

Fall 2006

La Ley de Maternidad Gratuita en Intag: Su Aplicación, Educación y Uso

Stephanie Lewis
SIT Study Abroad

Follow this and additional works at: https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

 Part of the [Maternal and Child Health Commons](#), and the [Public Health Education and Promotion Commons](#)

Recommended Citation

Lewis, Stephanie, "La Ley de Maternidad Gratuita en Intag: Su Aplicación, Educación y Uso" (2006). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 319.

https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/319

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

La Ley de Maternidad Gratuita en Intag: Su Aplicación, Educación y Uso

Lewis, Stephanie

Director Académico: Xavier Silva

Consejera del Proyecto: Dra. Pilar Muthre

Gustavus Adolphus College

Biología

South America, Ecuador, La Zona de Intag, Cuellaje

Submitted in partial fulfillment of the requirements for

Ecuador: Comparative Ecology and Conservation, SIT Study Abroad,

Fall 2006

Índice

Página de título	1
Índice	2
Abstractos	3
Introducción	4
Antecedentes	
La Zona de Intag	5
El Ministerio de Salud Público	6
La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia	7
El Estado de la Ley Hasta 1999	8
Metodología	9
Manifestación de La Ley de Maternidad Gratuita en la Zona de Intag	
El Plan Nacional de Alimentación y Nutrición	11
La Medicina Gratuita	12
Campañas Gratuitas	12
Planificación Familiar	13
Conocimiento de la Ley	16
Uso de la Ley	18
Educación Sobre la Ley	20
Análisis	21
Conclusión	24
Agradecimientos	26
Bibliografía	27
Apéndice 1	29

Abstractos

El país de Ecuador tiene una tasa de mortalidad infantil y maternal muy alta, además problemas con desnutrición. El Ministerio de Salud Público respondió a estos problemas con una ley para proveer el público con diferentes tipos de atención gratuita. Su esperanza es para disminuir estos problemas con la ley. La ley se llama la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, e incluye atención y controles gratuitos para mujeres embarazadas, un parto y posparto gratuito, y controles, vacunas y atención gratuita para los niños menores de 5 años de edad. En la zona de Intag, del cantón Cotacachi y provincia Imbabura, hay una necesidad muy profunda por esta ley. Tienen una tasa de pobreza alta y una tasa de natalidad alta también. Por tres semanas, entrevisté 100 mujeres sobre su conocimiento de la ley, su uso de la ley, como aprendieron de la ley y su uso en la planificación familiar. Entrevisté mujeres en las comunidades con subcentros de salud y en comunidades pequeñas sin subcentros de salud. Comparé las diferencias entre estos lugares. Encontré que la mayoría de las mujeres saben de la ley y se aprovechan de ella, pero todavía hay una falta de conocimiento y uso. La promoción para la ley está ubicada en la mayoría en los subcentros, en la forma de carteles y folletos, entonces no está disponible para las mujeres que no visitan los subcentros. Este fue mostrado en los resultados de las encuestas, ya que las mujeres que no viven en comunidades donde existe un subcentro tienen menos conocimiento y uso de la ley. Pienso que las mujeres que viven más lejos no tienen los recursos, tiempo o motivación para viajar a los subcentros para aprender sobre la ley y también cada mes para recibir sus controles. La falta de recursos de los proveedores de salud inhibe la dispersión de atención y cuidado.

The country of Ecuador has a high rate of infant and maternal mortality, as well as problems with malnutrition. The Minister of Public Health responded to these problems with a law to provide the public with different types of free medical attention. The Minister's hope is to reduce these problems with the law. The law is called the Law of Free Motherhood and Attention for Infants (Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia), and includes free attention and vitamins for pregnant women, free birth and post-birth care, and vitamins, attention and vaccinations for children under 5 years of age. In the zone of Intag, of the canton Cotacachi and province Imbabura, there is a high level of poverty as well as a high birth rate. For three weeks, I interviewed 100 women about their knowledge of the law, their use of the law, how they learned of the law, and their use of birth control. I interviewed women in communities with health centers and in communities without health centers. I compared the differences between these places. I found that the majority of the women know of the law and benefit from it, but there is still a lack of knowledge and use of it. Education of the law is located primarily in the health centers, in forms of posters and pamphlets, and therefore is not available to the women who do not regularly visit the health centers. This was also demonstrated in the results that the women who do not live in communities with health centers have less knowledge of the law and also use it less. I believe that the women the live far from the communities with health centers do not have the resources, time, or motivation to travel to the health centers to learn about the law and also to return every month to receive vitamins. The lack of resources of the health providers also inhibits the dispersion of attention and care.

Topic Codes: 520, 701, 719. Keywords: Public/Women's Health, Rural Latin Am.

Introducción

En 1999, el gobierno de la República de Ecuador se aprobó la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (LYMAI). Esta ley provee a las mujeres embarazadas, a las madres y a los niños menores de 5 años con atención gratuita. Fue introducido para aumentar el nivel de vida y bajar las tasas altas de mortalidad infantil y materna. Esta ley incluye muchas medicaciones, procedimientos y otras atenciones. En este proyecto, estudié cómo la LYMAI se ha implementado en la zona de Intag de Imbabura. Estudié el sistema de salud público allí por tres semanas para determinar la aplicación de la ley, cómo aprovechan las mujeres de la ley y la educación sobre la ley en las comunidades. Yo tenía una hipótesis por todas estas partes. Mi primera hipótesis fue que la zona de Intag ha aplicado la ley de una manera buena. De mi experiencia previa en el área, me dio cuenta que la comunidad de Intag es bien organizada y pone mucha énfasis en el cuidado de sus ciudadanos. Por eso, pensé que este tema continuaría en el sector de la salud también. Mi segunda hipótesis fue que la planificación familiar, que está incluida en la Ley, todavía tiene un uso bajo en la zona de Intag, y si hay uso, los tipos no permanentes y reversibles serían usados más. Mi tercera hipótesis fue que no hay un conocimiento bueno de la Ley, debido a la dispersión de la gente. Las mujeres que viven cerca de los subcentros tienen un conocimiento y nivel de educación sobre la ley más alta que las mujeres que viven muy lejos de los subcentros y falta algún método de comunicación con el mundo afuera. Mi cuarta hipótesis fue que no hay un uso de la Ley alto, porque la gente vive tan lejos de los subcentros, donde pueden recibir su atención gratuita. También, hay un uso de la ley más alta en comunidades con subcentros que en comunidades sin subcentros.

