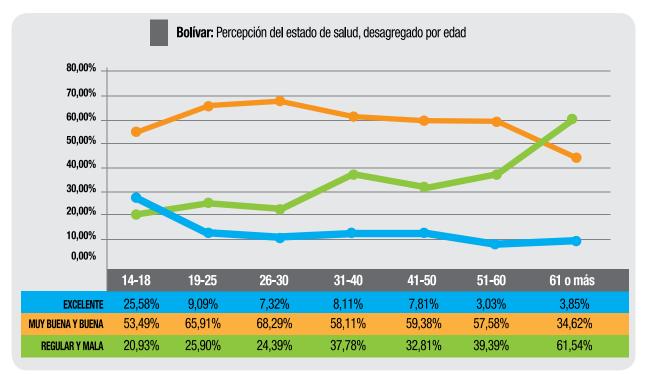
Etnia	Carloral	Porcentaje
N	Salud	n/N * 100
	Excelente	2%
	Muy buena	11%
Indígenas	Buena	36%
	Regular	42%
	Mala	9%
	Excelente	10%
	Muy buena	18%
Mestizos	Buena	44%
	Regular	23%
	Mala	5%

Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.



Respecto a la situación de salud desde la variable étnica (ver cuadro 9), las encuestas reflejan que la población indígena denota tener una situación de salud más precaria que la población mestiza; el 47% de aquellos dice tener una salud buena o muy buena frente al 62% de éstos. En los parámetros de salud regular y mala, también hay una diferencia notable entre el 51% de los/as indígenas y el 38% de los/as mestizos/as, de modo que se comprueba y reafirma que la población indígena es la que se siente con más problemas en su salud.

Gráfico Nº 11: Percepción del estado de salud por parte de la población de Bolívar, desagregada por edad.

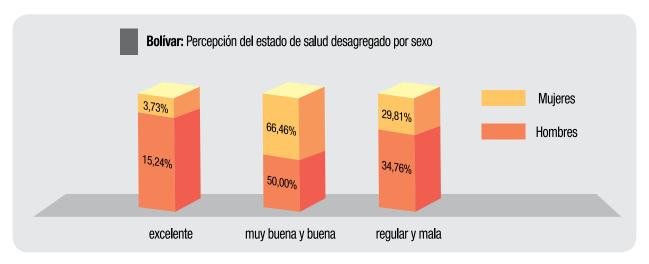


Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

Al analizar los resultados de acuerdo a la edad, se observa que, entre los 14 y 30 años, la situación de la salud es considerada mayoritariamente como buena, muy buena o excelente, mientras que, desde el rango de 31 años en adelante, y proporcionalmente a la edad de las personas, se comprueba que el estado de salud empeora para aumentar el número de personas que considera su estado de salud como regular o malo.



Gráfico Nº 12: Percepción del estado de salud por parte de la población de Bolívar, desagregada por sexo.



Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

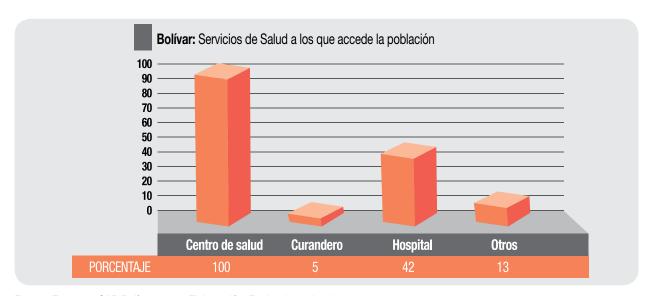


Respecto del estado de salud según sexo, se encontró que consideran tener muy buena salud el 66,46% de las mujeres frente al 50% de los hombres; y los/as que en la encuesta manifiestan tener una salud regular y mala son el 29,81% de las mujeres frente al 34,76% de los hombres, lo que evidencia, desde la información obtenida en las encuestas, que la población de las mujeres considera estar en mejor estado de salud que los hombres.

Ante estos datos es importante recalcar que las mujeres manifestaron cuidar su salud, pero pensando en terceras personas más que en ellas mismas. Las participantes de los Grupos Focales señalaron que "(...) necesitan cuidar de su cuerpo y no enfermarse para poder ayudar a sus hijos"; adicionalmente, recalcaron que son ellas las que deben preocuparse de su salud, ya que nadie más lo hace por ellas, evidenciando así una preocupación por su salud, pero en el marco del cuidado de la familia y su responsabilidad como madres.

### b. Los Servicios de Salud más utilizados por la población bolivarense.

Gráfico Nº 13: Servicios de Salud a los que accede la población de Bolívar.



Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

Interpretando los resultados observamos que la mayoría de la población en la Provincia Bolívar afirma buscar siempre las Unidades de Salud (Centros y Sub-centros) más cercanas; esto nos revela que hay un buen posicionamiento de los Servicios Públicos de Salud y, en general, de la medicina alopática. Son pocas las personas que dicen que se auto-medican por no tener a la mano estos servicios. Otro grupo en menor cuantía dice acudir a medicinas alternativas y a curanderos/as porque los considera más efectivos.

Cuadro N° 10: Servicios de salud a los que acude la población indígena de la Provincia Bolívar

Sector Indígena					
Servicios de Salud	%				
Centro de Salud	80%				
Hospitales	40%				
Curandero/a	7,20%				
Remedios caseros y medicina natural	5,45%				

Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

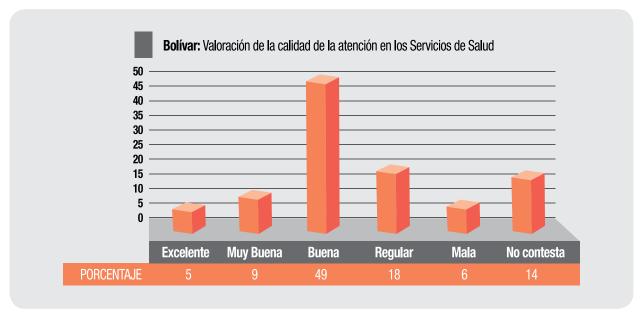
El sector indígena presenta resultados diferentes al resto de la población en cuanto al posicionamiento y confiabilidad respecto de los Servicios Públicos de Salud. Hablando del acceso a los Centros de Salud, la zona rural indígena evidencia una diferencia del 20% menos que el resto de la Provincia; en cuanto al acceso a Hospitales sólo se

presenta una diferencia del 2% por debajo de los/ as mestizos/as. En buena medida, y aunque no se afirma así muy claramente, los/as indígenas siguen viendo a la medicina natural / ancestral y a los/as curanderos/as con más confianza, accediendo a ella un 12,65%, es decir, siete puntos más que la población urbana, tal vez por costumbre y tradición que persiste en las comunidades.



#### c. Calidad de la atención de los Servicios de Salud.

Gráfico Nº 14: Percepción de la calidad de la atención en los Servicios de Salud de Bolívar.



Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

Uno de los elementos importantes en el análisis e interpretación de resultados está relacionado con la valoración de la atención que se brinda en los servicios públicos de salud. En este sentido, las encuestas revelan que más de la mitad de los/as pobladores/as (64%) perciben y reciben una atención considerada buena, muy buena o de excelente calidad, es decir, la mayoría de las personas que acuden a los servicios públicos están conformes con la atención. Tan sólo el 18% señala que la atención recibida es regular, ya sea por: mala atención del personal médico, falta de medicamentos, demora en la atención, impuntualidad de los/as servidores/as de las instituciones de salud, y atención sin calidez.

Tomando como base las encuestas del sector indígena, para una cuarta parte de esta población (25,45%) la prestación de los Servicios Públicos de Salud es regular; esta cifra se debe a la discriminación a la que ellos hacen alusión por ser del campo o de otra nacionalidad; algunos y algunas se sienten desplazados/as y mal atendidos/ as por los médicos: "(...) cuando ven a alguien con otra ropa que no sea poncho, lo atienden rápido y mejor".51

### 7.2.2 EL CUERPO, LA SALUD Y LA SEXUALIDAD

La salud integral se refiere a los aspectos físicos, emocionales, intelectuales, espirituales y sexuales y es, precisamente en el cuerpo, donde se experimenta dicha integralidad, en relación con las demás personas y en un contexto cultural específico que influye en su comportamiento y cuidado.

El cuerpo es el espacio que integra lo físico, lo emocional, lo intelectual, lo espiritual, la sexualidad. La forma como cada persona se relaciona con su cuerpo se da siempre en un contexto cultural y, al mismo tiempo, influencia las actitudes y creencias que expresan las personas con las que vive e interactúa.

Al preguntar sobre el cuerpo, las personas que participaron en los Grupos Focales manifestaron la **importancia de cuidarlo para tener una buena salud,** tanto interna como externamente; el no cuidado implica enfermedades, bajas defensas y deterioro de la salud.

En los Grupos Focales, las mujeres evidenciaron y consideraron el cuidado del cuerpo, la buena autoestima y la autoimagen como algo necesario:

**<sup>51</sup>** Grupo Focal de hombres adultos indígenas del Cantón Guaranda.

"(...) porque si nosotras no lo hacemos, quién lo va a hacer por nosotras; no cuidarse hoy significa riesgo de enfermarse y no poder ayudar a nuestros hijos".52 En este mismo grupo, en las intervenciones al cuestionarse sobre tener o no autoestima, todas coinciden en que hay que "(...) valorarse a sí misma, nadie es menos que nadie: divertirse un poco, salir". Otros pensamientos refuerzan esta idea diciendo: "(...) amor propio, orgullo, dignidad, respeto hacia una misma, consideración", "(...) tenemos que valorarnos y darnos el lugar; quererme yo misma, valorarme yo misma, hay que pensar en una primero; es difícil, pero una misma ha de buscar el espacio que le corresponde; si no hay consideración y respeto en el hogar, no es fácil, eso se nota en nuestros hogares"53.

Las mujeres profundizaron en la temática del cuerpo indicando que éste no es un objeto que se pueda usar, o manosear, sino que es preciso que se respete, empezando por el hogar; las mujeres adultas mestizas que participaron en los Grupos Focales coincidían en que el cuidado del cuerpo tiene que ver con el respeto; el cuerpo no es un objeto, "nadie nos puede tocar ni manosear; nosotras mismas debemos hacer que respeten nuestro cuerpo".

Otra consideración de los Grupos Focales de mujeres adultas fue el cuidado del cuerpo relacionado con la autovaloración y la autoestima, ya que, debido a las exigencias de la sociedad sobre el comportamiento de las mujeres, éstas experimentan grandes dificultades para pensar en sí mismas; así afirman: "(...) quererse una misma, querernos como somos, eso nos falta como mujeres; no nos valoramos, ni valoramos lo que hacemos; en muchos hogares pasa eso y se destruyen hogares por la falta de autoestima"; "(...) yo entiendo que la autoestima es quererse una misma; por las actividades que una hace debe valorarse; en algunos hogares los hombres no valoran el trabajo que una hace". 54

La vestimenta también fue objeto de análisis en los Grupos Focales, tanto de hombres como de mujeres, aduciendo que es una forma cultural de auto-representación; si bien no todos y todas estuvieron de acuerdo en que se



valore a las personas según su forma de vestir, hubieron coincidencias en la provocación que generan las mujeres con su ropa, considerada demasiado pequeña, e indicando que es una forma de irrespeto hacia su cuerpo que incide también en las demás personas, generando malos pensamientos y malas intenciones en los hombres. Así, las mismas mujeres dicen: "(...) puede ser hasta por la vestimenta, si nos vestimos de una forma inadecuada entonces las personas del entorno, y sobre todo los varones jóvenes, se fijan en las mujercitas, en su modo de vestir y por eso no respetan"; "(...) también es importante el aseo diario, pues como te ven, te tratan; estoy de acuerdo en que se vistan según la moda de la época, pero hay niñas que se visten provocativas. se ponen pantalones o faldas cortas que se les ve todo y eso no debería ser"; "(...) yo pienso que a los hombres, sólo con el hecho de verlas, ya se les viene el mal pensamiento, la mala intención; sí influye la vestimenta para provocar a los hombres"; "(...) como personas mayores pensamos así, pero eso depende del hogar, si se visten escotadas y con shorts chiquitos es porque los padres les dejan v va eso se hace una costumbre."55

Para los grupos de mujeres con que se trabajó, la salud integral está relacionada con la libertad, el sentirte bien haciendo lo que a una le gusta, estar alegres; todo esto hace que su vida, su cuerpo y su situación como seres humanos sean beneficiosas

<sup>52</sup> Grupo Focal de mujeres adultas mestizas de Caluma.

<sup>53</sup> Grupo Focal de mujeres adultas mestizas de San Miguel.

<sup>54</sup> Grupo Focal de mujeres adultas indígenas de Simiátug.

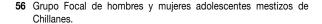
en todo sentido, pero también está relacionada con la apariencia externa y el tipo de ropa que usan. Es interesante descubrir que, del total de encuestadas en toda la Provincia, el 49,67% tiene estudios completos de secundaria, educación técnica o universitaria, pero ninguna de ellas relaciona su nivel de instrucción o estudios con la salud integral de su persona.

Hablar de autoestima y autocuidado significa, para la población meta de esta investigación, tener amor propio, orgullo, dignidad, respeto, valorarse, no sentirse menos que nadie. Para las mujeres también se relaciona con salir, divertirse un poco y ser bien consideradas; para los hombres es no tener miedo, hacer lo que quieren y estar con la moral alta; para los y las jóvenes se relaciona con tener buena actitud, estar feliz, cuidar de su persona y mantenerse en su forma de ser, sin importar lo que digan los demás.

En cuanto a la imagen y el cómo se consideran ellos y ellas, los/as adolescentes manifiestan que autoestima es: "(...) cuando uno/a no tiene miedo y puede hablar con otras personas, así no le conozcan"; "(...) a veces uno/a cuida de su persona, pero hay otros que te dañan, te quieren hacer mal, por eso baja la autoestima y la gente anda con la mirada baja, no levanta ni la cabeza"; "(...) seguir siendo tal como uno/a es y no cambiar, aunque te digan lo que te digan"; "(...) cuando me siento bien, como soy, con mi cuerpo".56

El análisis que se desprende respecto al autocuidado del cuerpo es que, para las mujeres, depende de factores externos más que internos; para los hombres, está relacionado con hacer lo que quieren; y para los y las jóvenes, prevalece el conflicto entre lo que quieren ser y la forma en la que les dicen que deben ser.

Se interpreta que, para los y las adolescentes, su cuerpo es como una carta de presentación, deben estar bien para que el resto no los critique: "(...) cuando alguien se burla o se ríe de uno por ser feo/a o por no tener novio/a, eso te hace sentir mal y te baja la autoestima".<sup>57</sup> El cuidado y aceptación de su cuerpo gira en torno a las opiniones del resto.



<sup>57</sup> Grupo Focal de hombres adolescentes mestizos de Echeandía.



Por otro lado tenemos el pensamiento de los hombres adultos, para ellos el cuerpo y la salud integral son una parte más del estado emocional, por eso relacionan la autoestima con "(...) sentirse bien, hacer lo que uno quiere, estar con la moral arriba, siempre feliz."58 También hablan del cuidado de su cuerpo, pero sobre todo en la parte física y la apariencia externa: "(...) sí, se debe cuidar el cuerpo, tanto en lo interno como en lo externo", "(...) la imagen representa cómo uno es"; "(...) la imagen es el reflejo de la persona, por ejemplo en la vestimenta, según uno se viste se puede ver cómo es la persona"; "(...) por cómo se visten podemos identificar a las personas, por ejemplo, a un delincuente"; "(...) la forma de vestir depende también de lo cultural, por ejemplo los indígenas; otro ejemplo es que si el papá se viste con camisa y pantalón de tela al hijito le visten igual que al padre, es una costumbre".59

#### a. Sexualidad y fuentes de aprendizaje.

La sexualidad constituye una categoría que se construye socialmente, formando parte de las definiciones que contribuyen en el proceso de socialización de las personas. Según las encuestas realizadas (con opción de respuesta múltiple), las 3 principales fuentes de socialización y aprendizaje sobre la sexualidad son: medios de comunicación, con el 77%; la pareja y los amigos, con el 51%.

<sup>58</sup> Grupo Focal de hombres adultos mestizos de Echeandía.

<sup>59</sup> Grupo Focal de hombres adultos mestizos de Guaranda.

Bolívar: Fuentes de aprendizaje sobre sexualidad según la encuesta nadie **MCS** institución de salud amigos pareja papá mamá 10 20 30 40 50 60 70 80 90 mamá papá pareja amigos institución de salud **MCS** nadie **PORCENTAJE** 28

Gráfico N° 15: Fuentes de aprendizaje sobre sexualidad en la población bolivarense.

Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

Los medios de comunicación son referentes de aprendizaje de la sexualidad. Cierta clase de programas, unos educativos otros no tanto, reproducen los estereotipos, fomentándose así una educación sexual sexista a través del televisor.

Sexualidad y calidad de la información recibida.

Cuadro Nº 11: Calidad de la información recibida sobre sexualidad en Bolívar.

Fuente información	Calidad de la Información	Porcentaje n/N * 100		
Mamá	Clara / verdadera	82%		
IVIAITIA	Confusa / equivocada	18%		
Papá	Clara / verdadera	79%		
гара	Confusa / equivocada	21%		
Paroia	Clara / verdadera	68%		
Pareja	Confusa / equivocada	32%		
Amino	Clara / verdadera	51%		
Amigos	Confusa / equivocada	49%		
Institución de	Clara / verdadera	87%		
salud	Confusa / equivocada	13%		
Televisión	Clara / verdadera	55%		
Television	Confusa / equivocada	45%		
Dadio / propos	Clara / verdadera	55%		
Radio / prensa	Confusa / equivocada	45%		
Internet	Clara / verdadera	63%		
IIILEITIEL	Confusa / equivocada	38%		

Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.



Al preguntar sobre la calidad de la información recibida en temas de sexualidad, las dos fuentes más confiables, a criterio de las personas entrevistadas, fueron las instituciones de salud (86,67%) y la mamá (81,82%); mientras que son los amigos (49,10%) la menos confiable. Se observa, por tanto, que las fuentes que brindan mayor información también lo hacen de forma más confusa y, con frecuencia, equivocada.

### b. Fuentes de información sobre temas sexuales, por sexo y edad.

Cuadro Nº 12: Fuentes de conocimiento sobre sexualidad en Bolívar, desagregadas por edad.

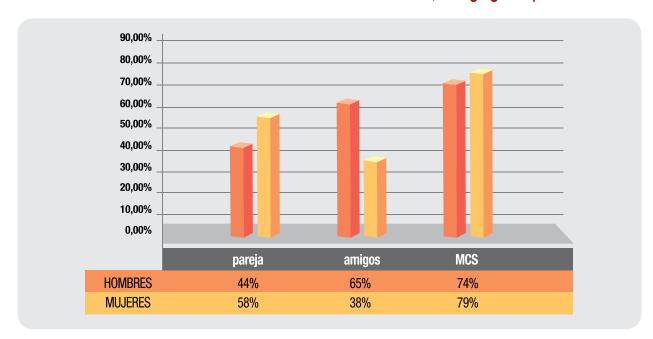
Fuente	Edad						
rueille	14-18	14-18 19-25 26-30			41-50	51-60	61 o más
Mamá	42%	27%	29%	18%	14%	3%	4%
Papá	26%	16%	10%	14%	8%	0%	4%
Pareja	26%	59%	59%	62%	48%	48%	46%
Amigos	63%	61%	56%	57%	48%	33%	23%
Inst. salud	35%	41%	39%	28%	28%	0%	8%
MCS	81%	80%	85%	95%	77%	52%	31%
Nadie	5%	5%	10%	12%	16%	18%	27%

Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

Al cruzar **los datos con la variable edad** no hay mayores diferencias. Prevalece el mayor porcentaje en los medios de comunicación, excepto en las personas de más de 61 años, donde el mayor porcentaje se encuentra en la pareja (46%) y en el rango de 14 a 18 años, donde aparece la madre como la tercera fuente más importante de información (42%).



Gráfico Nº 16: Fuentes de conocimiento sobre sexualidad en Bolívar, desagregadas por sexo.



Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

Al analizar **los datos desde la variable sexo,** se observa que los medios de comunicación se mantienen como la principal fuente de conocimiento sobre sexualidad: el 74% en los hombres y el 79% en las mujeres. La diferencia es notable en la

siguiente fuente, pues en el caso de los hombres son primero los amigos (65%) y luego la pareja (44%), mientras que en las mujeres primero es la pareja (58%) y luego los amigos (38%).

Al cruzar los datos de las encuestas respecto a la educación y socialización de la sexualidad con la información obtenida en los Grupos Focales, se pudo observar que, para la población en general, es un tema del que se habla poco y que tiene características diferentes según el sexo y la edad.

Para las mujeres el conocimiento que reciben sobre sexualidad está ligado a la reproducción, es un tema que les da vergüenza abordar frente a otras personas y, cuando lo hacen, se refieren al mismo de la siguiente manera:

- "Es importante educar a los y las jóvenes para evitar embarazos".
- "Los hombres se lavan las manos y dejan que las mamás eduquen a sus hijos en ese tema".
- "Nos enseñaron que sólo se debe tener relaciones con el esposo".
- "No se deben tener relaciones sexuales a temprana edad".

Los hombres también consideran la sexualidad como un tema restringido frente al que se ha recibido información confusa, señalando varias situaciones:

- "Algunos confunden saber de sexualidad con hacer negocio y vender películas".
- "Es un tema que aún está tapadito, los hijos no podemos preguntar".
- "Los padres no hablaban con las cosas verdaderas a los hijos, no decían los nombres que son, como vagina o pene, siempre nos mentían para que no preguntemos más".
- "Antes uno no se podía duchar con los papás, peor verles desnudos".
- "Cuando los padres les dan besos en la boca a los hijos varones eso es malo, porque ya de grandes se van desviando por otro lado".
- "Cuando los jóvenes están ansiosos la mente les traiciona y terminan más rápido, son precoces".
- "En nuestro tiempo, como no teníamos ni televisor no se sabía nada..."

Los y las jóvenes, por su parte, manifestaron que el tema de la sexualidad es un tabú, lo cual dificulta abordar el tema con las personas adultas, debido a las siguientes consideraciones:

- Los padres lo consideran pecado y enseñan que el tema es prohibido.
- En algunos hogares todavía hay recelo y resistencia para hablar y conversar abiertamente con los/as hijos/as.
- Ciertos docentes, que son mayores en edad, tienen mentalidad chapada a la antigua y se asustan cuando se habla de eso; otros, en cambio, son tímidos, les da vergüenza.
- La gente mayor se asusta y se enoja cuando se pronuncian ciertas palabras cargadas de significado sexual, aduciendo que son groseras y representan una falta de respeto.
- Los padres sólo hablan de cuidarse para no quedarse o dejar embarazada a alguien.

La información recibida sobre sexualidad deviene en un conocimiento que marca las prácticas relacionadas con el ejercicio de la misma, las cuales están cargadas de ritos y falsas creencias.

El rito más común es la iniciación sexual. Los y las jóvenes que participaron de este estudio señalaron, como edad de la primera relación sexual, los 15-16 años en las mujeres y los 12-13 años en los hombres. Señalan que los varones y las mujeres empiezan por igual, a esas edades lo hacen con los/as novios/as o compañeros/as de colegio, en los baños de la institución educativa o en la parte de atrás del estadio. Esta realidad se ve como trasfondo del alto porcentaje de embarazos en adolescentes.

Para el caso de la iniciación sexual de los hombres se señaló que los Night Club son el lugar "ideal" para que los jóvenes se "hagan hombres" e inicien así su vida sexual. Ante ello varios jóvenes señalaron que es mejor cuando no hay presiones sociales, ya que, incluso en algunos casos, los amigos que ya se iniciaron sexualmente hacen una colecta para llevarles a un "cabaret".60

Algunos jóvenes mencionaron frente a este rito que debería existir un lugar de iniciación sexual también para las mujeres; otros, por el contrario, ratificaron la importancia de que las mujeres lleguen vírgenes al matrimonio.

**<sup>60</sup>** Grupos Focales de adolescentes mestizos de San Miguel, Las Naves y Guaranda.

Al preguntar sobre las primeras relaciones sexuales de las personas, las mujeres adultas indican que cuando se "entregaban" lo hacían por amor; en cambio ahora se les escucha a las jóvenes que se "fueron de copas y ya de borrachitas se van no más." Otro grupo señala que las mujeres acceden a tener su primera relación sexual por huir de los problemas que tienen en sus hogares y buscan salir de ellos adquiriendo un compromiso matrimonial.<sup>61</sup>

**Los hombres,** por su parte, indican que antes "eran coquitos hasta los 17 años", pero que ahora ya no esperan nada. Peor los hombres que las mujeres, aunque las "niñitas" también ahora andan "locas"; por eso el más "vivo" aprovecha y ellas "se brindan, no más." 62

"Cuando mi hijo tenía 17 años le veía que no tenía enamorada, y como no tenía un padre que le guiase, le pregunté a un doctor en sexualidad: '¿Qué hago con mi hijo?, ¿le debo mandar al cabaret con un tío o amigo?, qué desesperación que me da'. Ahí me dijo el doctor: 'No, cuando el chico necesite ha de buscar, solito ha de buscar...' Después de un tiempo perdió la virginidad detrás del coliseo." (...) "No mueren si no tienen relaciones sexuales, ese es un mito que tenían los mayores". (...) "Mi hijo tiene 19 años, pero hasta ahora no tiene enamorada. Le digo: 'Por Dios, alguien en la Universidad te ha de gustar'. Me dice: 'No, mami, sólo me siguen las dianas, las de anaco'. (...) Ahora sí se les dice que tengan enamorada para salir de la duda; como por lo general los mayores tienen razón yo pensaba ahora que mi hijo sería gay y estaba angustiada; mis familiares le querían llevar al cabaret y yo decía: 'Pero sin amor, cómo se va a entregar'. (...) En la calle se escucha que no tiene enamorado esta joven, ¿será que va se le cambiaron los gustos? Por eso pienso yo que los padres de ahora quieren saber, eso es todo; creo que una madre, si el hijo le sale gay o la hija lesbiana, ¿qué puede hacer?, sólo ir a un psicólogo para que nos guíe como padres; en la costa se ve más gay y las familias los apartan, los marginan... Recién me conversaron que han estado unas dos niñas arriba en las banderas teniendo relaciones sexuales, desnuditas, y que la policía les ha hecho correr."63

#### c. Prevención y decisión sobre sexualidad.

La vivencia de la sexualidad tiene una diferencia muy marcada entre hombres y mujeres, sobre la base de la construcción social de género, lo que conlleva que no experimenten por igual ni el ejercicio de la sexualidad ni los derechos sexuales, como:

- El derecho a escoger ser sexualmente activo/a o no serlo.
- El derecho a la felicidad, a los sueños y las fantasías.
- El derecho a expresar la sexualidad independientemente de la reproducción.

Por ello, estos derechos fueron referentes abordados en la recogida de información de la investigación.

Cuadro N° 13: Prevención y decisiones sobre sexualidad en la población de Bolívar.

Prevención y decisiones sobre sexualidad en la población de Bolívar Porcentaje n/325 * 100				
	No	39%		
Prevención de embarazos	Sí	56%		
	N/C	5%		
5 " 1	No	46%		
Prevención de enfermedades	Sí	49%		
omormodadoo	N/C	5%		
B: 1	No	47%		
Pide a la pareja que se proteja	Sí	48%		
protoja	N/C	5%		
Davida aufuda tanan	No	25%		
Decide cuándo tener relaciones sexuales	Sí	70%		
Totalorios coxuatos	N/C	5%		
Sus relaciones sexuales son impuestas	No	83%		
	Sí	12%		
con impacciao	N/C	5%		

Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

En relación al derecho que señala que las personas pueden escoger ser sexualmente activas o no, se pudo constatar que el 69,54% de los/as entrevistados/as afirma decidir cuándo tener relaciones sexuales, es decir, que hay todavía un buen porcentaje de la población que no toma una decisión libre respecto a este derecho básico en la vida de las personas.

**<sup>61</sup>** Grupos Focales de mujeres adultas mestizas e indígenas de Guaranda, Chillanes y Simiátug.

<sup>62</sup> Grupos Focales de hombres adultos mestizos de Guaranda

<sup>63</sup> Grupo Focal de mujeres adultas mestizas de San Miguel.

En cuanto al derecho a la felicidad, a tener sueños y fantasías, se encontraron diversas posturas. Las jóvenes señalaron ser más reservadas que los jóvenes y vivir su sexualidad sólo si están enamoradas, porque la virginidad, para muchas de ellas, es muy importante y la cuidan como un "tesoro"; adicionalmente, indicaron hablar del tema sólo con otras mujeres y no en grupos mixtos.

Los jóvenes indicaron que viven su sexualidad por costumbre, por placer o porque les gusta repetir continuamente sus experiencias sexuales; reconocieron usar palabras que catalogaron como "sucias", así como no tener vergüenza de contar lo que hacen con sus parejas.

Al referirse al deseo y al placer, los jóvenes señalaron que tienen mucho deseo sexual, que quieren vivir su sexualidad y satisfacerse constantemente, sentirse más hombres según la cantidad de relaciones sexuales que tengan.

Un comentario que llama la atención en los jóvenes es el hecho de señalar que cuando tienen una relación formal con una "buena enamorada", es decir, una joven virgen, hay mucho respeto, lo que implica no tener relaciones sexuales. Aquí hay una dicotomía y una incoherencia muy fuertes en el ejercicio de la sexualidad: por un lado, es un deseo incontrolable, pero, por otro lado, es sinónimo de falta de respeto hacia la mujer catalogada como "buena" por su pureza y castidad. El ejercicio de la sexualidad, entonces, sirve para clasificar a las mujeres y valorarlas como buenas o malas, tranquilas o locas; incluso los hombres se sienten con la autoridad de hablar de manera positiva o negativa de las mujeres.

Las jóvenes, por su parte, indicaron que no sólo los hombres tienen deseo, pero que ellas lo pueden controlar y ellos no. La justificación es que ellos se excitan tan sólo con mirar a las mujeres, mientras que ellas necesitan del contacto físico para que eso suceda.

Las mujeres adultas señalaron que el sexo sólo es diversión para los hombres, lo que lleva a que las mujeres paguen las consecuencias; se enamoran, se embarazan y se quedan solas cuidando a sus hijos y exigiendo la pensión alimenticia para mantenerlos. "Mi esposo tiene 40 años, quiere a cada rato, como cuy; el me cogió de 15 años y tengo 3 hijitos; ahora tengo 22 años y no tengo

deseo sexual, pero si una no se lo da, se enojan. No hay la estimulación, es como gallito. Le pregunté al doctor y no me supo responder. No me gusta tener sexo con él todos los días, me quedo a medias, no hay besos ni caricias..."64

Algunas mujeres manifestaron que cuando están sin pareja no tienen deseo sexual, que, al tener tantas ocupaciones, como criar a los hijos, atender el hogar y trabajar, no tienen "ganas de nada"; varias indicaron ser fieles y no "entregarse" a cualquier hombre, aunque señalaron también que, en la actualidad, existen mujeres calificadas como "más abiertas" por el hecho de tener una vida sexual activa y provocar a los hombres con ropa "ostentosa" y sensual. 65

Otras, en cambio, indicaron tener mayor deseo sexual que los hombres y que, a menudo, sienten insatisfacción sexual. Indignadas, dicen: "ellos se preocupan por ellos y de terminar, y se olvidan de nosotras, si es que terminamos o no". Estas mujeres consideran que tienen las mismas necesidades y derechos que los hombres.<sup>66</sup>

Para las mujeres es importante tener placer compartido, aunque indican que la realidad es bien diferente, debido a que deben "cumplir" con sus parejas o, en caso contrario, ellos les amenazan con ser infieles.

Las mujeres señalaron también que su vivencia de la sexualidad depende de su salud, es decir, se consideran más propensas que los hombres a adquirir infecciones o enfermedades y que, cuando no están con buena salud, su deseo se ve afectado. "Depende de nuestra salud, porque las mujeres somos las más afectadas, tenemos infecciones; si el hombre está sano puede tener más deseos sexuales, mientras que nosotras, dado que tenemos muchos hijos, no estamos igual y no podemos responder como los hombres. Claro que tenemos las mismas necesidades y derechos que los hombres, pero no se cumplen." 67

Se mostró, sobre la base de las experiencias expuestas por las mujeres, que, para ellas, es

<sup>64</sup> Grupo Focal de mujeres adultas mestizas de Las Naves.

<sup>65</sup> Grupo Focal de mujeres adultas mestizas de Chimbo.

<sup>66</sup> Grupo Focal de mujeres adultas mestizas de San Miguel.

<sup>67</sup> Grupo Focal de mujeres adultas indígenas de Kilitawa.

muy complicado y extremadamente difícil exigir sus derechos sexuales y hacerlos respetar, debido sobre todo a **tres factores principales:** 

- El desconocimiento sobre sus propios cuerpos.
- La impotencia aprendida durante años cuando se les transmite cada día la imposibilidad de cambiar o decidir sobre sus propias vidas.
- La vivencia de una sexualidad restringida por la sociedad que reduce su vida sexual sólo a la reproducción.

Los hombres, por su parte, indicaron tener una vida sexual activa. Les gusta experimentar diversas posiciones sexuales, tener relaciones sexuales varias veces al día y también orgasmos frecuentes (al hablar de orgasmo se referían a la relación sexual); se preocupan de su satisfacción y aceptan no pensar si su pareja disfrutó o no de ese momento.

Muchos afirmaron ser infieles por culpa de las mismas mujeres que no tienen ganas, por lo que se ven "obligados" a buscar satisfacción con otra pareja; y señalaron que también hay casos en los que las mujeres son infieles porque tienen mucho deseo sexual.

Señalaron que el deseo sexual que experimentan se debe a que conocen más y tienen más elementos a los que acceden a través del Internet, los prostíbulos y la televisión.

Un elemento que, según los hombres del estudio, influye en el deseo sexual es **la vestimenta de las mujeres**; señalaron que es muy provocativa en algunos casos: "Yo le veo mejor a una mujer puesta anaco para que dé curiosidad que con una lycra que ya se le ve todo; me gusta que la mujer esté bien tapadita." 68

Otro elemento más a ser considerado como placentero para los hombres es **el proceso de conquista.** Mencionaron que les gusta tomar la iniciativa, insistir hasta "tener" a la mujer que desean y experimentar el placer sexual de la penetración.