Antecedentes

La Zona de Intag

Este estudio fue llevado en la zona de Intag de Ecuador, en los subcentros de las parroquias de Apuela y Cuellaje y en las comunidades pequeñas de Irubí, Guanani, Cazarpamba, San Joaquín, San Alberto, La Loma, La Esperanza y Pueblo Viejo (Apéndice 1). La zona de Intag es la parte subtropical de la Cantón Cotacachi (1.845,5 km²), la cual está ubicada en la provincia de Imbabura (2.614,6 km²) (Análisis de Situación de Salud 2005). Esta región está en el norte de Ecuador, en la Cordillera Occidental de los Andes. La Cantón Cotacachi tiene paisaje muy variado, con alturas entre 1.600 y 4.939 msnm. El ecosistema de esta región está clasificado como bosque nublado, y en general tiene un clima húmedo y fresco. Está conocido por sus colinas escarpadas y nubes bajas. Tiene una tasa alta de biodiversidad y es un lugar muy productivo. Este lugar no está muy poblado; hay un promedio de la densidad (para la zona de Intag) de 12 personas por cada kilómetro cuadrado (Análisis de Situación de Salud 2005). Mucha de la tierra ya está en su forma original. La mayoría de la población (52%) trabaja principalmente en agricultura. Hay seis parroquias en la Zona de Intag (Apuela, Cuellaje, García Moreno, Peñaherrera, Plaza Gutiérrez y Vacas Galindo), que consisten en pueblos centrales y todas las comunidades pequeñas alrededor de ellos. Por la tasa alta de agricultura, la gente va muy repartida con mucha distancia entre casas y fincas, como vemos con la densidad muy baja. Esto ocasiona que haya muchas personas que viven muy lejos de los pueblos y los subcentros de salud.

Cada parroquia tiene su propio Centro de Salud bajo la dirección del Ministerio de Salud Pública. Las parroquias de Apuela, Cuellaje, Peñaherrera y García Moreno tienen Subcentros de Salud (SCS), con la atención diaria de un médico. Vacas Galindo y Plaza Gutiérrez tienen Puestos de Salud, con la atención diaria de una enfermera licenciada (Análisis de Situación de Salud 2005). La mayoría de los Centros de Salud dan atención cada día, con horas variadas.

En 2005, la zona de Intag tenía una población de 11.992 habitantes, con 49,56% mujeres y 50,44% hombres. Según a las estadísticas de 'Análisis de Situación de Salud 2005', la mayoría de la población es joven; las personas entre las edades de 1 y 19 años representan 49,22% de la población. La tasa de natalidad en la Cantón Cotacachi es más alta (22 nacimientos por cada 1000 personas) del promedio

provincial de Imbabura (18,1 nacimientos por cada 1000 personas). Para comparación, la tasa de natalidad en los EEUU en 2002 fue 13,9 nacimientos por cada 1000 personas (Longley 2002).

En la zona de Intag, 94.4% viven en el nivel global de pobreza y 61.29% viven en el nivel global de extrema pobreza. El ingreso promedio del 80% de la población se ubica por debajo del promedio cantonal de \$75 por mes. Con la dispersión grande del área, hay una falta de educación también: 7,7% de los hombres y 10,3% de las mujeres son analfabetos. Según a ‘Análisis de Situación de Salud 2005’, existen una carencia de servicios, un deficiente nivel educativo y una falta de oportunidades que causa la gente Inteña tener un nivel baja de competencia en el mercado laboral.

La mortalidad infantil en el cantón Cotacachi es 35.4 por cada 1000 nacidos vivos y la mortalidad materna 54,3 por cada 100.000 nacidos vivos. También, 20% de las mujeres tienen al menos 1 hijo muerto. La mayoría de los muertos infantil son causados por la falta de nutrición adecuada de la mujer durante el embarazo (Dra. Pilar, 6-11-06). Después de nacimiento, los niños continúan tener problemas: los principales problemas de salud de los menores de 5 años incluyen infecciones respiratorias, dermatopatías, enfermedad diarreica aguda, desnutrición y escabiosis (Análisis de Situación de Salud 2005). Aún existe atención gratuita, todavía en 2004 67.3% de las mujeres no recibieron ninguna atención profesional, antes, durante, ni después del embarazo.

El Ministerio de Salud Público

El Ministerio de Salud Público (MSP) es uno de los ministerios del gobierno de Ecuador. Sus metas incluyen:

- velar por el mejoramiento permanente del nivel de salud y bienestar de la población
- Normalizar, regular y controlar las actividades vinculadas de salud de las personas y el medio ambiente
- Promover, desarrollar y difundir actividades de investigación en salud en los ámbitos: básicos, clínicos epidemiológico, ambiental y operativo, que contribuyan a la solución de los problemas de salud en el país.

El MSP ha implementado muchos programas y leyes diferentes para meter estas metas. Una de estas leyes es la Ley de Maternidad gratuita y Atención a la Infancia.

La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

En todo de América Latina, Ecuador tiene una de las tasas más altas de mortalidad del infante. En 1995, Ecuador tenía una tasa de 480 muertos infantiles por cada 100.000 nacimientos, y entre 88-205 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos, depende en la región (Gordillo-Tobar 2001). También, según Family Care International, la tasa de muertos infantiles es dos veces mas alta en el campo que en la ciudad. La tasa de nacimientos crece con la falta de educación; las mujeres sin educación o educación muy básica tienen una tasa de fertilidad tres veces más alta de las mujeres con educación de nivel alta. Además, el uso de los subcentros y su cuidado todavía es bajo, especialmente en áreas rurales (Family Care International).

Todos estos datos le provocaron el Ministerio de Salud Público a ofrecer más atención gratuita para evitar estos problemas y aumentar el nivel de vida en general del país. En 1999, en reacción a estos estadísticos, el Ministerio de Salud Público introdució la Ley de Maternidad Gratuita con Atención a la Infancia. Esta ley fue reglamentada en 2002 (UNICEF 2006). En esta ley, toda la atención, controles y emergencias durante el embarazo, el parto, y después del parto son gratuitos para la mujer. Igualmente, la atención, controles, vacunas y emergencias para los niños, hasta 5 años de edad, son gratuitos también. Este ley incluye también la planificación familiar, en cualquier forma (incluyendo las cirugías) (Gordillo-Tobar 2001). En las palabras exactas de la ley:

Toda mujer ecuatoriana tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y posparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos - nacidas y niños - niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

Las mujeres pueden recibir todas estas cosas en cualquier subcentro del Ministerio de Salud Público (Dra. Pilar, 5-11-06). Esta ley se financia por los rendimientos del Fondo de Solidaridad y del 3% de tarifas del impuesto a los consumos especiales (UNICEF 2006). En 2005, El Ministerio de Salud Público introdució el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) para regular y reformar la Ley cuando la necesite. Pero, según UNICEF, todavía “hace falta una estrategia que permita fortalecer la institucionalización de la Ley y garantizar su permanencia” (UNICEF 2006).

El Estado de la Ley Hasta 1999

Aunque esta ley tiene metas muy admirables y necesarias, su aplicación en Ecuador es muy variada y falta mucho en la mayoría del país. Todavía hay tasas altas de mortalidad infantil, enfermedades respiratorias y desnutrición. Según un informe publicado por UNICEF in 2006, casi 7.000 niños mueren cada año de causas evitables antes de cumplir 6 años y la tasa de mortalidad infantil no ha cambiado mucho hasta 1999 (UNICEF 2006). La cobertura de las enfermedades respiratorias ha empeorado hasta 1999. Entre 1999-2004, “la cobertura de inmunización completa a menores de un año cumplido cayó del 77% al 53%, y apenas el 32% de niñas y niños indígenas recibió las vacunas recomendadas” (UNICEF 2006). También, hay mucha desnutrición todavía presente. En 2004 en Ecuador, solamente 50% de las mujeres embarazadas tuvo entre uno y cuatro controles, dicha cantidad es menos de la mitad de los recomendados, y el 10% recibieron ningún control. Esta falta de nutrición de las mujeres es transmitida a sus hijos también. En 2005, 15% de los ciudadanos de Ecuador menos de 6 años sufrieron de malnutrición moderada o grave, mientras 50% de los indígenas del país fueron afectados por la desnutrición crónica. Todavía, la desnutrición es la causa directa de 5% de los muertos de niños menores de 5 años (UNICEF 2006). Otra falta en la Ley de Maternidad Gratuita es que en 2004, el 80% de los controles prenatales y el 71% de los nacimientos fueron pagados por las madres (UNICEF 2006). Este hecho no está de acuerdo con los controles y atenciones del parto gratuitos.