Todas estas ideas respecto a la sexualidad impiden ver los derechos sexuales como un vehículo fundamental de comunicación y amor entre las personas, restringiendo, además, la vivencia de la sexualidad de las mujeres. Por otro lado, invisibilizan la vinculación entre el respeto y ejercicio de los derechos sexuales con la eliminación de la violencia contra las mujeres, que disminuye el riesgo de las mujeres y niñas de sufrir acoso y abuso sexual, violencia sexual y violencia intrafamiliar y de género.

# 7.2.3 DEFINICIONES E IMPORTANCIA DE LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

a. Conocimientos de la población bolivarense sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Para realizar el abordaje de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos fue necesario, en primera instancia, partir de la comprensión que tiene la población sobre los conceptos de sexualidad y reproducción. La sexualidad, para la mayoría de las personas que participaron en la Investigación, es sinónimo de relaciones sexuales, las que se dan a través del contacto físico entre un hombre y una mujer, y, en la mayoría de los casos, para fines reproductivos.

Si bien, para la población que colaboró en la investigación, los conceptos de sexualidad y reproducción están íntimamente ligados y casi se refieren a lo mismo, hay una diferencia importante según el sexo: las mujeres relacionan sexualidad con amor y respeto mutuo, y reproducción con el dar vida a otras personas en el marco del matrimonio; para los hombres, en cambio, la sexualidad está directamente relacionada con satisfacción, placer y desahogo del cuerpo y de la mente, mientras que la reproducción se asocia sólo con tener hijos.

Los y las adolescentes son quienes expusieron más elementos sobre la sexualidad. Señalaron que ésta no se refiere sólo al coito, sino también

**<sup>68</sup>** Grupos Focales de hombres adultos indígenas y mestizos de Simiátug, Chimbo y San Miguel.

a todo tipo de relaciones con la pareja y los/as amigos/as, en el espacio público y en el privado; además, expresaron que los procesos de educación sexual tienen que enseñar a cuidarse frente a enfermedades de transmisión sexual y sobre la reproducción señalaron su preocupación frente a los embarazos no deseados.

La sexualidad va más allá de sentir y manifestar deseos eróticos y tener relaciones sexuales. Para empezar, tiene relación con el conocimiento y el respeto a sí mismo/a, así como con la comprensión y sensibilidad hacia los sentimientos y necesidades propias y de otras personas; implica, además, responsabilidad en el manejo de la libertad. Sin embargo, tal como se observa en la información recopilada en la investigación, el concepto de sexualidad, entre la población adulta, se reduce prácticamente a tener relaciones sexuales y reproducirse. Por su parte, entre los/as jóvenes, el concepto está mejor asimilado y tiene una mejor comprensión.

La reproducción no se debe entender como sinónimo de sexualidad, ni como la consecuencia natural de la misma. A pesar de que, históricamente, se restringió la sexualidad de las mujeres a su vida reproductiva, negándoseles su derecho a sentir placer y a satisfacerse sexualmente con su pareja, distinguir sexualidad de reproducción constituye un paso indispensable para el ejercicio de estos derechos.

### b. Concepciones e importancia de la Salud Sexual y la Salud Reproductiva.

Partiendo de las definiciones obtenidas en las entrevistas con las autoridades se tiene como primer punto preocupante de análisis en la investigación que muy pocos/as funcionarios/as tienen un concepto claro, concreto y científico de la Salud Sexual y la Salud Reproductiva. Inclusive, en entidades como la Policía Nacional y el Consejo Cantonal de Protección de Derechos de dos cantones, los/as entrevistados/as afirman desconocer del tema y en una Tenencia Política prefieren no responder.

Como segundo elemento a considerar está que más del 70% de las personas entrevistadas en instituciones educativas y de servicio público relacionan la salud sexual con el cuerpo, haciendo referencia al aspecto fisiológico, psicológico,



sexual o de valores, como el cuidado, el respeto y la limpieza corporal. Tal es así que, **sobre la Salud Sexual, afirman:** 

"(...) Permite que la persona conozca su cuerpo, que lo cuide"; "(...) estado de bienestar físico psicológico y sexual de una persona"; "(...) respeto hacia uno mismo y su cuerpo"; "(...) tiene que ver con la higiene de uno y de la pareja"; "(...) es el reconocimiento del cuerpo, sus necesidades y deseos, lo que puedo hacer, sentir y decidir; cuidarlo y protegerlo"; "(...) el cuidado diario que debemos brindar a nuestro cuerpo, sobre todo a los órganos sexuales de hombres y mujeres"; "(...) manera como las personas deben conocer desde su niñez su cuerpo y cuidarlo tal cual somos".

Las Entidades Reguladoras, de Control y de Justicia definen la Salud Sexual dentro de las normas técnicas, como parte de la prevención y la responsabilidad para evitar futuros conflictos familiares, culturales y sociales; así comentan que es: "(...) Conocimiento de la aplicación de la norma"; "(...) incluye deberes, derechos, control del embarazo, consejería en lactancia materna, cuidados de la mujer, planificación familiar"; "(...) control, planificación, conocer y controlar su cuerpo, decidir sobre su sexualidad".

Algunas de las personas entrevistadas manejan un concepto de salud sexual desde la perspectiva

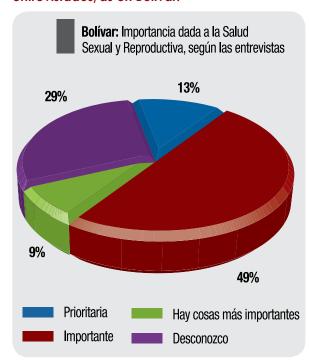
de lo "prohibido", donde no se pueden dar a conocer los propios pensamientos porque lo sexual es aún un tema reservado; por ello, sus definiciones y apreciaciones revelan sesgos de una cultura ortodoxa y conservadora: "(...) Principio fundamental religioso"; "(...) jóvenes inexpertos experimentan sin conocer y sin límites"; "(...) para una parte de la población es un tabú"; "(...) se rompen los principios del respeto"; "(...) las prácticas se realizan a escondidas y con miedo"; "(...) disfrutar plenamente de nuestro cuerpo, sin tabúes, con consentimiento"; "(...) una sola pareja, ser limpio y hacer planificación familiar".

Se evidencia que todavía, para un buen sector de la población, el concepto de Salud Sexual y Reproductiva sigue ligado a sentimientos de miedo y culpabilidad. Algunas personas, sobre todo los jóvenes y las mujeres, para conocer y experimentar su propia sexualidad deben solicitar permiso o esperar la aprobación de otra u otras personas.

Finalmente, para otro grupo considerable de funcionarios/as y autoridades representantes de las instituciones presentes en los cantones, la Salud Sexual está directamente vinculada con la reproducción, la planificación y el disfrute del placer en las relaciones de pareja, así como con la propia toma de decisiones: "(...) Bienestar, vivir libre con plenitud"; "(...) educarse en la sexualidad y saber cómo cuidarse"; "(...) relaciones sexuales con cuidados preventivos, acceso a estar con otra persona íntimamente en un medio social saludable"; "(...) respeto a la sexualidad, no abusar del sexo, evitar el contagio de ITS, tener sexo normal cuando la persona esté madura física, psicológica y biológicamente"; "(...) llegar a acuerdos con la pareja de cuántos hijos tener y buscar la edad adecuada"; "(...) manera adecuada de decidir sobre el cuerpo sin libertinaje"; "(...) estado placentero de bienestar que ayuda a disfrutar del placer"; "(...) preservación de la especie"; "(...) conjunto de aspectos instintivos del ser humano que permite saber que somos seres sexuales y con derechos".

Realizando un análisis comparativo de las respuestas de los/as encuestados/as en distintos espacios, se observa que la población en general tiene un gran desconocimiento del tema. La Salud Sexual y la Salud Reproductiva para muchas personas no es un tema importante, pues consideran otras cosas u otras situaciones como más prioritarias para su vida.

Gráfico Nº 17: Importancia de la SSR para los/as entrevistados/as en Bolívar.



Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

Así, las encuestas reflejan, en torno al conocimiento e importancia dada a la Salud Sexual y Reproductiva, que menos del 50% de la población la considera importante; también un porcentaje considerable (29%) dice desconocer sobre el tema, lo que le impide tomar una posición clara sobre la importancia a darle a este tema.

 Importancia dada a la Salud Sexual y Reproductiva, desagregado por etnia, sexo y edad, en Bolívar.

La Salud Sexual es la capacidad de mujeres y hombres de disfrutar y expresar su sexualidad y de hacerlo sin riesgos, coerción, violencia o discriminación; la Salud Reproductiva implica tener libertad para decidir cuándo, cuántos y con quién tener hijos.

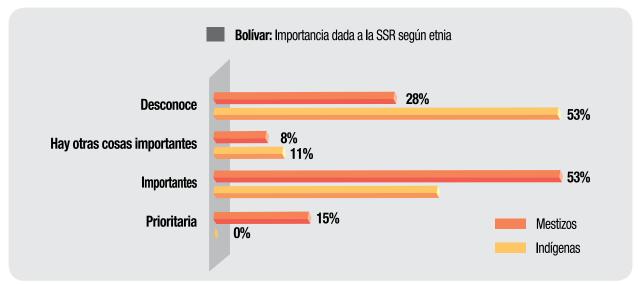
Aunque existe vergüenza en la población adulta para abordar el tema, ésta reconoce la necesidad de que se hable de sexualidad a las personas jóvenes para que, según las personas encuestadas, asuman su responsabilidad y se cuiden. Existe la idea preconcebida de que la juventud desconoce sobre esta temática y no sabe lo que hace. Pero esto no responde a la realidad, ya que, como se vio en el apartado anterior, los y las jóvenes manejan

un concepto más integral de sexualidad que la población adulta; no así de la reproducción.

La importancia dada a la Salud Sexual y Salud Reproductiva presenta algunas variaciones de acuerdo a la auto-identificación étnica, el sexo y la edad.



Gráfico Nº 18: Importancia dada a la Salud Sexual y Reproductiva, según etnia, en Bolívar.

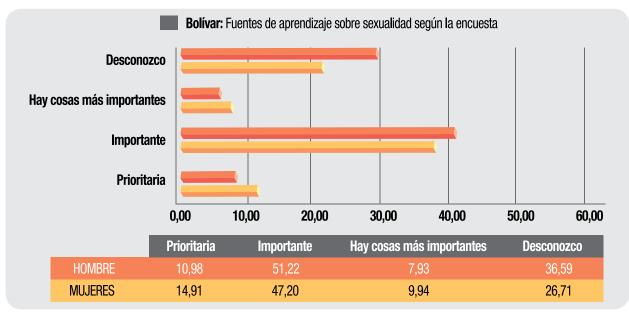


Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

El 53% de los/as mestizos/as encuestados/as considera importante el abordaje de la Salud Sexual y Reproductiva, mientras que el 53% de los/as indígenas desconoce sobre el tema.



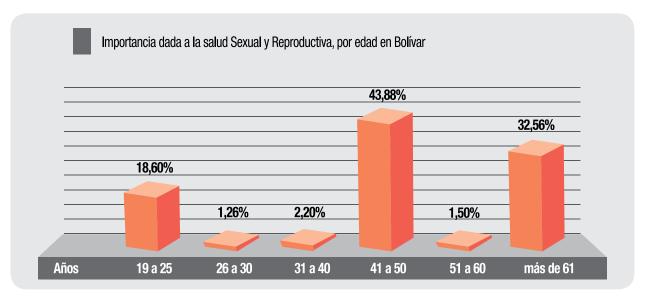
Gráfico Nº 19: Importancia dada a la Salud Sexual y Reproductiva, según sexo, en Bolívar.



Como lo muestra el gráfico anterior, el porcentaje de personas encuestadas, tanto de hombres como de mujeres, que dicen desconocer sobre la temática es altísimo. El 51% de los hombres considera importante la Salud Sexual y Reproductiva frente al 47% de las mujeres, pero así también en relación al desconocimiento de la temática el mayor porcentaje está entre los hombres (36,5%), versus el 27% de las mujeres.



Gráfico Nº 20: Importancia dada a la Salud Sexual y Reproductiva, por edad, en Bolívar.



Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

En relación a la edad, el grupo poblacional que considera más importante la Salud Sexual y Reproductiva es el de 41 a 50 años con un 43,88%, mientras que el 18,60% del grupo de 19 a 25 años piensa que hay cosas más importantes, pese a que éste es el grupo que menos desconoce sobre el tema.

Por otro lado, las personas de más de 61 años, a pesar de ser el segundo grupo en dar importancia a la Salud Sexual y Salud Reproductiva (32,56%), también afirman desconocer sobre el tema; así se constituyen en el grupo poblacional que menos información tiene al respecto, y que, por formación, educación y construcciones socio-culturales, aprendió a tener ideas más conservadoras sobre estos temas; es más, en las encuestas, los denominaban como elementos de la juventud, como aspectos que son de la nueva generación, que, en los tiempos de antes, no existían y no eran temas de preocupación.



# 7.2.4 CONOCIMIENTO, USO E IMPORTANCIA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN DE BOLÍVAR

a. Importancia dada al uso de los métodos anticonceptivos en la Provincia Bolívar.

Gráfico Nº 21: Valoración del uso de los anticonceptivos por la población bolivarense.

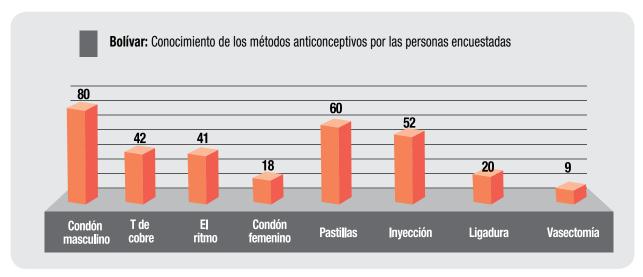


Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

b. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la Provincia Bolívar.



Gráfico Nº 22: Conocimiento de métodos anticonceptivos por la población bolivarense.

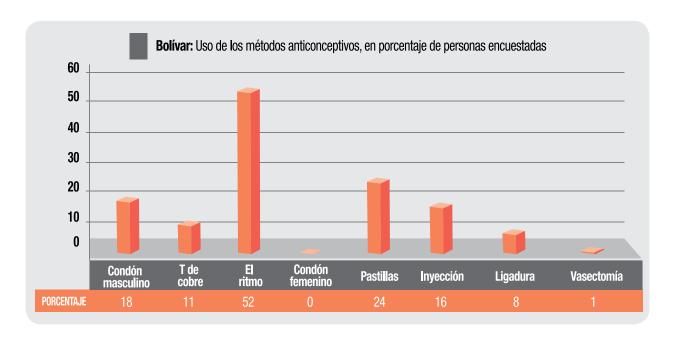


Respecto al conocimiento de los métodos anticonceptivos, los resultados de la encuesta, tanto a hombres como mujeres, reflejan que los tres más conocidos son el condón masculino (80 personas), las pastillas (60 personas) y la inyección (52 personas), mientras que los menos conocidos son la vasectomía (9 personas) y el condón femenino (18 personas), pese a que se encontraron en varios Centros de Salud dispensadores de éstos últimos, lo que demuestra que la exposición y existencia de un anticonceptivo no garantiza necesariamente su uso.

Con relación al **uso de los métodos anticonceptivos, el condón masculino es el más utilizado** por los/as encuestados/as, ya que lo usan el 52% de las personas.



Gráfico Nº 23: Uso de métodos anticonceptivos por la población bolivarense.



Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

Cabe indicar que, según los hombres que participaron en los Grupos Focales, las mujeres deben usar anticonceptivos para planificar y ellos sólo cuando son infieles, situación que se evidencia aún más en el cuadro siguiente, donde se observa que el mayor porcentaje de personas que utilizan anticonceptivos son los divorciados, con un 77,78% de uso del condón masculino.



Cuadro Nº 14: Uso de métodos anticonceptivos y situación conyugal, en Bolívar.

Uso de métodos anticonceptivos	Casado/a	Soltero/a	Divorciado/a	Viudo/a	Unión de hecho
Ritmo	20,63%	13,54%	22,22%	12,50%	16,00%
T de cobre	15,00%	3,13%	11,11%	25,00%	10,00%
Condón masculino	45,63%	51,04%	77,78%	25,00%	74,00%
Condón femenino	0,00%	1,04%	0,00%	0,00%	0,00%
Pastillas	20,63%	19,79%	33,33%	12,50%	44,00%
Inyecciones	17,50%	12,50%	11,11%	12,50%	22,00%
Ligadura de trompas	11,25%	2,08%	22,22%	12,50%	4,00%
Vasectomía	0,63%	1,04%	11,11%	0,00%	0,00%

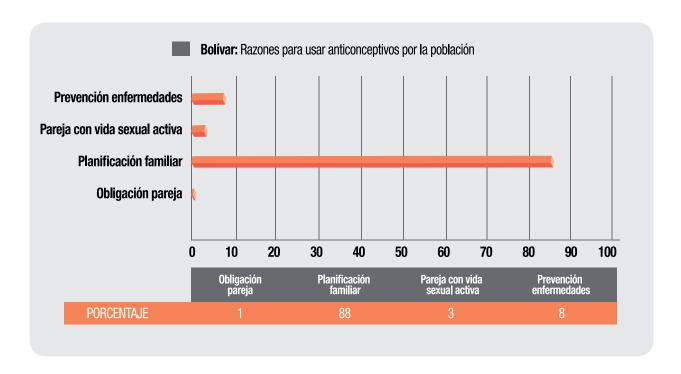
Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

### c. Razones para usar los métodos anticonceptivos.

Del porcentaje total de los/as encuestados/as, considerando tanto a hombres como mujeres, el 88% indica que usa preservativos para llevar a cabo su planificación familiar, principal motivo para usarlos; y tan solo el 8% lo utiliza para prevenir

enfermedades. Un elemento de análisis importante en esta investigación fue descubrir que las mujeres tienen experiencia en el uso de diversos métodos. Asisten a los Centros de Salud y prueban un método, pero si éste no resulta por diversas causas, no tienen ningún problema en seguir probando otros métodos más. Esto confirma que no hay una concepción verdaderamente integral de la salud.

Gráfico Nº 24: Razones para usar métodos anticonceptivos por la población bolivarense.



Al consultar sobre la decisión de utilizar **métodos anticonceptivos según la edad,** la constante que más se repite es **en función del control del número de hijos. Los y las jóvenes** mencionaron en los

diferentes Grupos Focales que la persona que debe cuidarse es la mujer, ya que ella es la responsable de decidir sobre el número de hijos que quiere y porque, al final, también son las mujeres las más afectadas.

Cuadro N° 15: Razones para usar métodos anticonceptivos, por edad, en Bolívar.

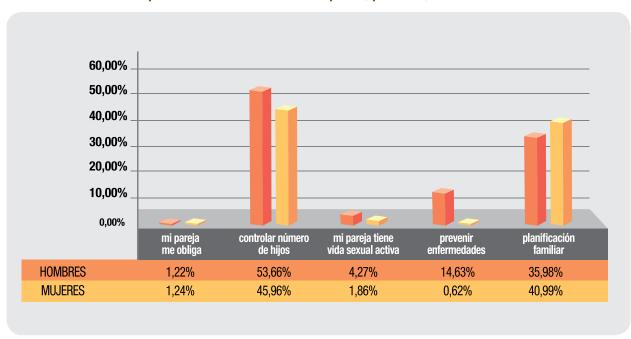
Razones para usar anticonceptivos	14 - 18	19 - 25	26 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	61 - o más
Mi pareja me obliga	2,33%	0,00%	0,00%	0,00%	1,56%	3,03%	3,85%
Controlar el número de hijos	51,16%	52,27%	53,66%	55,41%	54,69%	36,36%	26,92%
Mi pareja tiene vida sexual activa	2,33%	2,27%	2,44%	4,05%	4,69%	0,00%	3,85%
Prevenir enfermedades	2,33%	13,64%	12,20%	8,11%	4,69%	3,03%	11,54%
Planificación familiar	44,19%	45,45%	51,22%	35,14%	42,19%	30,30%	7,69%

Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

Alanalizarlas razones para el uso de anticonceptivos por sexo, el 53,66% de los hombres y el 45,96% de las mujeres dijeron que su uso contribuye al control del número de hijos que se quieren tener. Mientras que unas personas consideran que debe ser una decisión de pareja, otras, en cambio, afirman que es la mujer la que debe cuidarse porque es ella quien trae los hijos al mundo.

Las mujeres dijeron que los métodos anticonceptivos son los que les ayudan a realizar la planificación familiar y sirven para protegerse de enfermedades venéreas. Los hombres manejan la misma definición de anticonceptivos; sin embargo, señalan que éstos se deben usar solamente cuando se tiene una relación extramarital.<sup>69</sup>

Gráfico Nº 25: Razones para usar métodos anticonceptivos, por sexo, en Bolívar.

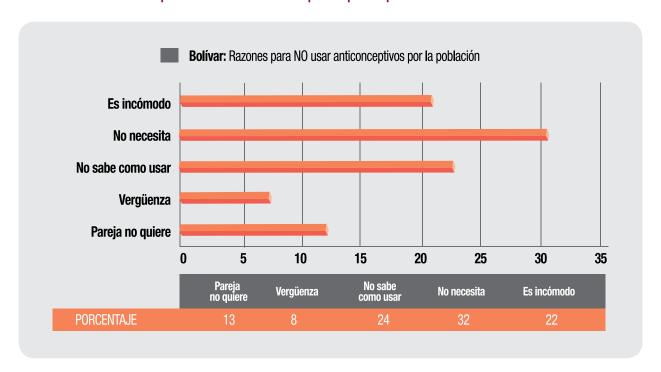


### d. Razones para NO usar los métodos anticonceptivos.

Con respecto a **las razones para no usar anticonceptivos**, el 32% dice que no necesita, ya que no está en edad reproductiva<sup>70</sup>, el 24% no sabe cómo, para el 22% es incómodo, el 13%

no lo usa porque su pareja no quiere y al 8% le da vergüenza. Es preocupante el no uso de anticonceptivos por desconocimiento y/o falta de información. Es también importante darse cuenta de que aún existe un porcentaje (13%) de parejas que no quieren usarlos; esto se debe a un elemento socio-cultural bien arraigado que es necesario ir trabajándolo en la Provincia.

Gráfico Nº 26: Razones para NO usar anticonceptivos por la población bolivarense.



Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

Cuadro Nº 16: Razones para NO usar métodos anticonceptivos, por edad, en Bolívar.

Razones para NO usar anticonceptivos	18 - 14	25 - 19	30 - 26	40 - 31	50 - 41	60 - 51	61 o más
Mi pareja no quiere	4,65%	20,45%	12,20%	16,22%	10,94%	15,15%	7,69%
Me da vergüenza	6,98%	11,36%	17,07%	9,46%	6,25%	3,03%	0,00%
No sé cómo usar	20,93%	18,18%	31,71%	14,86%	18,75%	18,18%	42,31%
No necesito	32,56%	18,18%	21,95%	19,39%	37,50%	36,36%	34,62%
Es incómodo	30,23%	25,00%	21,95%	27,03%	17,19%	15,15%	11,54%

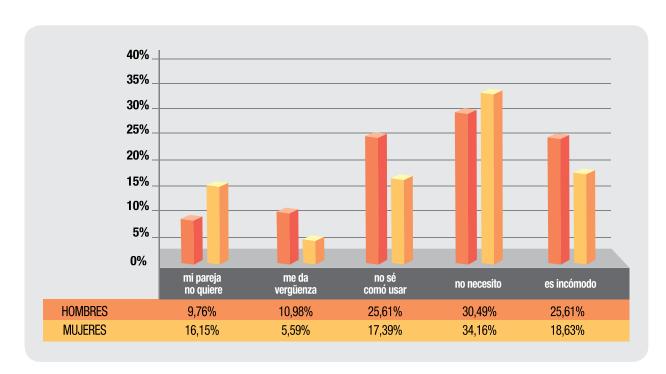
<sup>70</sup> Las personas encuestadas no consideran a la adolescencia como edad reproductiva.

Sobre las razones para no usar anticonceptivos según la edad, se encontró que, en los grupos etarios de 14 a 18 años y de 41 a 60, la principal razón es que no necesitan; en los grupos de 26 a 30 y de más de 61 años que no saben cómo usarlos; y en los rangos de 19 a 25 y de 31 a 40 la razón más dada es que les resulta incómodo. Estos datos abren varias vertientes de análisis, por ejemplo, el grupo de 14 a 18 años y los grupos de 41 años en adelante dicen, en un elevado porcentaje, no necesitar del preservativo, lo que significa que los y las adolescentes casi no están usando anticonceptivos con sus parejas y que

los adultos con una relación afectiva estable tampoco lo hacen en su mayoría, sino sólo en relaciones extramaritales.

Se puede, pues, deducir claramente con el cruce de variables que un alto porcentaje de jóvenes y adolescentes que dicen no necesitar del preservativo en sus relaciones sexuales, cuando sean mayores les va a resultar incómodo utilizarlos, y así hasta llegar a una edad en que de nuevo los consideran innecesarios. La conclusión es que la mayoría del tiempo, por una u otra razón o excusa no se usa ningún método anticonceptivo.

Gráfico Nº 27: Razones para NO usar métodos anticonceptivos, por sexo, en Bolívar.



Fuente: Encuesta CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

Las dos causas principales para que las mujeres no usen preservativos son: no necesita (34,16%) y le resulta incómodo (18,63%). Tal vez lo más preocupante es el alto porcentaje que afirma no saber usarlos (17,39%). Varias personas señalaron también que han tenido efectos secundarios al usarlos, como afectaciones hormonales o disminución del deseo sexual.

En el caso de los hombres, el 30,49% dice no necesitar y el 25,61% no sabe cómo usarlos o le resulta incómodo.



#### **ALGUNOS TESTIMONIOS**

(Grupo Focal de mujeres adultas indígenas de Simiátug):

"Actualmente tengo 5 hijos a los 26 años; como no estaba orientada nos hacían tener miedo de los anticonceptivos; como no venía al pueblo no sabía; pero como ya tenía 5 hijos me asusté, salí a averiguar sobre la planificación familiar y me puse la T de cobre".

"Desde que estoy con mi pareja, hace 17 años, él me decía que no debemos tener hijos antes de casarnos; él se sabía cuidar y aprendí a cuidarme con la fecha dependiendo de los días; por eso sólo tenemos 4 hijos; no he visto los anticonceptivos y tampoco sé cómo se usan; para tener hijas mujeres es en luna llena, mientras que, para tener hijos varones, es en luna tierna."

"Yo me cuidaba con la T de cobre, pero aun así quedé embarazada y me hizo daño, por eso ahora só<lo me cuido con el calendario."

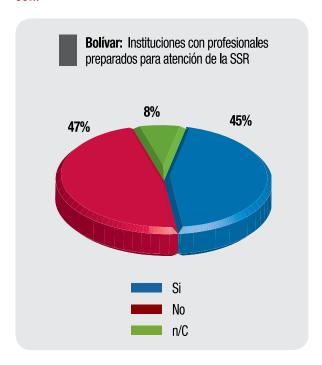
# 7.2.5 CAPACIDADES DE LAS INSTITUCIONES DE BOLÍVAR PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA

Reconocer la importancia de la Salud Sexual y Reproductiva implica que los sectores de salud, educación, justicia, seguridad ciudadana y control social contribuyan a prevenir y tratar las consecuencias de la violencia, la coerción y la discriminación sexual. Es preciso también contar con políticas públicas claras, profesionales preparados/as e infraestructura adecuada para garantizar el acceso y la protección de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos.

En el presente apartado se analiza la situación de los/as profesionales y la infraestructura con la que se cuenta en la Provincia Bolívar, de acuerdo a la información proporcionada en las entrevistas por los/as servidores/as públicos, autoridades y personal relacionado con las instituciones y organizaciones que trabajan en los sectores mencionados en el párrafo anterior. También se incluyen aquellas otras instancias que se encargan de la formulación, implementación y evaluación de las políticas públicas.

Al preguntar sobre **el personal capacitado y preparado**, del total de personas entrevistadas, el 45% menciona tener profesionales preparados/as, el 47% señala que no cuenta con tales profesionales bien preparados/as y el 8% prefirió no contestar nada (ver gráfico siguiente).

Gráfico N° 28: Instituciones de Bolívar con profesionales preparados para atención de la SSR.



Fuente: Entrevistas a autoridades CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

Entre las Instituciones y Organizaciones que cuentan con personal capacitado, destaca el Sector Salud, si bien se cuenta también con personal preparado en otras instancias:

Sector Salud: en Caluma, hay 3 profesionales capacitados, 2 de ellos con nivel de maestría. En Echeandía, Obstetrices y Psicólogos encargados orientan a la gente. En San Miguel, hay varios profesionales con conocimientos, aunque no los ponen en práctica. En Guaranda, los/as profesionales conocen del tema, pero no tienen mayor compromiso.

- Sector Justicia y Seguridad Ciudadana: en Echeandía, el Juez; en Las Naves y Chimbo, la Tenencia Política; y en Guaranda, la DINAPEN.
- Sector Educación: en Chillanes, existe un grupo que está capacitado y otro que lo está haciendo. En Guaranda, se cuenta con 5 psicólogos y 2 docentes en orientación.
- ❖ Sector que realiza Control Social: en Las Naves, profesionales de la Junta Cantonal de Protección de Derechos, del Consejo Cantonal de Protección de Derechos y Defensoría Comunitaria; en Guaranda, existe el Foro Provincial de la Mujer de Bolívar.
- Sector que trabaja en la Política Pública: en San Miguel, se está capacitando personal del GAD Municipal.

Las Instituciones que señalaron no contar con personal capacitado para el abordaje y tratamiento de la Salud Sexual y Reproductiva dieron varias justificaciones relacionadas básicamente con sus competencias:

Sector Justicia y Seguridad Ciudadana: no trabajan el tema de Salud Sexual y Reproductiva porque son entes sancionadores, no orientadores.

- Sector Educativo: no tienen un pensum de estudios adecuado; un grupo de docentes que tiene nombramiento no está interesado en capacitarse; otro grupo de docentes lo considera un tema tabú; y otros afirman que fomenta la indisciplina.
- Sector que realiza Control Social: son instituciones de vigilancia que no trabajan en Salud Sexual y Reproductiva; además, tampoco cuentan con presupuesto.
- Sector que trabaja en la Política Pública: señalan no trabajar en el tema de Salud Sexual y Salud Reproductiva, sino en el de los Derechos.

La Salud Sexual y Reproductiva no sólo considera el acceso a servicios de salud de calidad, implica también el respeto y la protección a los Derechos Sexuales y Reproductivos de todas las personas, así como el empoderamiento de las mujeres para la toma de decisiones en situaciones de intimidad sexual y regulación de la fertilidad; sin embargo, como se puede observar, no existe esta mirada integral de parte de las instituciones y organizaciones.

Otro factor fundamental para garantizar la calidad de los servicios en torno a la Salud Sexual y Salud Reproductiva es el contar con infraestructura adecuada para la atención a la población, cuestión que también fue abordada durante las entrevistas con las autoridades que expusieron la siguiente información.

Cuadro Nº 17: Infraestructura para la atención de la Salud Sexual y Reproductiva en Bolívar.

Captan	Instituc	iones /Organizaciones
Sector	Con Infraestructura para trabajar en SSR	Sin Infraestructura para trabajar en SSR
Justicia y Seguridad Social		No es su competencia; tienen infraestructura, pero no es para la educación sexual.
Educación	Salón de audiovisuales y aulas funcionales.	En San Miguel, el Centro de Salud apoya con la infraestructura. En Guaranda, no hay espacio propio.
Salud	Hay un espacio para trabajar con adolescentes sobre SSR. Hay espacios adecuados y cuentan con departamentos de psicología y obstetricia, pero no tienen espacios para talleres.	Echeandía: el espacio para consulta médica es reducido y no existe un espacio para trabajar con adolescentes.  Guaranda: en el Subcentro de Salud Los Trigales no hay un espacio adecuado; el Centro es pequeño y tampoco cuenta con Consejería.  La institución sólo brinda atención para el maltrato físico y psicológico a niños/as y adolescentes.
Control Social	En Guaranda, el Foro Provincial de la Mujer de Bolívar dispone de oficinas para: atención legal, coordinación, sala de trabajo y espacio privado.	Son una institución de vigilancia y no tienen presupuesto por falta de conciencia de las autoridades. El espacio es reducido y no hay personal de apoyo.
Políticas Públicas	El GAD de Guaranda dispone de las oficinas que fueron del Registro Civil	No ha sido una prioridad y hay poco presupuesto.

Fuente: Entrevistas a autoridades CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.



Al preguntar en las entrevistas a las autoridades respecto a las garantías que existen sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos<sup>71</sup>, el 55% de las mismas respondió afirmativamente que hay seguridad y justicia, es decir, que puede recurrirse al uso de la Ley cuando los derechos han sido violentados para garantizar el acceso a la justicia. Evidentemente las instituciones entrevistadas aluden al uso de los marcos legales para la protección de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Además, es importante recalcar que todos los cantones cuentan con la Junta Cantonal de Protección de Derechos, la cual, como es de conocimiento público, es la entidad encargada de la protección, defensa y exigibilidad de los derechos de los y las niños/as y adolescentes; asimismo, trabaja algunos temas de violencia intrafamiliar.

Las autoridades, en respuesta a la pregunta planteada, expresaron que constantemente se realizan charlas, que hay una permanente información acerca de los lugares y la manera como denunciar a los agresores y defender los derechos, que se trabaja en sensibilización y educación mediante los/as psicólogos/as de las instituciones, entre otras acciones.

Un elemento que destacó una autoridad fue el cumplimiento de la Ley de Educación, según la cual a las adolescentes embarazadas se les facilita continuar con su preparación académica. Así también, se citó que las instituciones de salud preparan para la planificación familiar. Se ofrece, desde las Unidades de Salud Pública: promoción de la salud, atención sin discriminación, acceso a

71 Confrontar con Anexo 12: Garantías de protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos. medicamentos, asesoría en uso de anticonceptivos, confidencialidad y referencia a otros especialistas en los casos en que es necesario.