Metodología

Yo pasé tres semanas obteniendo datos para este proyecto. La mayoría del tiempo, seguí a la Dra. Pilar, dondequiera que ella estaba. Si ella no trabajaba o yo quería obtener datos en un lugar diferente, trabajé con las enfermeras de los subcentros. Por cada de las tres semanas, trabajé seis días: domingo a viernes. Pasaba la mayoría del tiempo en los subcentros de Cuellaje y Apuela. Durante la primera semana, estaba en el subcentro de Cuellaje. Pasé este tiempo observando y me enseñé al ambiente del subcentro. Empecé a obtener datos el jueves de la primera semana.

Durante la segunda semana, empezó una campaña para vacunar a todos los viejitos con la vacuna contra la Influenza. Por eso, la Dra. Pilar o algunas enfermeras viajaron cada día por dos semanas a una comunidad pequeña para dar las vacunas. Muchas veces, ofrecieron otra atención también. Entonces, por 6 días yo viajé a las comunidades de Irubí, Guanani, Cazarpamba, San Joaquín, San Alberto, La Loma, La Esperanza y Pueblo Viejo. Allá tenía la oportunidad para coleccionar datos también.

Yo entrevisté las mujeres en edad fértil, entre 15 y 55 años. Cuando estuve en los subcentros, las entrevisté cuando esperaban por atención, o después de sus visitas con la Doctora Pilar. Cuando estuve en las comunidades, las entrevisté después que ellas hablaron con la Doctora Pilar. Siempre cuando las entrevistaba después de sus visitas con Dra. Pilar, ella estaba presente durante la entrevista.

Les pregunté un serie de preguntas: donde vive, su edad, el numero de sus hijos, la edad de la mujer, cuando nació su primer hijo y su último hijo, su estado civil, su conocimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y su uso de planificación familiar.

Durante mi experiencia en Intag, tuve la oportunidad de entrevistar a muchas mujeres. Tengo una muestra suficiente para este tipo de estudio en este lugar, 100 mujeres. Sin embargo, no estoy segura que las mujeres de mi muestra sean representativas de la población en actualidad. Con mi tema de estudio (con temas sensitivos como planificación familiar), no me sentí muy cómoda en entrevistar a cualquiera mujer en la calle o en su casa. Debido a eso, solamente entrevisté mujeres que se dirigió a la Doctora Pilar para atención médica. Por eso, es posible que me falte un segmento importante de la población.

Otra debilidad de mi estudio fue mi conocimiento y uso del idioma español. Entre la timidez de las mujeres y la falta de confianza en mi capacidad de hablar bien, no estoy segura en la cantidad de información que fue transmitido correctamente. Algunas veces las mujeres respondieron en una manera, pero después de una explicación Dra. Pilar o una enfermera, ellas cambiaron sus respuestas. Por eso, no sé si todas las respuestas son verdaderas.

Un esfuerzo de mi estudio fue la oportunidad para entrevistar en comunidades lejanas. Por eso, podía obtener datos más diversos con las opiniones de más mujeres. Vi muchos casos más extremos en estas comunidades. Para viajar allá me dio la oportunidad para ver más de este área y como pasa la vida aquí.

Estaba un esfuerzo también entrevistar en la presencia de la Doctora Pilar. Muchas veces durante la entrevista, ella ayudó explicar y también describir la Ley de Maternidad Gratuita en más detalles. Muchas mujeres eran sorprendidas por esta información. Por eso, muchas mujeres entendieron la entrevista y conocieron más información sobre sus derechos a la atención gratuita. En esta manera, podía dar algo, como quiera pequeño, a la comunidad que me dio bastante.

Manifestación de la Ley de Maternidad Gratuita en la Zona de Intag

La ley de Maternidad Gratuita incluye muchas partes. Los subcentros de Intag han llevado a cabo la atención gratuita de maneras diferentes.

El Programa Nacional de Alimentación y Nutrición

Otra manera en que la ley está aplicada aquí en Intag es por los controles para las madres y los hijos. En 2000, el Ministerio de Salud Público, empezó un programa que se llama el Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000). Este fue introducido en reacción a los niveles altos de desnutrición. La meta principal de este programa es la evitación de la desnutrición. Sus objetivos incluyen la adopción de hábitos saludables de alimentación y nutrición de mujeres embarazadas, mujeres en periodo de lactancia y niños menores de tres años; la mejoramiento de la calidad de los servicios de salud con énfasis en la prevención y promoción de la salud y la promovimiento de una elevada participación local, orientada hacia la autogestión y sostenibilidad. El programa ha desarrollado estrategias de educación, capacitación de los proveedores, evaluación de las actividades y alimentarios complementos. El MSP distribuye dos tipos de alimentación, una para mujeres embarazadas y lactantes y una para niños menores de 3 años. Estas alimentaciones son gratuitas y distribuidas en todos los subcentros del MSP (Dra. Pilar, 5-11-06). También, este programa incluye vitaminas y hierro gratuitos.

El control para las mujeres se llama 'Mi Bebida'. La recibe como un polvo, y ponen dos cucharas en una tasa de agua tibia dos veces cada día. Las mujeres la toman cuando están embarazadas y dando de lactar. Esta bebida provee la mujer con muchas vitaminas, minerales y proteínas necesarias para el infante. Si la mujer está nutrida, hay una oportunidad más amplia que el infante también recibirá nutrientes suficientes. 'Mi Bebida' contiene las vitaminas A, E, B1, B2, B6 y B12. También contiene muchas proteínas y las minerales calcio, hierro, niacina, ácido fólico, fósforo, magnesio, zinc y cobre.

El control para los hijos se llama 'Mi Papilla'. Los niños, desde 6 meses a 3 años en edad, la reciben dos veces cada día. Este también está provisto como un polvo y se lo toma mezclado en agua tibia o con cualquier fruta. 'Mi Papilla' contiene muchas vitaminas y nutrientes importantes para el crecimiento del niño. 'Mi Papilla' es especialmente necesaria aquí. Muchas veces, las familias aquí son más pobres y también tienen más hijos de la mayoría. Con estos dos factores, hay una

probabilidad más alta que los niños sean desnutridos. ‘Mi Papilla’ provee las vitaminas A, C, E, B1, B2, B6, y B12, y los minerales calcio, hierro, niacina, ácido fólico, fósforo, magnesio y zinc, con proteínas también, para que los niños crezcan sanamente.

En 2004 en la cantón de Cotacachi, había 5011 kilos de Mi Bebida y 6323 kilos de Mi Papilla distribuidas (Análisis de Situación de Salud 2005).

La Medicina Gratuita

Cada mes, un reparto de medicina gratuita llega a los subcentros. La medicina gratuita es ofrecida a todas las unidades operativas de la Zona de Intag. La mayoría son medicinas básicas y necesarias en cada familia. Hay multivitaminas para las mujeres embarazadas, los niños con menores de 3 años y los niños menores de 5 años. Hay medicinas que trabajan contra-fiebres, contra-parásitos, contra-amebas, contra-diarrea, antibióticos, contra-dolor, contra-infecciones y para ayudar pacientes asmáticos (La Auxiliar de Cuellaje SCS, 19-11-06). La planificación familiar está incluida también: las inyecciones, las pastillas y los condones son disponibles en los subcentros y los procedimientos quirúrgico se puede realizar en el hospital de Cotacachi. Cada día Dra. Pilar les dio muchas de estas medicinas a las mujeres y los niños. La mayoría de los problemas comunes de las pacientes pueden ser curados por las medicinas gratuitas disponibles en los subcentros.

Campañas Gratuitas

Durante mi tiempo en los subcentros de Intag, yo vi una de las campañas gratuitas para mejorar la salud del público. En el Octubre, las enfermeras de Intag viajaron para tomar las muestras de las heces de todos los ciudadanos de las comunidades. Entre el 13 de noviembre y el 26 de noviembre de 2006, había una campaña para vacunar los viejos con una vacunación contra la influenza. Cuando viajábamos para vacunar, también trajimos medicinas contra los parásitos, las amebas, las lombrices y la giardia. La Dra. Pilar las dio a todos los niños que las necesitaron. La mayoría de los niños que atendió tenían algún tipo de bichos, muchas veces más que uno. Todos estos bichos que viven en el cuerpo ocasionados por beber agua no hervida (Dra. Pilar, 10-11-06). Aunque el agua de los ríos aquí es naturalmente muy limpia, ha pasado diferentes contaminaciones, del mal tratamiento y recolección de la basura, la contaminación de las empresas mineras o el lavamiento de la cabuya en los

ríos. También, la contaminación de la comida y la falta de comida bien cocinada pueden contribuir a los bichos en los intestinos.

La Planificación Familiar

Los subcentros de Intag ofrecen muchos tipos diferentes de la planificación familiar, todos gratuitos. La mayoría ofrecen como métodos de anticonceptivos. Hay cuatro categorías de métodos: permanentes, uso prolongado, no permanentes y métodos naturales. Los métodos permanentes terminan la posibilidad de embarazo por siempre. Los con uso prolongado terminan la posibilidad de embarazo por algunos años (depende en el método) y los métodos no permanentes pueden ser abandonados en cualquier momento para recobrar la posibilidad de embarazo. Los métodos naturales no se requieren tomar nada, pero usan procesos naturales para evitar el embarazo. Por eso, no es necesario que los subcentros ofrezcan algo para los métodos naturales.

El primero tipo no permanente son las pastillas. En mi estudio, las pastillas fueron el método más popular. Hay algunas marcas diferentes: Microgynon, Triquilar y Microlut. Microgynon y Triquilar están usados la mayoría del tiempo y contienen dos tipos de hormonas (similares a estrógeno y progestágeno), y el Microlut está usado durante la lactancia a partir de seis semanas después de un parto y contiene solamente un hormona similar a progestágeno. Las pastillas están tomadas cada día a la misma hora para eficacia máxima. Las mujeres toman las pastillas por 21 días, y entonces descansan por 7 días. Las pastillas actúan para impedir la ovulación (cuando el óvulo sale de los ovarios) y también para aumentar la consistencia del moco cervical, lo cual dificulta el paso de los espermatozoides. Estas pastillas tienen una eficacia entre 0,1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso y 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Esta discrepancia está causada por la usa muy variable. Si están tomados en una forma correcta y consistente, son muy efectivas: entre 0,1 y 0,5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Pero muchas mujeres olvidan tomarlas en la misma hora cada día, o las toman incorrectamente. Ésta causa una tasa más alta de fallo. En la opinión de Dra. Pilar, las pastillas, cuando se usan correctamente, son los más efectivos de todos los métodos. Ella las recomienda a las mujeres que piensan en empezar planificar.

El segundo método de anticonceptivo no permanente está ofrecido como inyecciones. En general, este método es lo más utilizado en la zona de Intag (Dra.

Pilar, 15-11-06), aunque en mi estudio las inyecciones eran el método segundo en popularidad. El marco disponible en Intag se llama Mesigyna. Éste también contiene los dos tipos de hormonas. Las mujeres que eligen las inyecciones reciben una cada mes. Tienen que visitar el subcentro para la administración, lo cual está cumplido por un médico o enfermera. Las inyecciones impiden la ovulación y aumentan la consistencia del moco cervical. Ellas son muy efectivas, con 0,3-0,5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año del uso. Según la enfermera Silvia, que trabaja en el subcentro de Cuellaje, las inyecciones son, en practica, el método transito (no permanente) más efectiva aquí en Intag (La Auxiliar del SCS Cuellaje, 10-11-06). En este lugar, las mujeres no toman las pastillas con regularidad, y muchas veces olvidan tomarlos algunas días. Las inyecciones son mejor porque las mujeres solamente tienen que visitar el subcentro una vez cada 28 días, y en sus vidas ocupadas, no tienen que recordar las pastillas cada día.

El tercer método no permanente es la preservación, o los condones. Éstos también están disponibles gratuitos en los subcentros. Un condón es una funda o cubierta hecha para ser colocada en el pene erecto del hombre, la cual coge los espermatozoides para que no se una con el óvulo. La preservación también funciona para prevenir la transmisión de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el VIH/SIDA, la gonorrea, sífilis, clamidia y tricomoniasis. Tienen una eficacia entre 3 y 14 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, dependiente en el uso. Si están usados cada vez y correctamente, tienen una eficacia mucho mejor. La preservación se puede usar con otro método anticonceptivo para aumentar la eficacia y también prevenir las ETS.

Un método anticonceptivo con uso prolongado es los implantes de Norplant. Este se realiza por inserción de 6 pequeñas cápsulas plásticas debajo de la piel en la parte superior del brazo. Las cápsulas contienen un progestágeno está liberado muy lentamente, y previene el embarazo por más de cinco años. La hormona aumenta la densidad del moco cervical y detiene la ovulación en la mitad de las menstruales. Este método tiene una eficacia muy buena, con 0,1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, y después de 5 años, hay 1,6 embarazos por cada 100 mujeres. Desafortunadamente, este procedimiento no está incluido en la Ley de Maternidad Gratuita, y cuesta entre \$90-\$100 en Cotacachi.

El otro método anticonceptivo con uso prolongado se llama Dispositivos Intrauterinos (DIU). Los DIU son marcas plásticos pequeños y flexibles insertada en el útero de la mujer a través la vagina. Funcionan para impedir el encuentro del óvulo y el espermatozoide. Éstos son efectivos por más de diez años, con una eficacia de 0,6-0,8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Este también requiere un procedimiento quirúrgico simple y gratuito que se realiza en Cotacachi.

Para contracepción permanente, una pareja puede utilizar dos métodos. La primera es la ligadura o la esterilización femenina. En este procedimiento quirúrgico, las trompas de Falopio están bloqueadas o cortadas. Éste previene el encuentro del óvulo y el espermatozoide. La ligadura es muy efectiva, con una eficacia de 0,05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Se puede realizar este procedimiento en Cotacachi.