Además de ello, las autoridades manifestaron que se insiste mucho en la sensibilización a través de información, capacitación, orientación y apoyo oportunos. A pesar de todo ello, prevalece aún la idea de que no hay garantías suficientes y que sólo se da información, talleres y consejos a las mujeres, pero no una verdadera protección y acceso a los derechos.

En lo que se refiere a las Iglesias, éstas brindan charlas sobre el respeto a la mujer y una sexualidad responsable, pero desde la idea tradicional de que el hombre tiene el rol productivo y la mujer el rol reproductivo.

# 7.2.6 CREENCIAS DE LA POBLACIÓN DE BOLÍVAR SOBRE LA SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

La falta de conocimiento acerca del funcionamiento del cuerpo y, en particular, de los órganos sexuales, la carga moral y los prejuicios respecto al sexo y la sexualidad, hacen que las personas tengan más dificultades para hablar del tema e informarse, haciéndose más propicia la generación de falacias y creencias erróneas en torno a la salud sexual y salud reproductiva como las que se recogen en el siguiente cuadro.



### Cuadro N° 18: Falsas creencias en torno a la Salud Sexual y la Salud Reproductiva.

El uso de anticonceptivos aminora el deseo sexual; además, produce cáncer.

La sexualidad de una mujer termina con la menopausia.

Las mujeres tienen el deber de cumplir el rol reproductivo, ya que si se casan es para tener y educar a los/as hijos e hijas.

Todas las mujeres que tienen deseo sexual y que toman la iniciativa son inmorales.

Si se tiene sexo oral o anal no se contagian de enfermedades venéreas.

Una chica puede quedarse embarazada aunque no haya eyaculación.

Coger la pepa de aguacate y hervirla en agua hace que las chicas salgan embarazadas.

La primera vez que se tienen relaciones sexuales es difícil guedar embarazada.

La chica deja de ser virgen si se le rompe el himen.

Las chicas de hoy se visten de forma provocativa y eso hace que los hombres no puedan aguantarse y las irrespeten.

Con el preservativo se siente menos placer.

La masturbación es una conducta exclusiva de los/as adolescentes.

El cuerpo debe mostrarse y descubrirse con el/a esposo/a, si no no tiene sentido.

La Salud Sexual es tener una sola pareja, ser limpio y hacer planificación familiar.

Estos temas no se deben hablar en familia; es una falta de respeto hablar esto con el papá y la mamá.

Hablar de sexualidad es hablar de relaciones sexuales.

Las píldoras afectan los nervios de las mujeres y las vuelven insoportables.

La mujer que pide a su pareja que use condón es porque no confía en él.

El condón es para usarlo en las relaciones sexuales fuera del matrimonio o en la unión libre.

Es bueno usar el condón sólo la primera vez, por si acaso se queda embarazada, porque las chicas siempre se embarazan a la primera; ya, después, ellas saben cuándo se puede y cuándo no; después ya se puede hacer sin ponerse nada.

Cuando las chicas se inician, si el hombre tiene buena mano, le hace ensanchar las caderas.

Todo hombre debe hacerle a su mujer el sexo anal, sino otro se lo hace.

Fuente: CAP Bolívar 2013 - Elaboración: Equipo Investigador.

En este contexto, el conocimiento del cuerpo, los ciclos de vida y la planificación familiar es la gran ausente, pues, aunque todos/as saben que el embarazo, en la mayoría de los casos, es el resultado de una relación sexual entre un hombre

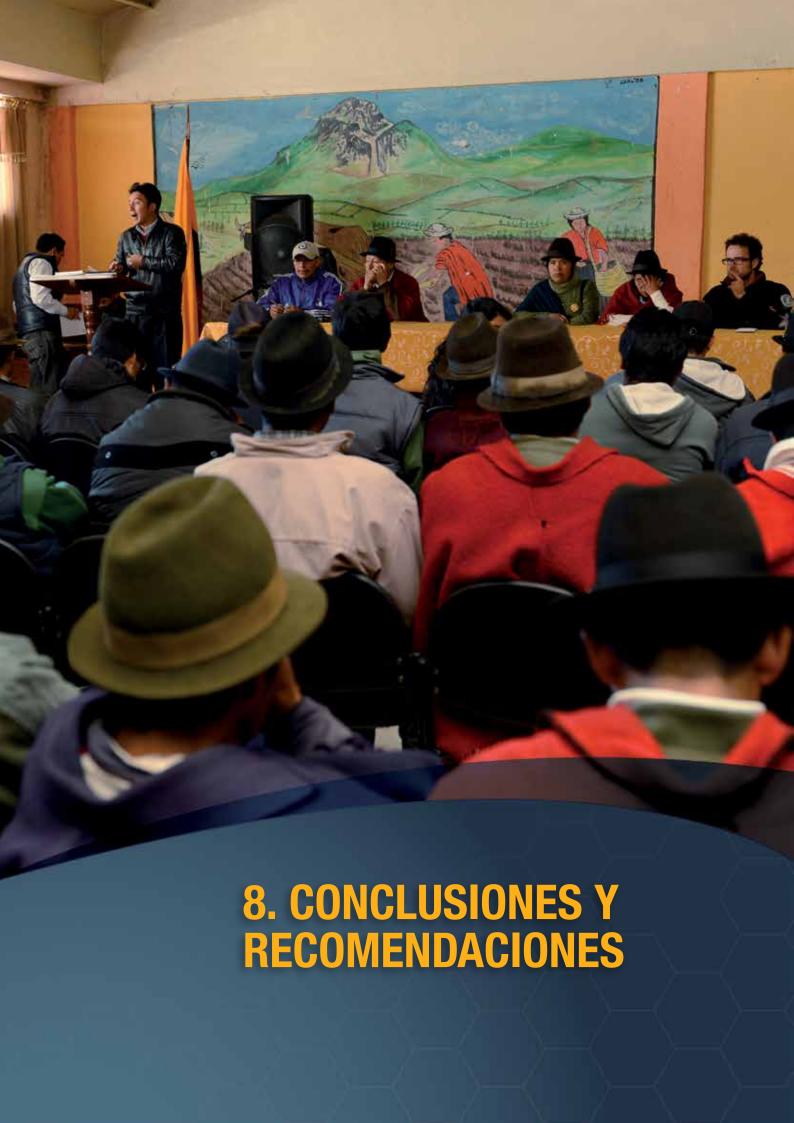
y una mujer, la mayoría de las personas conocen muy poco sobre cómo se produce en realidad y, por eso, también les resulta muy difícil comprender la forma en que actúan y pueden usar los métodos anticonceptivos.

Los/as jóvenes que participaron en la investigación señalaron que los métodos anticonceptivos son los que ayudan a evitar los embarazos no deseados y, además de indicar como ejemplos el preservativo, la T de cobre y la pastilla del amor (nombre con el que conocen a la píldora del día después), indicaron las siguientes prácticas erróneas que, según les habían contado sus padres, contribuyen a evitar posibles embarazos:

- Tomar un vaso de agua después de las relaciones sexuales.
- Terminar afuera.
- Las mujeres deben caminar luego de las relaciones sexuales.
- Para abortar, tomar el agua de la pepa de aguacate o el agua de ruda.

Estos resultados reflejan, una vez más, la existencia de numerosas creencias erróneas, manifestadas por todas las personas participantes en la investigación, independientemente de la zona, sexo, etnia y edad, que se reproducen en forma de ritos, actitudes y prácticas entre generaciones y pares que limitan el ejercicio pleno de sus derechos al no contar con conocimientos adecuados y científicos que les permitan tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva.





# 8.1 CONCLUSIONES EN CUANTO A LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y LA VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

- Los resultados de la investigación muestran que la población Bolivarense vive inmersa en una cultura violenta. La Violencia Intrafamiliar y la Violencia basada en Género es un denominador común en todos los cantones de la Provincia y está inserta en personas de todas las edades, etnias y condiciones socioeconómica.
- Se evidencia que, en la Provincia Bolívar, existen varias concepciones sobre la violencia, según la edad y el género al que pertenecen.

La violencia, para las mujeres, es concebida como marginación, discriminación, maltrato y agresión, debido a que existe la creencia de "la supremacía del hombre". Se vincula, fundamentalmente, dentro del hogar y, además de la violencia física, también se reconoce la violencia psicológica. Los hombres reconocen la violencia física como el único tipo de violencia, y también justifican las razones para que ésta se presente desde un supuesto "mal comportamiento" de las mujeres, reconociendo el poder que los hombres deben mostrar. Asimismo, ambos señalan el nexo entre violencia y consumo de alcohol como justificativo, y omiten, en todos los casos, la violencia sexual y la patrimonial.

Al entrevistar a las autoridades de los cantones de Bolívar, agentes que deben aplicar las políticas públicas para la erradicación de la Violencia Intrafamiliar y de Género, se evidencia que manejan un concepto más amplio de violencia; sin embargo, sorprende que, al igual que la población en general, las autoridades sólo visibilizan la violencia física y psicológica, y sólo en las relaciones de pareja, sin posicionar las otras violencias de género. Otro elemento de atención es que las propias autoridades

respondan que la violencia es una práctica normal y natural, que se da sin que exista control ni haya sanciones.

Lo expuesto no hace sino reforzar las relaciones de poder y la condición de subordinación de las mujeres frente a los hombres, asumiéndose de forma natural la violencia como herramienta de control y obediencia por parte de los hombres hacia las mujeres y niños/as.

Se evidenció que el término "violencia de género" no se entiende, se desconoce su significado y sus causas, ya que, en el imaginario, se piensa en la violencia que existe sólo dentro de los hogares, lugar que se reconoce como socializador y constructor de mentalidades machistas, que luego se manifiestan a través de comportamientos agresivos en otros espacios. Incluso las autoridades entrevistadas sostienen que el concepto de VIFG y su contenido son subjetivos, lo que en la práctica conlleva la no garantía de respuesta y restitución de los derechos de las mujeres en situación de violencia, ya que la atención a los casos dependerá de las creencias personales y prejuicios que tenga la persona que le atienda.

En varias respuestas, se muestra que persiste un imaginario social de prejuicios y discriminación hacia la población indígena y rural, ya que se habla de la violencia como propia de los sectores rurales y las culturas indígenas, es decir, como un problema de "otros", afirmando que no se da en sectores mestizos ni en zonas urbanas, no reconociendo el carácter multidimensional de la VIFG, su verdadera naturaleza e incidencia en todos los espacios y contra todas las mujeres.

Ello a pesar de que las cifras oficiales disponibles, así como las respuestas obtenidas en esta investigación y otros estudios realizados contradicen este prejuicio. De acuerdo a los resultados de la investigación, la violencia no se reproduce ni anida en un escenario específico, así como no obedece a un estatus social o ubicación geográfica determinada, sino que está presente en los sectores urbanos, rurales e indígenas,

así como en hombres y mujeres de todos los niveles socioeconómicos y de instrucción de la provincia.

➤ La Violencia Intrafamiliar y de Género, en la Provincia Bolívar, es un grave problema humano, sociocultural y de salud; sin embargo, está totalmente naturalizada. Las personas direccionan sus comportamientos en el marco de una estructura "aprendida" a través de una constante repetición de patrones establecidos, verticales, autoritarios, que sustentan la discriminación de las mujeres, con roles estereotipados, intolerantes y castigadores, que se cree hay que obedecer ciegamente.

La construcción de la masculinidad y la feminidad deviene en uno de los principales elementos generadores de violencia. Persiste un fuerte imaginario social que establece unos roles de género muy marcados.

- ➤ Los datos agregados reflejan una fuerte naturalización social de la violencia, no existiendo repulsa y compromiso de la sociedad ante el problema de la VIFG, aunque la identifiquen, justificándola o minimizándola al atribuir sus causas a factores externos. Esto genera que no exista presión para promover acciones de cambio.
- > Al analizar las causas que sustentan la violencia de género se ha constatado el mantenimiento y reproducción de un fuerte imaginario social que determina unos roles de género muy marcados, castigando socialmente su no cumplimiento. Así, la sociedad bolivarense sigue atribuyendo la responsabilidad del cuidado y las tareas del hogar únicamente a las mujeres. Esta construcción social está tan arraigada que tanto hombres como mujeres asumen esta situación como natural. Ante la pregunta de quién es él o la responsable de cuidar y proteger a la familia, el mayor porcentaje recayó en las mismas mujeres, que se autodenominan las personas que tienen la obligación de responder por esa tarea, reconociendo que muchos hombres no asumen su responsabilidad con el hogar y los hijos e hijas.

Estas situaciones indicadas reproducen y sustentan la dicotomía entre lo público y lo privado en función de la construcción de género que

sigue fijando lo que es "ser mujer" y lo que es "ser hombre", lo que se reproduce en actitudes y comportamientos desiguales, marcando una histórica inequidad y castigando el no cumplimiento de estos dictámenes.

Además, estas construcciones de género, concepciones desiguales del ser mujer u hombre en la sociedad bolivarense, se siguen enseñando y reproduciendo, ya que no varían en las nuevas generaciones, manifestando las y los jóvenes de 14 a 25 años la misma concepción y construcción social que manifiestan los/as adultos/as.

Se observó que todas las personas que participaron en la investigación conciben la violencia como un asunto privado – familiar, reflejo de la fuerte impunidad que sigue existiendo. Un porcentaje altísimo de personas respondieron que no recurren a nadie para solucionar su problema.

Esto denota la construcción socio-cultural que se ha establecido en la sociedad bolivarense: la violencia es un aspecto privado, y sólo cuando se evidencian daños mayores ha de ser una autoridad la que debe intervenir, en cuanto actor o actores de mayor rango que el agresor. En caso contrario o ante tipos de violencia no visibilizados ni reconocidos, como la violencia sexual o patrimonial, las situaciones de VIFG quedan en el silencio, reproduciéndose y perpetuándose en todos los ámbitos y espacios.

La violencia, además de naturalizarse, se ha "institucionalizado", casi no se sancionan los hechos de violencia, más bien se observa una tendencia fuerte de la población Bolivarense a justificar los actos violentos desde la comparación con manifestaciones violentas anteriormente suscitadas y que eran mayores, o señalando que los agresores son personas enfermas o influenciadas por el alcohol o las drogas.

Las autoridades muestran fuerte discrecionalidad mostrada al cumplir con su responsabilidad de aplicadores de la normativa, ya que se constata que, en base a sus creencias personales y prejuicios, aplican ciertos artículos, pero otros no. Es muy preocupante que no existan sanciones a los agresores de acuerdo a la normativa en una sociedad altamente violenta como la bolivarense. pues las instituciones se convierten en "consejeras" cuando deberían aplicar la Ley y, peor aún, con frecuencia las autoridades sustentan su no intervención para sancionar los actos de violencia en el miedo o el "compromiso" que eso supone.

- > Al no existir ese rechazo y condena social al problema de la VIFG entre la población bolivarense, se perpetúa la reproducción de la violencia y, en ocasiones, la misma población se convierte en observadora y cómplice de diversos actos de violencia. En el desarrollo de la Investigación, los/as actores de la misma referían que tienen conocimiento de quiénes son los/as agresores/as, pero que no denunciaban por miedo a las represalias, o porque son hijos o hermanos de familias conocidas, vecinos, autoridades, etc. La investigación, como resultado de las entrevistas, dio muchos elementos para afirmar que no existe desconocimiento respecto de las personas agresoras, se les identifica fácilmente, pero, sin embargo, muy pocas personas se atreven a denunciarlas.
- ➤ No se reconocen las causas reales que generan VIFG, se sigue achacando su origen a factores de riesgo externos, posicionándose, como principal, el consumo de alcohol y, en un porcentaje menor, aunque significativo, la personalidad del agresor y la influencia de otras drogas. Si bien se trata de factores de riesgo que desencadenan la Violencia Intrafamiliar y de Género, en realidad no deberían justificarla, pues no son suficientes razones como para responder a las características y lógica de causa - efecto. Ello hace que se siga atribuyendo atenuantes a muchos casos de violencia contra las mujeres, invisibilizando y no reconociendo las causas estructurales que la generan, minimizándola al atribuir sus causas a otros factores; incluso un porcentaje representativo de la población responsabiliza a la misma mujer que recibe la agresión.

Este contexto de invisibilización y justificación social genera que las mujeres víctimas de violencia lleguen a experimentar fuertes sentimientos de culpa, miedo y humillación, aceptando, como normales, prohibiciones no razonables, justificando el control y la vigilancia que se ejerce sobre ellas, y no solicitando ayuda para salir de ese ciclo de la violencia, bajo la idea, reproducida en su entorno, de que ellas mismas

son las responsables de la reacción violenta de los hombres.

➤ Al analizar por qué no se denuncian los casos de VIFG, las autoridades, aseguran que las víctimas tienen miedo de denunciar porque mantienen dependencia económica de sus agresores. Ya no es emocional ni sentimental, sino que más bien están condicionadas por la idea de no poder mantenerse solas con sus hijos e hijas.

Otra de la razones, tal vez la más común, para no denunciar es que los agresores son miembros del núcleo familiar y mantienen el contacto permanente con la víctima, que no tiene la posibilidad de salir y cambiar de ambiente, menos aún de iniciar un proceso de liberación y revaloración de su persona.