Una pareja también puede elegir una ligadura para el hombre, o una vasectomía. Este procedimiento también es permanente. Los conductos que llevan los espermatozoides desde los testículos están bloqueados. Este no afecta los testículos y tampoco afecta la capacidad sexual. El hombre ya puede tener erecciones y eyacular semen, pero no contiene los espermatozoides. Este método tiene una eficacia de 0,15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. El hospital de Cotacachi ofrece este procedimiento gratuito también.

Durante mis estudios, encontré que la mayoría de las mujeres que entrevisté usan pastillas, entonces inyecciones y entonces métodos naturales para planificar (Figura 1). Los dos métodos más populares, las pastillas y las inyecciones son métodos sencillos y reversibles. Son mejores para mujeres que quieren más hijos pero desean espaciar el tiempo entre cada uno. En mi opinión, pensaría que las inyecciones serían lo más popular, porque no requieren que las mujeres recuerden nada menos que ir al subcentro cada mes para recibir la inyección. Parece que las mujeres que viven más cerca de los subcentros elegirían los métodos como pastillas o inyecciones, porque son muy seguros y también es fácil para ir al subcentro cada mes. Las mujeres que viven más lejos y no tienen los recursos para visitar el subcentro cada mes probablemente eligen otros métodos. Encontré en mi datos que de las mujeres que usan métodos naturales, la mayoría de ellas viven en comunidades sin subcentros.

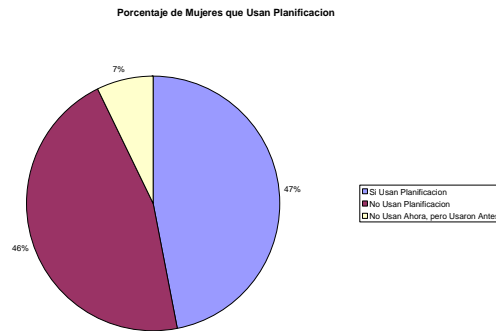


Figura 1. Porcentaje de Mujeres que Usan Planificación. En la zona de Intag, 100 mujeres fueron entrevistadas sobre su uso de planificación familiar. 47% de ellas usan un tipo de planificación, 46% de ellas no usan planificación y 7% usaron planificación, pero no la usa ahora.

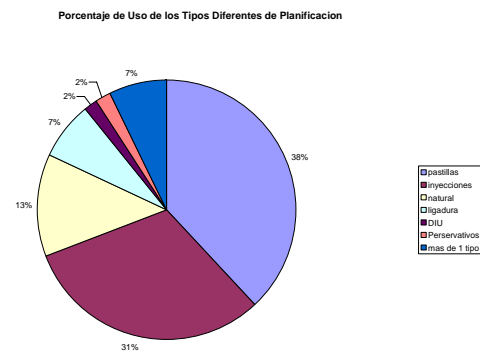


Figura 2. Porcentaje de Uso de los Tipos Diferentes de Planificación. En la zona de Intag, 100 mujeres fueron preguntadas sobre su uso de planificación familiar. 38% usaron pastillas, 31% usaron inyecciones, 13 % usaron métodos naturales, 7 % tenían ligaduras, 2% tenían una DIU, 2% usaron preservativos y 7% usaron más que un tipo.

Conocimiento de la Ley

En mis entrevistas, encontré que la mayoría de las mujeres sabían de la Ley de Maternidad Gratuita o sabían partes de ella (Figura 3). Pero casi nadie la conocía por nombre; yo tenía que explicar que está incluyendo en la ley antes de que ellas entendieran. 11% de las mujeres que entrevisté no sabían nada de la Ley. También, encontré una diferencia en conocimiento de la Ley entre comunidades con subcentros y comunidades sin subcentros (Figura 4 y 5). En comunidades con subcentros, todas las mujeres sabían de la ley, pero en comunidades sin subcentros, 14% de las mujeres nunca habían oído de la Ley.

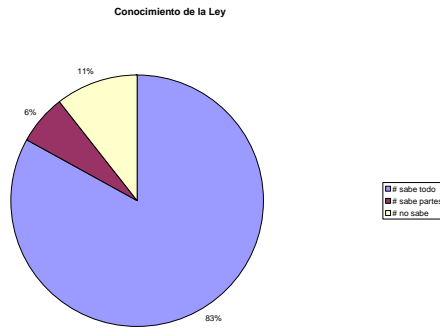


Figura 3. Conocimiento de la Ley. En la zona de Intag, 100 mujeres fueron preguntadas sobre la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. 83% de ellas sabían todas las partes incluidos, 6% sabían algunas partes, pero no todas, y 11% no sabían nada de la Ley.

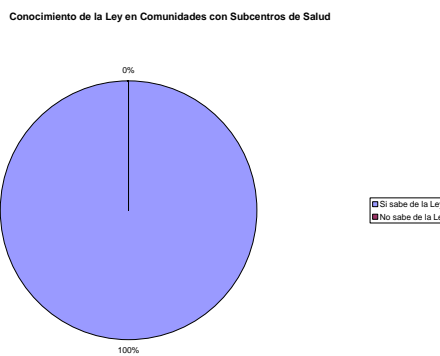


Figura 4. Conocimiento de la Ley en Comunidades con Subcentros de Salud. En la zona de Intag, 100 mujeres fueron entrevistadas sobre su conocimiento de la Ley de Maternidad Gratuita. En las comunidades con subcentros de salud, 100% de las mujeres sabían de la Ley.

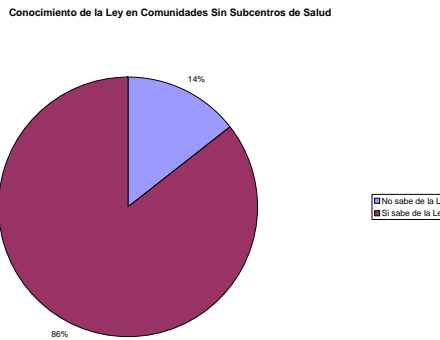


Figura 5. Conocimiento de la Ley en Comunidades sin Subcentros de Salud. En la Zona de Intag, 100 mujeres fueron entrevistadas sobre su conocimiento de la Ley de Maternidad Gratuita. En las comunidades sin subcentros de salud, 86% de las mujeres sabían de la Ley y 14% de las mujeres no sabían de la Ley.

Uso de la Ley

Encontré en mis entrevistas que la mayoría de las mujeres se aprovechan de la ley, con planificación familiar o controles para sus hijos o sus mismas (Figura 6). Sin embargo, todavía hay mujeres con hijos que no se aprovechan de la ley. Hay algunas razones que ellas no usan la ley. Puede ser que ellas vivan muy lejos de los subcentros y no tienen la oportunidad para viajar a los subcentros cada mes con todos sus hijos para recibir controles, planificación o vacunas. También, la mayoría de las personas aquí trabajan en la agricultura, lo cual requiere mucha tiempo de trabajo. Por eso, es difícil usar tiempo para viajar a los subcentros. Otra razón puede ser la falta de educación. Si las mujeres no han oído de la ley, o no entienden como aprovecharse de ella, puede llevar a la falta de los beneficios que otorga el estado Ecuatoriano a las personas de acuerdo a las categorías establecidas. Esto es muy peligroso, porque significa que sus hijos no reciben ningún control. En familias pobres, los hijos muchas veces no reciben todas las vitaminas o alimentos que necesitan, entonces es muy importante que sus dietas sean complementadas con controles y vitaminas. Si esto no pasa, los niños pueden volverse desnutridos, lo cual es la causa principal de los muertos infantiles.

Encontré que las mujeres en comunidades con subcentros se aprovechan de la Ley más que las mujeres que no viven en las comunidades sin subcentros (Figura 7 & 8). Este resultado es lógico, porque las mujeres que viven en comunidades con subcentros de salud tienen una oportunidad para recibir la atención gratuita muy fácilmente. Sin embargo, las mujeres que no viven en comunidades con subcentros no tienen la misma oportunidad para recibir atención fácilmente. Ellas tienen que viajar más para visitar un subcentro; esto puede ser difícil dependiendo de la situación económica y familiar de la mujer.



Figura 6. Mujeres que Se Aprovechan de la Ley. En la zona de Intag, 100 mujeres fueron entrevistadas sobre su conocimiento y uso de la Ley de Maternidad gratuita. 85% de las mujeres se aprovechan de la Ley y 15% de las mujeres no se aprovechan de la Ley.

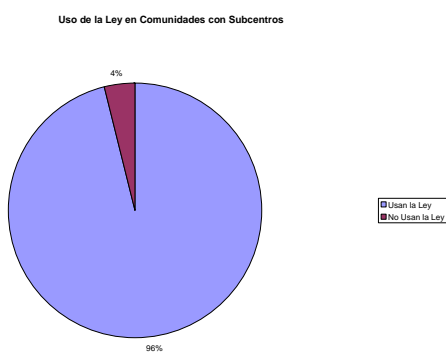


Figura 7. Uso de la Ley en Comunidades con Subcentros. En la zona de Intag, 100 mujeres fueron preguntadas sobre su uso de la Ley de Maternidad Gratuita. En las comunidades con subcentros de salud, 96% de ellas se han aprovechada de la Ley y 4% no se han aprovechada de la Ley.

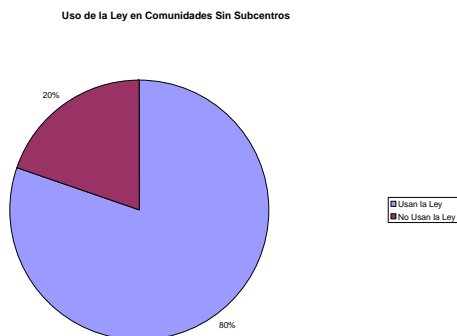


Figura 8. Uso de la Ley en Comunidades sin Subcentros. En la zona de Intag, 100 mujeres fueron preguntadas sobre su uso de la Ley de Maternidad Gratuita. En las comunidades sin subcentros de salud, 80% de las mujeres se han aprovechada de la Ley y 20% no se han aprovechada.

Educación Sobre la Ley

El Ministerio de Salud Pública ha empleada muchas formas diferentes para educar los ciudadanos Ecuatorianos sobre la Ley de Maternidad Gratuita. Todos los subcentros tienen muchos carteles y folletos muy disponibles con información sobre la ley. También, hay anuncios en el radio y en la televisión para informar el público. En lugares donde no hay radios ni televisiones, trabajadores por el MSP viajan a las comunidades para informar el público sobre la ley (Dra. Pilar, 13-11-06). Según a 'Mujeres Hoy', la ley difundió también a través de seminarios, talleres y cursos "con el objeto de ayudar en el desarrollo evolutivo" (Mujeres Hoy 2002).

Aunque todos estos métodos existen, todavía hay una falta de educación sobre la ley. Como podemos ver de los datos, todavía hay mujeres, algunas con muchos hijos, que no saben de la Ley y sus derechos a atención gratuita. Podemos ver también que todas mujeres en las comunidades con subcentros sabían de la Ley. Por eso, podemos concluir que el uso y la proximidad aumentada en estas comunidades han contribuido al conocimiento de la ley. También, de mis entrevistas, encontré que la mayoría de las mujeres aprendieron de la ley en los subcentros. Si ésta es la manera principal de educación sobre la ley, las mujeres que viven muy lejos o no tienen los recursos para visitar los subcentros no van a aprender de la ley. Hay otros métodos de promoción también: hay anuncios en el radio y la televisión. Sin embargo, es probable que las mujeres que no tienen los recursos para visitar los subcentros también no tengan radios ni televisiones. Hay además los trabajadores del MSP que viajan para informar el público, pero según la Dra. Pilar, muchas veces las mujeres se olvidan o no entienden la información que reciben.

Análisis

En la zona de Intag, la Ley de Maternidad Gratuita se ha aplicado por la mayoría en una manera buena. Pero todavía hay una falta del uso de la Ley y educación sobre ella. Había mujeres con 6, 7 o 10 hijos que nunca habían oído de la ley o habían oído pero nunca se habían aprovechada de ella. La Ley es especialmente importante para estas mujeres. Con más hijos en una familia, cada hijo va a recibir menos alimentación y atención, y es necesario que reciban alimentos y controles para que crezcan sanamente. En general, encontré que la mayoría de las mujeres no se aprovechan de la Ley porque no saben de ella, o saben pero no tienen tiempo ni recursos para ir al subcentro cada mes para recibir los controles. La educación sobre la Ley si existe, pero no está dispersada en una manera suficiente. En los subcentros de salud, hay mucha promoción, como carteles, folletos y anuncios. También hay anuncios en el radio y la televisión para que todas sepan de la Ley. Pero estos métodos de comunicación en la zona de Intag no son suficientes. En esta zona, la población es muy dispersada por sus situaciones de vida principalmente de agricultura. Esta alta tasa de agricultura contribuye además con una tasa de pobreza más alta. Entre menos dinero y más distancia entre personas, hay menos oportunidad para que la gente se eduque y también viajar a los subcentros. Estas cosas contribuyen a la falta de educación sobre la Ley.

La planificación familiar es muy importante para las familias aquí también. Entrevisté muchas mujeres que tenían hijos separados en edad por un año o un año y media, no más. Otra norma que encontré en mis entrevistas y observaciones es que, en general en la zona de Intag, las mujeres se casan y empiezan sus familias en una edad joven. De las mujeres que entrevisté, el promedio de ellas tenían su primer hijo a la edad de 19 años, con una desviación estándar de 3. Esta significa que 75% de las mujeres tenían su primer hijo entre 16 y 22 años de edad. Pero había mujeres también que empezaron sus familias a los 14 o 15 años. Con esta edad jovencita y un bebé nuevo cada 12 o 18 meses, las familias crecen muy rápidamente. Conocí mujeres de 20 años ya con tres guaguas, y una mujer de 34 años con 10 hijos. Ella había tenido un hijo cada dos años, y ya tiene 15 años más de fertilidad. Ella era vacilante sobre la planificación familiar, pero si no planifica en alguna manera, va a tener muchos hijos más. La planificación familiar es muy importante para prevenir los embarazos o separar sus nacimientos. Casi la mitad de las mujeres que entrevisté usaron