En este sentido, también se confirma que los procesos legales no son garantía de que se cumplan los derechos en beneficio de algunas mujeres víctimas de maltrato; más aún, en muchas ocasiones no existen procesos que sancionen los actos violentos y a quienes los desarrollan.

Puesto que existe un porcentaje alto de víctimas que no denuncia la agresión, se constata que la incidencia y magnitud de la VIFG en la provincia es, en realidad, mucho más alta y grave de lo que reflejan los datos oficiales disponibles. Además, la invisibilización de muchos tipos de VIFG por parte de la población y autoridades hace que no se tengan en cuenta ni la violencia sexual ni la patrimonial, menos aún la referente a los feminicidios.

Los datos de las encuestas indican que los motivos por los que las mujeres en situación de violencia no pueden salir de esa situación que más se evidencian son: en primer lugar, por miedo y, en segundo lugar, porque existe muy introducida la convicción de que las mujeres deben "aguantar todo por los y las hijos/as, evidenciando que existe una clara concepción de la necesidad de mantenimiento del hogar bajo cualquier circunstancia.

Esta afirmación es la evidencia de que existe un porcentaje elevado de dependencia económica y afectiva y naturalización de la VIFG por parte de las mujeres con respecto a su pareja.

En las entrevistas con las autoridades, se muestra claramente cómo **esto genera impotencia al no denunciarse los hechos** y, en muchos casos, el posterior abandono del proceso por parte de las mujeres violentadas.

Por ello, aunque, desde su experiencia personal y de trabajo, se constata que la violencia está presente desde una concepción y práctica naturalizada, sin embargo, frente a este reconocimiento, el discurso de las autoridades sigue minimizando su importancia al afirmar frases como que "la Provincia Bolívar ha bajado sus niveles de violencia, que se trata de una situación tolerable".

Realmente, el desconocimiento sobre lo que es y lo que genera la Violencia de Género, en la gran mayoría de las autoridades, es un detonante que dificulta la obtención de resultados concretos, que luego se convertirían en estrategias de solución.

- El tema de la orientación sexual, aunque no es tratado a fondo desde la investigación, sí que aparece como un tema sumamente hermético en la sociedad bolivarense que genera fuerte discriminación hacia los grupos denominados GLBTI.
- Las construcciones sociales discriminatorias y sexistas se siguen enseñando y aprendiendo. Desde la formación familiar, escolar y laboral se siguen repitiendo patrones establecidos que, muchas veces, son justificados mediante el argumento de "prácticas culturales" o idiosincrasia".

En muchos casos, como ya se apuntó, las mismas autoridades encargadas de la prevención, atención y respuesta ante la VIFG utilizan estos mismos patrones para evadir sus funciones, minimizar y/o justificar algunos casos de violencia frente al reconocimiento formal del derecho de las mujeres a vivir libres de violencia de forma efectiva, no garantizándose su protección jurídica, médica, psicológica, social y política.

Y estos patrones se refuerzan. Las mismas autoridades señalan que los medios de comunicación social son impulsadores de la violencia. La TV, el Internet, la prensa escrita incentivan a la pornografía, a las relaciones fugaces, a la delincuencia, etc. En ellos casi no existe censura y son de fácil acceso.

- > El conocimiento general acerca de las Leyes que existen en el Ecuador referentes a la defensa de los derechos de las personas que sufren violencia intrafamiliar y de género, aunque es bajo, es notablemente mayor al que la población tiene sobre otros instrumentos legales específicos. Al considerar diferentes conductas que denotan algún grado o tipo de violencia, se obtiene, en casi todos los casos, que una mayoría de personas afirman saber que están contempladas, prohibidas o castigadas por alguna Ley vigente en el país. El 90% de la población reconoce al menos una de estas acciones como conductas penalizadas por la ley, pero apenas un 23% sabe que todos estos comportamientos están sancionados por la normativa nacional y son respaldados en el nivel provincial. Aunque, en general, se sabe o se asume que existen leyes relacionadas con la Violencia Intrafamiliar y de Género, es marcada la ignorancia acerca de los instrumentos legales y medidas específicas que están en vigencia en el Ecuador. Se refleja un gran desconocimiento de los derechos y deberes de todos y todas, de los procesos de denuncia, así como de los organismos de ayuda.
- ➤ En Bolívar, no existen buenos ni malos programas preventivos y estratégicos que desarrollen las Instituciones de manera coordinada con el objetivo de erradicar la Violencia Intrafamiliar y de Género; más bien, el personal de las instituciones garantes de derechos está capacitado para responder a las secuelas que deja el problema antes que a realizar una verdadera prevención; se garantiza una atención inmediata, emergente, pero no un buen seguimiento, y menos una atención restitutiva.
- ➤ Se desarrollan algunas iniciativas, casi todas las instituciones las tienen, enfocadas a la sensibilización de las personas, pero con escasos resultados. Éstas podrían lograr resultados importantes si se tuviera un estudio de impacto de las mismas y se garantizasen los espacios de capacitación continua, si las instituciones contasen con un sistema de seguimiento y evaluación que les permitiera medir los cambios de comportamientos y si estas iniciativas se desarrollasen desde la perspectiva de un programa integral por niveles de incidencia y audiencias, en el marco de una eficiente coordinación interinstitucional e intersectorial.

- Además, en las respuestas de las autoridades se constata que siguen estableciendo como respuesta ante casos de violencia procesos de diálogo y conciliación previos a las sanciones, estrategia que está internacionalmente desacreditada ante casos de VIFG y que limita la restitución de derechos de las mujeres en situación de violencia.
- ➢ Otro elemento, identificado por las autoridades como limitante para poder desarrollar el seguimiento necesario de los casos y desarrollar las sanciones correspondientes recogidas en la normativa, es la falta de logística y profesionales. Esto refleja la poca voluntad política en posicionar el problema de la VIFG y su escaso y débil compromiso para abordar con medios suficientes y adecuados su solución.
- ➤ Todo ello pone de manifiesto la falta de capacitación, de articulación y coordinación entre instituciones y de medios para desarrollar de forma efectiva la aplicación y exigibilidad de lo que estipula la Ley, poniendo en marcha medidas aisladas que no responden a la restitución de derechos y que, muchas veces, son contraproducentes (conciliación, diálogos entre las partes....) para garantizar el derecho a una vida libre de violencia.

Estos resultados parecen ser un reflejo de la amplitud del fenómeno de la violencia intrafamiliar y de género en Bolívar, pues, si un porcentaje alto, como se veía en otro ítem, no denuncia, es muy probable que la problemática de la violencia en la provincia tenga, en realidad, porcentajes mucho más amplios y graves de lo que aparece en los datos oficiales.

Además, no hay que olvidar que los/as protagonistas de la investigación no expusieron ningún dato para el análisis en relación a la violencia sexual, tampoco de la patrimonial o económica, menos aún se refirieron a los feminicidios ni a los actos de violencia hacia las personas que tienen una opción sexual diversa. Esta situación se explica claramente al constatar las respuestas dadas por todas las personas entrevistadas, población y personal de atención y respuesta, que, en numerosas ocasiones, naturalizan y/o minimizan la VIFG, además de mantener fuertes construcciones sociales de género que hacen que el problema de la violencia de género se enquiste y reproduzca en todos los espacios.

# 8.2 CONCLUSIONES EN CUANTO A LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

En el ámbito de la salud, se observa que la población bolivarense experimenta con frecuencia moral baja, así como desánimo y tristeza, en un 61% y en un 69%, respectivamente; esta situación sin duda que afecta a la salud desde una mirada integral de la misma y no sólo como ausencia de enfermedad o malestar corporal.

Los datos sobre la percepción de la población respecto de su salud muestran que ésta es percibida mejor en la zona rural (58%) que en la urbana (41%); mejor en personas auto-identificadas como mestizas (44%) que en auto-identificadas como indígenas (36%); así como el 66,46% de las mujeres consideran tener buena salud, frente al 50% de los hombres; y que ésta es inversamente proporcional a la edad, ya que, a medida que la edad aumenta, la salud empeora, al menos así lo considera la mayoría de la población.

La salud de las mujeres es mejor porque se cuidan más, pero no por ellas mismas, ya que manifiestan que deben estar bien para poder atender a otras personas, mostrando una vez más la asimilación de la construcción social de "ser mujer" vinculada al rol de ser y cuidar de otros.

➤ La mayoría de la población en la Provincia afirma buscar siempre los Centros de Salud más cercanos para hacerse atender. Esto nos revela que hay un buen posicionamiento de los Servicios Públicos de Salud y que son bien valorados. Son pocas las personas que refieren auto-medicarse y, cuando lo hacen, es por no tener a la mano estos servicios.

Por su parte, una cuarta parte de **la población indígena** indica que la prestación de los Servicios Públicos de Salud es regular, y que esto se debe a la discriminación que padecen por ser del campo, de ahí que algunos/as dicen sentirse desplazados/as y mal atendidos/as por los médicos.

Se analizó el cuerpo y su cuidado como signo de autovaloración y autoestima. Hablar de autoestima y autocuidado significa, para la población meta de esta investigación, tener amor propio, orgullo, dignidad, respeto, valorarse, no sentirse menos que nadie. Para las mujeres significa también salir, divertirse un poco, ser consideradas; para los hombres no tener miedo, hacer lo que quieren, estar con la moral alta; para los/as jóvenes es tener buena actitud, estar feliz, cuidar de su persona, mantenerse en su forma de ser, sin importar lo que digan los demás.

El análisis que se desprende de esto es que, para las mujeres, la autoestima depende de factores externos más que internos, mientras que, para los hombres, está más relacionada con hacer lo que quieren y, para los y las jóvenes, lo que prevalece es el conflicto entre lo que quieren ser y la forma en la que les dicen que deben ser.

Por otro lado, al analizar el tema de la vestimenta, indicaron que, en el caso de las mujeres, vestirse "a la moda" indica que no se valoran a sí mismas y que, más bien, provocan el irrespeto de los hombres. Esto es un reflejo más de las construcciones sociales más extendidas y que reproducen violencias, cosifican a las mujeres y siguen construyendo relaciones desiguales de género. Además, este imaginario está presente tanto en hombres como mujeres, expresando la vinculación entre vestimenta de las mujeres y provocación a los hombres, culpabilizando a las mujeres por una conducta machista en los hombres.

Lasexualidades una categoría que se construye socialmente, forma parte de las definiciones que contribuyen al proceso de socialización de las personas. Según las encuestas, las 3 principales fuentes de socialización y aprendizaje sobre la sexualidad son: los medios de comunicación (77%), la pareja (51%) y los/as amigos/as (51%). Al cruzar los datos con la variable edad se observa que no hay mayores diferencias, pues prevalece el mayor porcentaje en los medios de comunicación, y lo mismo sucede al analizar los datos desde la variable sexo, los medios de comunicación siguen como la principal fuente de aprendizaje para el 74% de los hombres y el 79% de las mujeres.

Los medios de comunicación son referentes de sexualidad. Muchos de los programas, unos educativos, otros no tanto, reproducen los mismos estereotipos de género de siempre; sin embargo, se fomenta una educación en la sexualidad a través del televisor, cuando debería ser al revés, es decir, la equidad entre hombres y mujeres, la sexualidad, la salud, la autoestima... deberían reforzarse y fomentarse con campañas en estos medios, ofreciendo otra visión y otros enfoques no sexistas ni discriminatorios.

Al preguntar sobre la calidad de la información recibida en temas de sexualidad, las dos fuentes más "confiables" fueron las Instituciones de Salud (86,67%) y la mamá (81,82%); mientras que la considerada como menos confiable fueron los amigos (49,10%). Resulta, entonces, que las fuentes que brindan mayor información también lo hacen de forma confusa y, con frecuencia, equivocada.

Desde aquí se entiende que la Sexualidad, para todas las personas que participaron en la investigación, sea sinónimo de mantener relaciones sexuales a través del contacto físico entre un hombre y una mujer, para fines, preferentemente, reproductivos.

Para la población de Bolívar, los conceptos de Sexualidad y Reproducción están íntimamente ligados y casi se refieren a lo mismo. No obstante, se vuelven a identificar diferencias en el imaginario según el sexo: las mujeres relacionan sexualidad con amor y respeto mutuos, y reproducción con dar vida a otras personas en el marco del matrimonio; para los hombres, en cambio, la sexualidad está directamente relacionada con satisfacción, placer y desahogo natural tanto del cuerpo como de la mente, mientras que la reproducción se asocia sólo con tener hijos. Las concepciones del deseo, el placer y la vinculación afectiva se conciben desde construcciones de género muy marcadas.

Los y las adolescentes son quienes exponen más elementos sobre la Sexualidad. Señalan que ésta no se refiere sólo al coito, sino también a todo tipo de relaciones, con pareja y amigos, en el espacio público y privado; sobre la reproducción manifiestan su preocupación frente a los embarazos no deseados.

Ahora bien, la Sexualidad va más allá de sentir y manifestar deseos eróticos o tener relaciones sexuales, tiene relación con el conocimiento y el respeto de sí mismo/a, e implica también comprensión y sensibilidad hacia los sentimientos y necesidades de otras personas. En esta concepción

amplia de sexualidad también se manifiestan diferencias según sexo: así, las mujeres sí dan importancia al placer mutuo, mientras que los hombres reconocen que sólo piensan en su propia satisfacción y placer.

- Todas estas ideas respecto a la sexualidad impiden ver los Derechos Sexuales como un vehículo fundamental de comunicación y amor entre las personas, restringiendo, por sobre todo, la vivencia plena de la sexualidad en las mujeres.
- ➤ El conocimiento sobre salud sexual tiene diferencias según género y edad: para las mujeres, el conocimiento que reciben sobre sexualidad está ligado a la reproducción y es un tema que les da vergüenza abordar frente a otras personas; para los hombres, la sexualidad es un tema restringido frente al que se ha recibido información confusa. Los/as jóvenes, por su parte, manifestaron que el tema de la sexualidad es un tema tabú, lo cual dificulta mucho su abordaje con las personas adultas.
- ▶ El rito más común es el de la iniciación sexual: los/as jóvenes que participaron en este estudio señalaron, como edad de la primera relación sexual, los 15 o 16 años en las mujeres y los 12 o 13 años en los hombres. Esta edad temprana de iniciación sexual, unida a la información confusa que reciben y el bajo acceso y la falta de importancia que los y las jóvenes atribuyen al uso de métodos anticonceptivos explica el alto porcentaje de embarazos en adolescentes que se presentan en Bolívar.

La iniciación sexual es uno de los espacios donde más claro se manifiesta la socialización de género, con la imposición de prácticas y comportamientos desiguales según el sexo.

En el caso de los chicos, se siguen manteniendo ritos de iniciación sexual que responden a modelos de masculinidad hegemónica, que son riesgosos y que llevan, desde temprana edad, a construir privilegios e imponer mandatos de género a los hombres que limitarán el ejercicio pleno y responsable de su SSR.

Por su parte, en el caso de las chicas y mujeres, se les impone una fuerte carga moral que hace que vean restringido su toma de decisiones sobre la SSR, manteniéndose el mito de la pureza y honorabilidad que deben seguir conservando las mujeres para ser consideradas como "buenas" por la sociedad, ya que, si no lo cumplen y ejercen sus derechos, en muchos casos se les castigará socialmente calificándolas como "malas" o "locas".

Por tanto, la vivencia de la sexualidad tiene una diferencia muy marcada entre hombres y mujeres, ya que no se experimentan, ni conocen ni viven por igual los derechos sexuales. En relación al derecho de las personas a escoger ser sexualmente activas o no, se pudo constatar que sólo el 69,54% de los/as encuestados/as decide, en Bolívar, cuándo tener relaciones sexuales; el resto no toma sus propias decisiones respecto a este derecho básico en la vida de las personas.

Las mujeres muestran fuertes limitaciones en el ejercicio libre y consciente de la sexualidad, ya que reconocen que, en su vida, en ocasiones son obligadas a "cumplir" aunque no les apetezca, pues, de no ser así, sus parejas les amenazan con ser infieles.

- Este tema de la **infidelidad** es un nuevo ejemplo de la construcción de las relaciones de poder existentes, en las que los hombres manifiestan privilegios de género que llevan a tolerar acciones para ellos en base a su "naturaleza"; comportamientos que, en el caso de las mujeres, se castigan socialmente. Además, estos comportamientos, basados en la masculinidad hegemónica, llevan a culpar a las propias mujeres. Así, durante la investigación, muchos hombres reconocieron ser infieles, pero culpando de ello a las mismas mujeres, que no tienen ganas, por lo que se ven "obligados" a buscar satisfacción con otra pareja.
- Las opiniones expresadas por los hombres en relación a la responsabilidad de la prevención, la iniciación sexual, el placer, la infidelidad, entre otros temas, mostraron de forma clara los privilegios de género de los que gozan en muchos ámbitos de la sexualidad, y que les permiten expresar y ejercer sus deseos de forma directa, aún en los casos en que ello afecte al ejercicio pleno de los derechos por parte de sus parejas.
- Analizando los resultados obtenidos en las entrevistas a las autoridades, se tiene, como

primer punto preocupante de análisis, que muy pocos/as funcionarios/as tienen un concepto claro, concreto y científico de la Salud Sexual. Inclusive, algunos/as afirman desconocer del tema y prefieren no responder. Así, en los servidores y servidoras públicas se constata que, en muchas ocasiones, cumplen con sus reproduciendo responsabilidades patrones socio-culturales sexistas, discriminaciones y mitos erróneos relacionados con la SSR, lo que genera que muchas de las opiniones y orientaciones dadas estén perfilando prácticas equivocadas y, muchas veces, alejadas de la aplicación de la Leyes y los derechos.