planificación familiar, pero estoy segura que la mayoría de las mujeres en Intag no la usan (porque yo solamente entrevisté mujeres con la Dra. Pilar, muchas visitaron para recibir la planificación familiar). Se puede atribuir esta falta de uso a la falta de educación sobre la Ley también. Pero hay muchas otras razones que pueden contribuir a la falta de uso. Una razón importante es los mitos que existen en el campo sobre la planificación. Muchas mujeres con que hablé me dijeron que habían oído que las pastillas causan cáncer o dolor en general. También, había los sentimientos basados en la religión católica en que la planificación es un pecado. La influencia de los maridos contribuye a la falta de uso de la misma manera. Muchos hombres de Ecuador tienen una actitud de machismo, en que son mejores que las mujeres y son más o menos el dueño de sus esposas. Muchas veces los hombres no permiten que las mujeres usen planificación. Cuando les hablamos con las mujeres con este problema, les explicaron que sus cuerpos son sus propiedades, y ellas pueden hacer las decisiones sobre sus cuerpos. La mayoría de las mujeres dijeron que lo sabían, pero todavía estaban vacilantes para usar este derecho. Otra razón por la falta del uso es la dispersión una vez más. Los métodos de planificación familiar reversibles y fáciles, como inyecciones, pastillas o preservativos requieren que las mujeres visiten el subcentro cada mes, o aún más frecuente. Este es muy difícil para las mujeres pobres, lejos o con muchos hijos (que no pueden dejar solos en la casa). Una manera en que ayudamos con este problema fue la campaña para vacunar los mayores en que trajimos planificación con nosotros también, para distribuir en las comunidades aisladas.

Hablé con la Dra. Pilar sobre la falta de educación suficiente, conocimiento y uso de la Ley en esta zona. La razón principal de estos problemas es la falta de recursos de los proveedores de salud. Para enseñar a la gente y también proveer atención a toda la gente, es necesario que los proveedores tengan los recursos, principalmente transportación. Según la Doctora, esta falta es muy grave por esta región. Si los médicos quieren viajar a un lugar aislado, el único carro disponible es la ambulancia. Vi este problema durante la campaña de vacunación; teníamos que ir en coches personales de las enfermeras o médicos, caminar o viajar en la ambulancia. Este es peligroso, porque la ambulancia debe estar disponible para emergencias todo el tiempo. Si hay una emergencia en El Rosario, pero la ambulancia está en Irubí para dar vacunas o atención, puede costar a la paciente su vida por esperar hasta que venga

la ambulancia. Por eso, la falta de recursos es uno de los problemas que puede ser mejorado para ayudar la situación de salud en la zona de Intag.

En general, siento que este estudio fue una oportunidad muy buena para aprender, y también enseñar. En los subcentros, tenía la oportunidad para observar el sistema general de salud en Ecuador, y especialmente en un área rural. He seguido médicos en hospitales grandes en los EEUU, y hay muchísimas diferencias entre los dos sistemas que fueron muy interesantes para notar. También durante esta experiencia, tenía la oportunidad para aprender profundamente de la cultura de esta región- la de las mujeres, la religión, el trabajo y la medicina. Las excursiones a las comunidades proveyeron una vista muy única de esta cultura también. Tenía la oportunidad para ver como viven la gente, como funciona las escuelas y como relacionen las personas del campo.

Este estudio también fue una oportunidad para enseñar. Cuando pregunté las mujeres sobre la Ley, yo tenía la oportunidad para explicar todas las partes de la Ley, y muchas veces las mujeres estaban sorprendidas sobre todo que está incluido. La Dra. Pilar ayudó a explicar también y ella trabajó muy fuerte para convencer las mujeres de que deben pensar en la planificación familiar, o que necesitan ir a los subcentros para controles. Pienso que muchas mujeres salieron de las entrevistas con más información y también la motivación para pensar más en sus opciones. Aprecio que tenía la oportunidad para dar este regalo pequeño a las comunidades que me dieron bastante.

Conclusión

La Ley de Maternidad Gratuita fue introducida por el gobierno del Ecuador para proveer más ayuda y recursos y para reducir las tasas más altas de desnutrición y mortalidad infantil y maternal. Esta ley es presente en la zona de Intag, en los subcentros y puestos de salud. Después de tres semanas de observación, entrevistas y participación, tenía la oportunidad para entender todas las consecuencias de la Ley en esta área. Mi primera hipótesis de este proyecto fue que la zona de Intag ha implementado bien la Ley. Aunque no tengo unas estadísticas cuantativas sobre esta información, sí encontré cualitativamente que los subcentros de salud aplican bien la Ley. Vi muchas anuncios en los subcentros, y también la Dra. Pilar y otras doctoras, enfermas y auxiliares con que trabajé siempre hablaban con sus pacientes sobre sus derechos a atención gratuita. De las mayorías de mis experiencias, pienso que los proveedores de salud en la zona de Intag trabajan muy duro para asegurar que todos reciben la atención a la cual están dado derecho. Mi segunda hipótesis fue que la planificación todavía tiene un uso bajo en la zona de Intag, y si hay uso, los tipos no permanentes y reversibles serían usados más. Encontré que de las mujeres que entrevisté, la mitad usa algún tipo de planificación familiar. Este hecho sugeriría que la mitad de las mujeres en Intag usan planificación familiar. Sin embargo, pienso de mis observaciones y charlas con la gente aquí que muchas menos mujeres usan planificación. Entrevisté las mujeres que visitaron el subcentro, y por eso pienso que mi muestra tenía una tendencia para contener más mujeres que usan la planificación o la Ley en general. Por eso, mi hipótesis no está apoyada por mis datos, pero todavía pienso que es correcta. Encontré que los tipos no permanentes de planificación sí fueron usados más. Mi tercera hipótesis fue que no hay un conocimiento bueno de la Ley y que las mujeres que viven cerca de los subcentros tienen un conocimiento y nivel de educación sobre la Ley más alta que las mujeres que viven muy lejos de los subcentros. Encontré que la mayoría de las mujeres sabían de la Ley, o algunas partes. Pero casi nadie la sabía por su nombre, solamente por la explicación. También, encontré que las mujeres que viven en comunidades con subcentros tenían más de un conocimiento de la Ley que las mujeres que no viven en comunidades con subcentros. Mi cuarta hipótesis fue que no hay un uso de la Ley alto y que hay un uso de la ley más alta en comunidades con subcentros que en comunidades sin subcentros.

Encontré que la mayoría de las mujeres usaron la Ley, pero menos la usa en comunidades sin subcentros.

Hay muchos otros temas relacionados con mi estudio que se puede investigar para revelar más sobre la Ley aquí. Se puede estudiar la relación entre el nivel de educación básica y el conocimiento, uso u opiniones sobre la Ley y planificación familiar. La Dra. Pilar ha estudiado esta correlación en Cuellaje, pero puede ser ampliada para incluir más comunidades en Intag. También, se puede estudiar la religión u otras creencias de la gente en Intag y su afecto en el uso de planificación familiar.

Ahora, el conocimiento y uso de la atención gratuita y la planificación familiar están creciendo, pero todavía hay una falta del uso y hay la costumbre de casarse y empezar una familia temprano y no usar planificación. La promoción de la Ley y sus beneficios existe, pero todavía hay una falta en las comunidades más aislados. La situación física y económica son impedimentos para mejorar estos problemas, y hasta los proveedores tienen más recursos para cambiar los métodos de promoción y proveimiento de salud, las tasas de desnutrición y mortalidad infantil y maternal no van a cambiar. Estas ideas son temas nuevas para llegar a esta zona rural y hay muchas opciones para estudiar su desarrollo aquí en el futuro.

Agradecimientos a:

La Familia Varela Muthre: Muchísimas gracias por todo su cariño, apoyo y sus maneras acogedoras. Yo siempre me sentí cómoda y bienvenida. Israel, Karen, Dámaris y Max: Gracias por compartir su espacio conmigo. Edmundo: gracias por todos sus bienvenidas, apoyo y ayuda. Me ayudó sentir muy cómoda en su casa. A todos: fue un placer para pasar el mes en su casa y siempre lo apreciaré.

La Dra. Pilar: Muchas gracias por compartir su trabajo con mi por este mes. Gracias por abrir su casa y su vida a mí. Agradezco su paciencia, sus consejos y sus conocimientos. Este mes ha confirmado mis deseos de trabajar con la medicina, y éste no habría pasado si usted no me hubiera ayudado. Muchísimas gracias una vez más.

Mis Directores Académicos: Sylvia y Xavier: Ustedes eran extraordinarias no solamente durante mi ISP, pero también durante todo el semestre. Gracias por todo su apoyo, cariño, entusiasmo y amor. Ustedes facilitaron un semestre inolvidable. Me inspiré mucha con su motivación y lucha para cambiar nuestras perspectivas y todo el mundo. Eran súper chéveres y siento afortunada para estar su estudiante.

Los Empleados de los Subcentros Cuellaje y Apuela: Dra. Susan, Dr. Raúl, Dra. Verónica, Silvia, Maria, Sonia y Lupita: Gracias por su apoyo y sus bienvenidos. Agradezco mucho su cariño, sus consejos y sus amistades. Mi experiencia no hubiera el mismo sin ustedes.

Todas las Mujeres que entrevisté: Gracias por su tiempo, ayuda y cooperación. Ustedes ayudaron mis estudios en Intag mucho. Aprendí mucha de ustedes, y me ayudaron abrir mi mente a otras ideas y maneras de vida. Gracias.

Mis Padres: Mom and Dad, thank you so much for giving me this chance to learn, grow, and teach. I couldn't have had this amazing, once-in-a-lifetime experience without your emotional (and financial) support. I love you.

Bibliografía

Literatura:

Análisis de Situación de Salud: Cantón Cotacachi. Municipio de Cotacachi- Gobierno Local: Asamblea de Unidad Cantonal y Consejo Cantonal Intersectorial de Salud. 2005.

Andrade, E.R., Bustos, C.H., Mármol, J., Aízaga, F.S., Tapia, R.E. y Velasco, M.A. *Normas y Procedimientos para la Atención de la Salud Reproductiva*. Ministerio de Salud Público: Dirección Nacional de Promoción y Atención Integral de Salud, Dirección Nacional de Salud Ambiental y Dirección Nacional de Epidemiología. 1999.

“Ecuador.” Family Care International, 2006. <http://www.familycareintl.org/places/13.30>
Oct, 2006.

Ecuador: La Ley de maternidad gratuita. Mujeres Hoy. 27 Dic 2002.
<http://www.mujereshoy.com/secciones/84/shtml>. 18 Nov 2006.

Geografía de la Pobreza en Ecuador, PNUD-FLASCO, Quito, 1996.

Gordillo-Tobar, Amparo. *Demand of Maternal Health Care Services in Ecuador*. WorldBank.org. 29 May 2001. <http://wbln0018.worldbank.org/LAC/LAC.nsf/ECADocByUnid/98CC1A5B56B2733985256CDF006DF094?Opendocument>. 30 Oct 2006.

Hatcher, R.A., Rinehart, W., Blackburn, R., Geller, J.S. y Shelton, J.D. *Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva*. Baltimore, Facultad de Salud Pública, Universidad de John Hopkins, Programa de Información en Población, 1999.

Hinrichsen, Don. *La Ley de Maternidad Gratuita: Un adelanto de importancia crucial para la salud reproductiva y los derechos reproductivos*. United Nations Population Fund. 2006.
<http://www.unfpa.org/countryfocus/ecuador/spanish/maternity.htm>. 18 Nov 2006.

Información General. Ministerio de Salud Público del Ecuador. 2006.
www.msp.gov.ec.
23 Nov 2006.

Ley de Maternidad Gratuita: Ley No. 000. RO/ Sup 523 de 9 de Septiembre de 1994. Gobierno de la Republica de Ecuador.

Longley, Robert. *Teen birth rate also falls to record low*. USGov Info: Census Statistic.

2002. <http://usgovinfo.about.com/cs/censusstatistic/a/aabirthrate.htm>. 18 Nov 2006.

Ministerios- Ministerio de Salud Pública. Página Oficial del Gobierno de la Republica de Ecuador. 2006. <http://www.presidencia.gov.ec/modulos.asp?id=3>. 18 Nov 2006.

Plan Cantonal de Salud de Cotacachi: Un Proyecto de Vida y Desarrollo Humano. Sistema Cantonal Descentralizado de Salud: Consejo Cantonal Intersectorial de Salud. 2005-2011.

Programa Nacional de Alimentación y Nutrición: PANN 2000. Folleto distribuido por el Ministerio de Salud Pública.

Situación de la Salud en Cotacachi, Consejo Intersectorial de Salud CIS-CEPAR, 1998.

Situación de la Salud en el Ecuador, MSP, 1997.

UNICEF. *Algunas cifras sobre la situación de la niñez y de la adolescencia en el Ecuador.* 2006.

Villacrés, N.A., Yépez, J.M. *Protección Social en Salud: Ecuador: Perfil de Riesgos, Vulnerabilidad y Exclusión Social en Salud.* Ministerio de Salud Pública. Enero 2002.

Entrevistas: (en orden de la fecha)

Muthre, Pilar (La Directora de Salud por la Zona de Intag). Discusión sobre la LYMAI en Intag y planificación en Cuellaje. 5-11-06.

Muthre, Pilar. Discusión sobre la tasa de mortalidad infantil. 6-11-06.

Muthre, Pilar. Discusión sobre la planificación familiar y la LYMAI. 9-11-06.

La Auxilaria del Cuellaje SCS. Discusión sobre la planificación familiar y la campaña de vacunación. 10-11-06.

Muthre, Pilar. Discusión sobre la planificación familiar y su falta de uso, antecedentes de la zona de Intag y promoción de la Ley. 13-11-06.

Muthre, Pilar. Discusión sobre la planificación familiar y su uso en Intag. 15-11-06.

La Auxilaria de Cuellaje SCS. Discusión sobre los usos de la medicación gratuita. 19-11-06.

La Auxilaria de Cuellaje SCS. Discusión sobre la abusa de la ley en Intag. 21-11-06.

Una Doctora en su Año Rural. Discusión sobre la abusa de la ley en Cuellaje. 21-11-06.

Apéndice 1: Mapa del Área de Investigación La Zona de Intag