Como segundo punto preocupante para el análisis se constata que más del 70% de los/as funcionarios/ as, tanto de instituciones educativas como de otros servicios públicos, **relacionan la Salud Sexual con el cuerpo**, haciendo referencia a la parte fisiológica, psicológica, sexual o de valores.

En las Entidades Reguladoras, de Control y de Justicia, el personal define la Salud Sexual desde las normas técnicas, refiriéndose a la prevención y la responsabilidad para evitar conflictos familiares, culturales y sociales. Para otro grupo considerable de funcionarios/as y autoridades, la Salud Sexual se vincula con la reproducción, la planificación familiar y el disfrute del placer en las relaciones de pareja.

- ➤ El concepto de reproducción, al igual que el de sexualidad, tiene connotaciones diferentes según género, edad y etnia. Las mujeres relacionan la reproducción con el dar vida a otras personas en el marco del matrimonio, mientras que para los hombres este concepto se asocia sólo con tener hijos. Los y las adolescentes, por su parte, señalaron su preocupación frente a los embarazos no deseados, lo que demuestra la falta de conocimientos de toda la población respecto a los derechos reproductivos. En el caso de los/as indígenas, el 53% dice desconocer sobre el tema. Estos datos determinan una alerta, ya que muestran un fuerte desconocimiento, por parte de toda la población, en torno a sus derechos.
- Respecto al conocimiento de los métodos anticonceptivos, los resultados de la encuesta, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, indican que los tres métodos más conocidos son: el condón masculino, las pastillas

- y la inyección; mientras que los menos conocidos son: la vasectomía y el condón femenino.
- Conrelación al uso de métodos anticonceptivos, el condón masculino es el más utilizado, tal como lo señala el 52% de los/as encuestados/as.

Deltotal de los/as encuestados/as en la investigación, el 88% indicó que usa preservativos para llevar a cabo su planificación familiar, que es la razón de mayor peso para usarlos; tan solo el 8% lo utiliza para prevenir enfermedades e ITS. Un elemento de análisis importante es que las mujeres tienen experiencia en diversos métodos, pues asisten a los Centros de Salud, donde les recomiendan un método y lo prueban; luego si éste no resulta siguen probando otros más. Esto confirma que no existe una concepción integral de salud.

- Sobre las razones para no usar métodos anticonceptivos, se encontró que, en el grupo etario de 14 a 18 años, la principal razón es que dicen no necesitar; esto significa que los/as adolescentes no están usando anticonceptivos en las relaciones sexuales con sus parejas. Estos resultados son reflejo del escaso y a veces erróneo conocimiento sobre los procesos biológicos y sobre el propio cuerpo por parte de las y los jóvenes, lo que les lleva a no asumir su vida sexual con responsabilidad y conocimientos claros.
- > Se destaca la no utilización de métodos anticonceptivos por desconocimiento y/o falta de información. Aún existe un elevado porcentaje (13%) de parejas que no quieren usarlos. En relación al uso de métodos anticonceptivos, siguen mostrándose fuertes mandatos de género que determinan la responsabilidad única de las mujeres en la prevención y cuidado en las relaciones sexuales y prevención de embarazos, no reconociendo la responsabilidad de los hombres en la prevención ni en los embarazos no planificados. Este imaginario se sigue transmitiendo entre generaciones; así, los y las jóvenes mencionaron que la persona que debe cuidarse es la mujer, ya que ella es la responsable de decidir el número de hijos que quiere y porque. al final, son ellas las más afectadas.
- Casi la mitad de las personas encuestadas señalaron que es importante la Salud Sexual

y Reproductiva, lo que muestra que una parte importante de la población no le da la relevancia suficiente a esta esfera de su vida. Los adultos reconocen la necesidad de hablar de sexualidad a las personas jóvenes, pero sobre la base de prejuicios intergeneracionales que asumen, como la no autonomía y/o la irresponsabilidad de la juventud, por lo que piensan que requieren de su control para que "se cuiden", en la idea de que la juventud no sabe lo que hace; y ello a pesar de que, tal como se apuntó, la juventud maneja un concepto mucho más integral de sexualidad, aunque no de reproducción.

Por otro lado, el 53% de la población indígena dice desconocer sobre el tema. Este dato es llamativo y obliga a considerar la conveniencia de iniciar procesos de sensibilización y capacitación sobre esta temática, pero que responda a sus necesidades y se adapte a sus realidades, de modo que se llegue a conocer y, posteriormente, a exigir el cumplimiento de los derechos sin discriminación.

- ➤ Las entrevistas en la investigación se hicieron a varios actores institucionales y, en todos los casos, resultó evidente que las autoridades no poseen los elementos conceptuales necesarios como para generar los cambios radicales que necesita la provincia Bolívar. Existe un gran desconocimiento sobre estas temáticas y se muestra que la atención y las orientaciones dadas a los/as usuarios/as están perfilando prácticas equivocadas, basadas en criterios morales fuertemente sexistas y discriminatorios, no basadas en cuestiones científicas ni adaptadas a las necesidades y requerimientos de los y las usuarios/as.
- Finalmente, al preguntar en las entrevistas a las autoridades, respecto de las garantías que existen en la Provincia Bolívar sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, más de la mitad de las personas encuestadas, y que forman parte de las instituciones, señaló la posibilidad del uso de la Ley cuando los derechos han sido violentados para garantizar el acceso a la justicia. Además, casi todos los cantones cuentan con el Consejo Cantonal de Protección de Derechos y la Junta Cantonal de Protección de Derechos, entidades encargadas de la protección, defensa y exigibilidad de derechos.

En resumen, atendiendo al análisis realizado desde los datos obtenidos por la investigación sobre la situación de la SSR de las mujeres bolivarenses, en la Provincia existen todavía puntos críticos a la hora de disfrutar de una SSR integral, especialmente para las mujeres, entre los que destacaríamos: un imaginario social castigador de la sexualidad adolescente: concepciones sociales sobre la sexualidad construidas en base a mitos y estereotipos fuertemente cargados de limitantes de género que afectan, de forma directa, a las mujeres y adolescentes; desconocimiento de la población sobre la salud sexual y reproductiva que les permita tomar decisiones conscientes: escasas garantías para el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos; información confusa transmitida por los agentes socializadores tradicionales; uso deficiente de los métodos anticonceptivos; además de una actitud estigmatizadora hacia ciertos sectores poblacionales en los sistemas de educación y salud.

# 8.3 RECOMENDACIONES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

- Como se ha visto, uno de los mayores limitantes para abordar la prevención, atención, respuesta y restauración de derechos de las mujeres ante casos de VIFG es la necesidad de transformar los patrones socio-culturales y mitos a ellos asociados que la sociedad bolivariense vive y reproduce constantemente desde todos los espacios y ámbitos. Para ello es de suma importancia la identificación de creencias, prácticas y mitos en torno a la VIFG que fueron visualizados durante las encuestas y entrevistas realizadas y sobre los que hay que dirigir las campañas de sensibilización para generar los cambios deseados.
- Sería interesante utilizar la información recabada en esta investigación para generar un mayor impacto en las campañas de sensibilización y concienciación hacia la población. Así, se debería poner especial énfasis en la utilización de los medios de comunicación para la difusión de campañas, ya que fueron identificados como principal fuente de información en el caso de SSR, además de ser un medio de acceso muy

- amplio y directo para casi toda la población, siendo interesante emplearla también para posicionar el tema de la condena social ante la VIFG.
- ➤ En este ámbito, sería importante contar con la elaboración e implementación de un Plan de Información, Educación y Comunicación que permita trabajar en la construcción de nuevos patrones socio-culturales para desnaturalizar los comportamientos y actitudes que promueven la violencia intrafamiliar y de género, desde una estrategia global articulada que identifique audiencias prioritarias y estrategias que respondan a las diferentes problemáticas, con mensajes claros de cambio dirigidos a cada grupo, al tiempo que logre posicionar la temática y la condena social a través de campañas masivas dirigidas a toda la población.
- ➢ Iniciar y dar continuidad a procesos permanentes de trabajo en escuelas, colegios y otros espacios con niños, niñas y adolescentes sobre SSR y VIFG, poniendo énfasis en todas las limitaciones, construcciones de género y creencias erróneas identificadas en esta investigación, para romper con el círculo de la reproducción de las desigualdades y discriminación que ya en la adolescencia exponen los y las adolescentes. En este sentido, sería importante atraer a las niñas, niños y adolescentes con actividades lúdicas en las que el contenido aborde nuevas formas de relacionarse y construirse en base al buen trato y la equidad.
- Cuando se aborden los temas de SSR es imprescindible trabajar por separado la temática de la Salud Sexual y la de la Salud Reproductiva, de manera que la población no ligue la sexualidad exclusivamente a la reproducción y que sus acciones vayan encaminadas al disfrute de sus derechos con responsabilidad, sin tabúes y libres de violencia.
- ➤ Tal como se recoge en esta investigación, el tema de la orientación sexual sigue siendo un tema sumamente hermético en la sociedad bolivarense; su abordaje debe realizarse como fruto de otro proceso de investigación especializado en torno a este eje, para comenzar a posicionarlo en los diferentes espacios de capacitación con los diversos grupos.

- ➢ Ir posicionando el tema de las nuevas masculinidades en los diferentes espacios en los que se trabaje el tema de la promoción de derechos con niños, adolescentes y hombres, ya que la construcción de la masculinidad hegemónica, sus consecuencias negativas y sus riesgos, tanto para hombres como para mujeres, fue uno de los temas más evidenciados en la investigación, siendo un elemento todavía poco tratado y que es fundamental para lograr avanzar en la igualdad real.
- Emprender de Educación. un proceso Información y Comunicación dirigido a las autoridades competentes y al personal de las instituciones garantes de derechos sobre las temáticas de Salud Sexual y Salud Reproductiva y Violencia Intrafamiliar y de Género, empezando por su conceptualización, ya que existe un gran desconocimiento, lo que supone un fuerte limitante para su abordaje. Esto permitiría dotar de capacidades suficientes y necesarias a las personas encargadas de la promoción, atención, respuesta y restitución de derechos, de modo que mejoren la calidad y calidez de los servicios, logrando así hacer efectivos el cumplimiento de las normativas y de los derechos recogidos en el marco legal del país.
- El proceso de capacitación en torno a estas temáticas, dirigido a los y las servidores/as públicos/as, debería ser permanentemente promovido desde el nivel central. Un buen ejemplo de esta capacitación sería poner en marcha en los diferentes sectores un programa similar al SIProfe, promovido por el Ministerio de Educación, para la formación constante y actualización de conocimientos por parte de los docentes en todo el país.
- A lo largo de 2013 se articularon 7 Redes, una por cada cantón de la Provincia, las cuales se han ido consolidando con el nombre de REDES PRO DERECHOS BOLÍVAR, alentando a las personas e instituciones a no actuar solas, sino en forma articulada y simultánea, en red. Todas las instituciones se han integrado en la Red de su cantón para ofrecer y facilitar a las víctimas de violencia todas las posibilidades, servicios y oportunidades hasta que puedan restaurarse sus derechos. Aquí es importante seguir impulsando con decisión, desde cada Gobierno Autónomo Descentralizado y desde cada una de las

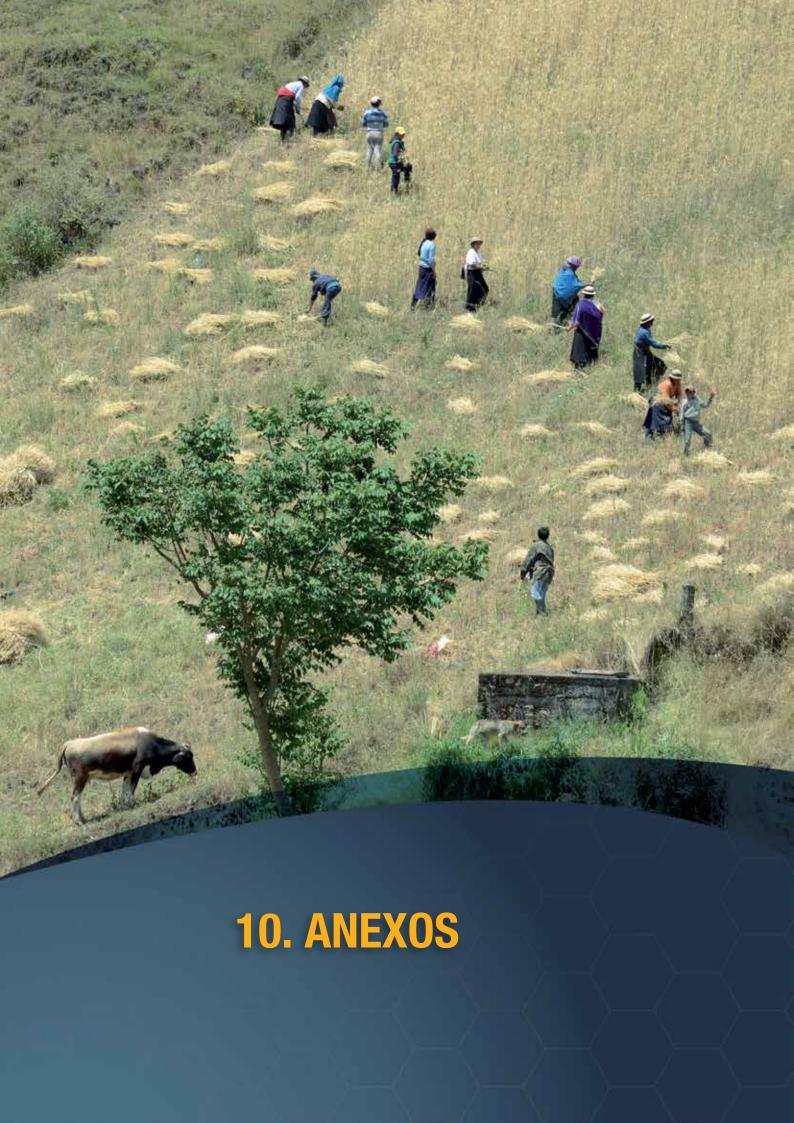
instituciones participantes, estas Redes, pues sólo esto permitirá un accionar integral ofreciendo una verdadera atención integral a las víctimas y sus familias, y logrando la restitución de los derechos vulnerados.

- ➤ Sería interesante aprovechar estos espacios de las Redes para promover la capacitación al personal de las instituciones en base a su propia experticia. Se podría crear un espacio de conocimiento compartido en el que cada área (educación, salud, justicia, cabildos...) replicara a los/as demás las experiencias y capacitaciones recibidas en relación a la SSR y VIFG en el marco de sus competencias.
- ➤ Seguir realizando las campañas de sensibilización en torno a los "16 Días de Activismo", o similares, que ya se han promovido desde las Redes Pro Derechos de la provincia Bolívar, y que son espacios reconocidos por la gente y que se han ido institucionalizado. Además, son actividades por las que los medios de comunicación se interesan, difundiendo los mensajes y posicionando ciertas temáticas que sino no se abordarían entre la población.
- > Resulta imprescindible implementar con y desde estas Redes Pro-Derechos un sistema de seguimiento y evaluación, que permita a las instituciones que trabajan por la erradicación de la violencia intrafamiliar y de género medir los cambios logrados. Estas iniciativas deben desarrollarse desde la perspectiva de un programa integral por niveles de incidencia v audiencias, en el marco de una eficiente coordinación interinstitucional e intersectorial. Este sistema permitiría ir definiendo claramente los mensajes y actividades de sensibilización y promoción que mejor funcionan con cada grupo poblacional, adaptándolas en caso necesario a las diferentes necesidades y realidades de cada zona o cantón.
- ➤ Un dato importante recogido en los resultados es la fuerte valoración de las instituciones de salud por parte de la población, sobre todo mestiza, reconociéndolas como el lugar donde reciben, en general, buena atención e identificándolas como la fuente más confiable para solicitar información sobre SSR. Sería importante fortalecer al personal de estas instituciones de

- salud para que, aprovechando su aceptación, puedan iniciar procesos de sensibilización en torno a éstas y otras temáticas, como VIFG o diversidades sexuales, en sus diferentes atenciones y actividades. Además, puesto que están presentes en todos los territorios, sería importante iniciar con los y las profesionales de estas instituciones un proceso de capacitación sobre temas de discriminación e interculturalidad para aumentar el reconocimiento y acercamiento con la población indígena de acuerdo a sus necesidades, culturas y realidades, permitiendo que esta sensibilización llegue a todas las zonas de la provincia.
- ➤ Trabajar desde las instituciones públicas y de la sociedad civil para socializar, de forma clara y adaptada a las necesidades de las distintas poblaciones, las políticas públicas y normativa nacional, para que conozcan las herramientas y servicios disponibles en sus zonas, disponiendo así de un conocimiento básico para poder contar con garantías claras para el ejercicio de los derechos y su exigibilidad. Es fundamental que, tanto el personal de las instituciones como la población en general, conozcan y se apropien de las leyes existentes.
- Sería fundamental contar y fortalecer mecanismos como las Redes Pro Derechos, dando peso también a la participación de la sociedad civil organizada en estos espacios, para que se conviertan en espacios con un rol importante de abogacía y veeduría, exigiendo a las autoridades que transfieran presupuesto, logística y profesionales suficientes para poder realizar la promoción de los derechos, el seguimiento necesario de los casos de VIFG y desarrollar las sanciones correspondientes recogidas en la normativa.
- Por último, sería importante seguir fomentando la realización de estudios de investigación que aporten datos e información fidedigna en torno a estás temáticas u otras vinculadas (corresponsabilidad del cuidado, diversidades sexuales, identidad sexual, discriminación, factores de riesgo ante la VIFG, buen trato...), que sirvan para el diseño de programas preventivos eficaces que respondan a las necesidades y problemáticas de cada una de los cantones y parroquias de la provincia Bolívar.



- Bertelli María Cristina, Historias de violencia, Fundación Armonía, Buenos Aires, 2000.
- Consejo Nacional de las Mujeres, Mis Derechos en la Nueva Constitución, Quito, 2008.
- Constitución Política de la República del Ecuador, 2008.
- Correa S., Petchesky R., Reproductive and sexual rights: a feminist perspective, Population Policies Reconsidered, Health, Empowerment and Rights, IWHC, NYC, 1995.
- Decreto Ejecutivo No 620, del 10 de Septiembre de 2007.
- Escuela de lideresas en Derechos Humanos de las Mujeres, Guía de la Difusora, Centro de Desarrollo, Difusión e Investigación Social, Chimborazo, 2006.
- GTZ, Género y Seguridad Ciudadana, Módulo de Capacitación Regional, Managua, 2004.
- ILANUD, Caminando hacia la igualdad real, Programa Mujer, Justicia y Género, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, 1997.
- ILANUD, Material didáctico del Programa Mujer, Justicia y Género, Instituto Latinoamericano de Prevención del Delito, San José, 1995.
- INEC.
- Lara Silvia, Derechos Humanos Mujeres, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Guía de Capacitación, Tomo 2, San José, 2000.
- Plan Nacional para la Erradicación de la Violencia de Género hacia la Niñez, Adolescencia y Mujer, 2008.
- Sanz Mariela, García Juan, Benito María Teresa, Materiales para prevenir la violencia contra las mujeres desde el marco educativo, Unidad Didáctica para Educación Secundaria, España, 2005.
- Sinú Romo Reza, Greta Papadimitriou Cámara, Sistema Sexo Género, Guía Metodológica, México D.F., 2004.
- Ulloa María Teresa, Agarra la onda chavo, Masculinidad, Iniciación Sexual y Consumo de la Prostitución, Coalición Internacional contra el Tráfico de Mujeres, México D.F., 2006.



#### **ANEXO 1**

#### **GUÍA DE ENTREVISTA A GRUPOS FOCALES**

Fecha:	
Lugar:	
Hora (inicio):	(Finalización):
Modo de Registro:	
Nombre del/la Moderador/a:	

#### Listado de Participantes:

N°	Participante	Edad	Sexo	Comunidad donde habita
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

#### **DESARROLLO**

- 1. Saludos y agradecimiento.
- 2. Presentación de la finalidad de la reunión y socialización del Objetivo de la Investigación (indagar sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la Población de la Provincia Bolívar en relación a la Salud Sexual y Reproductiva, y la Violencia Intrafamiliar y de Género).
- **3.** Enfatizar que no existen respuestas buenas o malas, sino que lo importante es que expresen sus opiniones libremente y en un ambiente de respeto.
- 4. Presentación de los/as participantes.
- 5. Ejercicios de relajación que sirvan para introducir a las personas a la temática en estudio.
- 6. Elaboración de preguntas.

#### **PREGUNTAS - GUÍAS:**

#### Para los grupos que trabajaron el tema de Violencia Intrafamiliar y de Género

#### Para los grupos que trabajaron el tema de Salud Sexual y Reproductiva.

EJE TEMÁTICO		PREGUNTAS GENERADORAS
	1.	¿Qué es lo primero que se les ocurre cuando se habla sobre autoestima y autoimagen?
	2.	¿Consideran importante el cuidado del cuerpo? ¿Por qué?
	3.	¿Que podría ocurrir si una persona no cuida su cuerpo?
	4.	¿Qué es para ustedes la sexualidad?
	5.	¿Qué ideas o creencias han escuchado con respecto a la sexualidad?
	6.	¿Existe algún rito de iniciación sexual en su comunidad / localidad?
	<ul> <li>7. ¿A qué edad y con quién, por lo general, tienen su primera relación sexual los hombres y las mujeres?</li> <li>8. ¿La manera que manifiestan o viven su sexualidad los varones es</li> </ul>	
	8.	¿La manera que manifiestan o viven su sexualidad los varones es diferente que la de las mujeres? ¿Pueden citar algunos ejemplos?
Salud Sexual y	9.	¿Qué opinan en relación a que los varones tienen mayor deseo sexual en comparación con las mujeres? ¿Será cierto eso?
Reproductiva	10.	¿Y en relación a que sólo en ellos es importante sentir placer? ¿Será cierto eso?
	11.	¿Qué preocupaciones sobre temas sexuales identificas en ti y en tu pareja?
	12.	¿Qué factores (religión, tradiciones, tipo de cosmovisión) influyen y de qué manera en el ejercicio de la sexualidad?
	13.	¿Qué son los métodos anticonceptivos?
	14.	¿Cuáles son los más utilizados por las personas de esta comunidad / localidad?
		¿Qué dificultades identifican respecto a la práctica o costumbre de usar métodos anticonceptivos?
	16.	En la pareja, ¿quién decide qué método anticonceptivo utilizar? ¿Por qué?
	17.	En la pareja, ¿quién decide cuántos hijos tener? ¿Por qué?

7.- Cierre. Dar espacio a comentarios libres. Agradecer por la cooperación y el tiempo.

#### **ANEXO 2**

#### **ENTREVISTA**

#### **PRESENTACIÓN**

actitudes y prácticas de la pob violencia intrafamiliar y de géner	; como parte de la investigación sobre conocimientos, lación de la provincia Bolívar en relación a la salud sexual y reproductiva, y la o, estoy realizando una entrevista acerca de este tema. La información brindada ter confidencial, solo será utilizada para los propósitos de la investigación.
Institución:	Persona entrevistada:
Función:	Tiempo de experiencia: contrato (años)
Fecha:	
Cantonal de Protección de Der Pueblo, Ministerio del Interior, e	
<ol> <li>Prácticas discriminatorias intrafamiliar y de género.</li> </ol>	s del Estado que atentan contra el derecho a una vida libre de violencia
¿Cuáles son las institucio violencia intrafamiliar y de	nes públicas de la Provincia Bolívar que trabajan en temas relacionados con la e género?
• ¿Qué hace su institución	para garantizar el derecho a una vida libre de violencia?
• ¿Qué problemáticas ha género?	visto Ud. que tengan relación con el tema de la violencia intrafamiliar y de

•	¿Persisten aún en los servidores de la institución a la que usted pertenece rasgos socio-culturales que no contribuyen a garantizar el derecho a una vida libre de violencia? Si es una respuesta positiva, ¿en qué prácticas se manifiestan?
2.	Consecuencias de la invisibilización del Estado como actor.
•	¿El Estado, como actor social, está atento a la situación de violencia que se genera a diario en la Provincia Bolívar? Si es una respuesta negativa, ¿qué situaciones está descuidando?
•	¿Qué garantías brinda su institución a las mujeres víctimas de violencia?
•	Si una persona comete una agresión, ¿cuáles son las garantías de que será sancionada y no volverá a cometer más actos de violencia intrafamiliar o de género?
	Nivel de aceptación de que la violencia es provocada por factores externos; como alcoholismo, drogas u otras patologías. ¿Cuáles son los factores que influyen para que una persona se convierta en agresor/a?
•	¿Considera Ud. que la implantación de la violencia en nuestro medio tiene niveles incontrolables y que ya es una práctica cotidiana? Si es una respuesta positiva, ¿cuáles son las acciones negativas más frecuentes?

+.	problemas que implica el no reconocimiento de la medicina ancestral.
•	¿Qué entiende por Salud Sexual y Reproductiva? ¿Tiene conocimientos sobre ese tema? Si es una respuesta positiva, defina esos conceptos.
•	¿Su cantón, parroquia y/o localidad cuenta con profesionales con la debida preparación académica y la experiencia para garantizar la educación en salud sexual y reproductiva de las mujeres? Si es una respuesta negativa, ¿cuáles son las razones?
•	¿Su cantón, parroquia y/o localidad cuenta con la infraestructura y con la debida atención para garantizar la educación en salud sexual y reproductiva de las mujeres? Si es una respuesta negativa, ¿cuáles son las razones?
•	¿Qué garantías brinda su institución para el respeto y protección de los derechos sexuales de las mujeres?
•	¿Qué prácticas de medicina ancestral relacionadas con la salud sexual y reproductiva conoce?
•	¿Qué prácticas de medicina occidental han reemplazado a la medicina ancestral en relación a la salud sexual y reproductiva?

•	Entre la medicina occidental y la medicina ancestral, ¿cuál considera que es la más apropiada y por qué?

#### **ANEXO 3**

#### **ENCUESTA**

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PUEBLO BOLIVARENSE CON RELACIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, Y LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO"

		_
	INFORMACIÓN GENERAL	
C	Cantón: CHILLANES GUARANDA LAS NAVES	
	ECHEANDIA CHIMBO SAN MIGUEL CALUMA	
F	echa:///	
E	incuestador/a responsable:	
S	e está realizando la encuesta a: Mujer Hombre Joven mujer Joven hombre	
	,	
	PRESENTACIÓN	
E	stimada/o participante:	
	duenos días/buenas tardes/buenas noches, mi nombre es y actualmente me encuentro trabajando para un estudi	
	colaborando con las encuestas), que está propiciando una investigación sobre el conocimiento, las actitudes rácticas que tenemos sobre la salud sexual y reproductiva, y la violencia intrafamiliar y de género. Como parte de est	
	nvestigación se está realizando una encuesta para la recolección de información.	
٥	su participación es muy importante y la información que nos pueda dar es valiosa para impulsar y fortalecer lo	١.
	rocesos de formación y capacitación.	3
	gradecemos de antemano sus respuestas y le aseguramos que la información proporcionada será tratada de maner onfidencial, se mantendrá el anonimato, no se registrarán nombres ni ninguna otra información que pueda identifica	
	la persona encuestada.	
I.	INFORMACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA	
1.	¿Cuántos años tiene? (en años cumplidos)	
2.	¿Estado Civil?	_
	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Unión de Hecho	
3.	¿Cuál es su lengua materna?:	
	Castellano Kichwa Otra (especificar):	
4.	¿Cómo se auto-identifica?:	
	Indígena Montubio/a Afrodescendiente Mestizo/a Blanco/a	
	Otro (especificar):	
5.	¿Hasta qué nivel estudió o estudia?:	
	Ninguno	
	Primaria Incompleta Primaria Completa	
	Secundaria Incompleta Secundaria Completa	
	Técnico Incompleto Técnico Completo	
	Universitario Incompleto Universitario Completo	

#### II. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE GÉNERO

6.	Señale con una equis (X) las funciones que considera propias de las mujeres (más de una respuesta
	es posible):

Cuidar a los/as niños/as	
Arreglar las cosas de la casa	
Lavar la ropa, planchar, cocinar	
Trabajar para traer la comida a casa	
Jugar con los/as hijos/as	
Cuidar y proteger a la familia	

7. Señale con una equis (X) las funciones que considera propias de los hombres (más de una respuesta es posible):

Cuidar a los/as niños/as	
Arreglar las cosas de la casa	
Lavar la ropa, planchar, cocinar	
Trabajar para traer la comida a casa	
Jugar con los/as hijos/as	
Cuidar y proteger a la familia	

8. 2	En qué lugares ocurren	hechos de violencia,	como burlas,	gritos, golpes,	amenazas?
------	------------------------	----------------------	--------------	-----------------	-----------

Casa.	 Comunidad.	 Escuela.	 Trabajo.	
Instituciones Públicas.	 Iglesia.	 Instituciones privadas.	 Otros.	

**9. Señale la intensidad con la que se produce la violencia en cada lugar:** 5 si es muy violento, 3 si es medianamente violento, 1 si es poco violento.

	5 muy violento	3 medianamente violento	1 poco violento
Casa			
Comunidad			
Escuela			
Trabajo			
Instituciones Públicas			
Instituciones Privadas			
Iglesia			

10. ¿Qué haría o ha hecho usted en caso de violencia intrafamiliar?:

Callar	
Poner una denuncia	
Hablar con alguien	
Reflexionar sobre el error que cometió	
Pedir ayuda a alguna autoridad	
Nada, porque es normal	

# 11. ¿Cuáles de las siguientes instituciones fomentan o mantienen la violencia? (más de una respuesta es posible):

Policía	
Comisaría de la Mujer	
Fiscalía	
Instituciones de Salud	
Instituciones Educativas	
Iglesias	

## 12. ¿Por qué cree que se da la violencia en la familia? (señale su respuesta para cada una de las opciones):

	SI	NO
Alcohol		
Drogas		
Enfermedad mental		
Personalidad		
Uno/a mismo/a genera eso		
Los hombres son violentos por naturaleza		
Siempre se ha dado eso		

## 13. Cuando ocurre una situación de violencia, ¿por qué no se puede salir del problema? (más de una respuesta es posible):

Miedo	
Culpa	
Las mujeres tienen que aguantar por los/as hijos/as	
No tengo trabajo	
Estoy enamorada/o, lo/a quiero mucho	
Es un problema exclusivamente interno a la familia	
Los/as hijos/as necesitan de padre y madre	
Por desgracia fue mujer y no varón la hija	

#### 14. Cuando existen actos de violencia en tu comunidad, ¿quiénes lo resuelven?

Las madrinas o padrinos del matrimonio.

Los compadres o comadres como consejeros.

Castigo con ortiga y remedios espirituales.

El sacerdote o pastor de la comunidad.

La polícia.

Nadie.

#### III. SALUD

#### 15. ¿Cómo califica su salud actualmente?:

- a. Excelente.
- **b.** Muy buena.
- c. Buena.
- d. Regular.
- e. Mala.

#### 16. En las últimas 4 semanas, ¿cómo se ha sentido?

PREGUNTAS	Siempre	Muchas veces	Algunas veces	Nunca
¿Se sintió llena/o de vitalidad?				
¿Estuvo nerviosa/o y/o asustada/o?				
¿Estuvo con la moral baja y nada podía animarle?				
¿Se sintió en calma y tranquila/o?				
¿Tuvo mucha energía?				
¿Se sintió con desánimo y tristeza?				
¿Se sintió cansada/o?				
¿Ha sentido algún malestar en su cuerpo?				
¿Recibe amor y cuidado?				
¿Ha sentido la necesidad de ir al médico?				

#### 17. Cuando se enferma y desea consultar, ¿a qué instituciones o personas acude?

ITEM	SI o NO		CALIDAD DE ATENCIÓN
Centro de salud			
Curandero			
Hospital			

#### IV. CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL

# 18. ¿Con quién aprendió sobre temas de sexualidad? Y, ¿cómo fue la información? (Señale su respuesta para cada una de las opciones):

	SI o NO		INFORMACIÓN CONFUSA Y EQUIVOCADA		
Mamá					
Papá					
Pareja					
Amigos/as					
Instituciones de Salud					
TV					
Radio o periódico					
Internet					
Nadie					

#### 19. Cuando usted tiene relaciones sexuales... (más de una respuesta es posible):

	RESPU	JESTAS
	SI	NO
Se protege de un embarazo		
Se protege de contraer alguna enfermedad		
Le pide a su pareja que se proteja		
Usted decide cuándo tener relaciones sexuales		
Las relaciones sexuales que tiene son impuestas		

#### 20. La salud sexual en su vida es:

Prioritaria	
Importante	
Hay otras cosas más importantes	
Desconozco	

#### **V. SALUD REPRODUCTIVA**

### 21. ¿Qué métodos anticonceptivos conoce y cuáles ha utilizado? (Señale su respuesta para cada una de las opciones):

MÉTODOS	CONOCIMIENTO		USO	
	SI	NO	SI	NO
El ritmo				
La T de cobre / diafragma				
El condón masculino				
El condón femenino (anillo vaginal)				
Las pastillas				
La inyección hormonal				
La ligadura de trompas				
La vasectomía				

#### 22. El uso de métodos anticonceptivos es:

Bueno.

Malo.

No se necesita.

Es incómodo.

#### 23. ¿Qué razones tiene para no utilizar anticonceptivos?

Mi esposo/a no quiere.

Me da vergüenza.

No sé cómo usar.

No necesito.

Es incómodo.

#### 24. ¿Qué razones tiene para usar anticonceptivos?

Mi esposo/a me obliga.

Me permite controlar el número de hijos/as.

Mi esposo/a tiene una vida sexual activa.

No sabemos cómo hacer planificación familiar.

¡Muchas gracias!







www.medicusmundi.es/catalunya www.medicusmundi.cat



f medicusmundimed



@medicusmundimed