



Coordinador

Rina Mazuera-Arias

Autores

Rina Mazuera-Arias Carmen Zenaida Vivas-Franco Mariana del Valle Buitrago-Rodríguez Joscelyn Zarine Superlano-Jaimes

Apoyo estadístico

Jorge Isaac García Navarro

Apoyo de investigación

María Gabriela Pérez Sánchez Génesis Yamilex Ramírez Castro Brígida Carolina Rincón Chacón María Alejandra Román Riccioli Cristhian Arnoldo Zambrano Peroza

Diagramación

Abril Ávila

Recursos Visuales

Flaticon

Fotos

Génesis Yamilex Ramírez Castro

Foto de la portada

Mujer de 22 años con uno de sus hijos de 3 años, es madre de 3 hijos. Participante de las charlas educativas en salud sexual y salud reproductiva en el municipio Torbes, estado Táchira.



Depósito legal: TA2023000009

ISBN: 978-980-7906-17-3

San Cristóbal, 20 marzo de 2023

Afiliación institucional de los autores

Rina Mazuera-Arias. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF), Investigadora asociada del OVM-UCAB, Venezuela. Correo: mazuerarina@gmail.com

Carmen Zenaida Vivas-Franco. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF), Universidad de los Andes, Núcleo Universitario del Táchira "Dr. Pedro Rincón Gutiérrez" y Universidad Nacional Experimental del Táchira. Correo: carmenvivasfranco@gmail.com

Mariana del Valle Buitrago-Rodríguez. Universidad de los Andes, Núcleo Universitario del Táchira " Dr. Pedro Rincón Gutiérrez". Correo electrónico: buitragomariana@gmail.com

Joscelyn Zarine Superlano-Jaimes. Universidad Católica del Táchira y Universidad Católica Andrés Bello. Correo: jozasuja@gmail.com

Cita sugerida

Mazuera-Arias, R., Vivas-Franco, C, Buitrago-Rodríguez y Superlano-Jaimes (2023). Salud sexual y salud reproductiva en los municipios Ayacucho, García de Hevia y Torbes del estado Táchira y Páez del estado Apure: sensibilizar para concienciar. San Cristóbal, Venezuela: Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF). Venezuela.

El contenido y los puntos de vista son responsabilidad exclusiva de los autores y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de las entidades financiadoras y/o colaboradoras.

ÍNDICE

- 1. Introducción (pág. 5)
- 2. Importancia de la salud sexual y la salud reproductiva (pág. 6)
- 3. Políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva en Venezuela: retos y oportunidades (pág. 8)
- 4. Metodología (pág. 12)
- 5. Resultados (pág. 13)
- 6. Conclusiones (pág. 34)
- 7. Referencias (pág. 35)





Mujer de 30 años con uno de sus hijos de 2 años, es madre de 2 hijos. Participante de las charlas educativas en planificación familiar en el municipio Torbes, estado Táchira.

1 Introducción

Las mujeres y adolescentes tienen serios desafíos para gozar plenamente de la salud sexual y la salud reproductiva (SSSR) realidad que las hace aún más vulnerables. De acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) la planificación familiar es una condición necesaria para disminuir la pobreza y contribuir al empoderamiento de las mujeres, pero también es apenas una de las dimensiones de la SSSR y es tan cardinal que de los avances en el área depende tanto el tamaño ideal de la familia que cada individuo proyecta constituir (UNFPA, 2022a) como el desarrollo de los países.

Por otro lado, las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan una verdadera epidemia que afecta a gran parte de la población mundial: la Organización Mundial de la Salud (OMS) aseguró que para 2019 ya se registraban diariamente, más de un millón de nuevos casos (OMS, 2019); y aunque alguno de los padecimientos infecciosos puede adquirirse por vía distinta al contacto sexual como, por ejemplo, mediante transfusiones de sangre y trasplantes de tejidos (Reyes y Ariel, 2016) la mayoría de los contagios atiende al contacto sexual (Calderón-Jaimes, 1999). Aunado a ello, algunas ITS son asintomáticas, pero no por ello, carentes de consecuencias adversas y en algunos casos fatales (Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera, 2022) para quien las padece, pues, dentro de los efectos perniciosos para el organismo humano, se encuentran, entre otros: la ceguera, la infertilidad y los defectos congénitos (OMS, 2019).

El Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera ante tales situaciones y con el propósito de contribuir al alcance de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 1 ("Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo"),3 ("Garantizar una



vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades") y 5 ("Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas") trazados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (Naciones Unidas, 2015), realizó varias actividades de sensibilización en los municipios Ayacucho, García de Hevia y Torbes del estado Táchira y en el municipio Páez del estado Apure. Actividades que se ejecutaron durante los meses de diciembre de 2022, enero y febrero de 2023 y al final de cada actividad se aplicó una encuesta a las asistentes que dieron su consentimiento para participar en la investigación. De ese ejercicio, se aplicó una encuesta a 1723 mujeres y adolescentes.

En virtud de lo reseñado el objetivo de este estudio es determinar las características de la SSSR de mujeres y adolescentes con vida sexual activa en los municipios Ayacucho, García de Hevia y Torbes del estado Táchira y municipio Páez del estado Apure.

2 Importancia de la salud sexual y la salud reproductiva

La OMS explica que, desde un enfoque sistémico y una perspectiva holística, la salud sexual converge de manera continua en el bienestar físico, personal, psicológico y social del individuo (OMS, 2018), ya que, en ella inciden aspectos biológicos, psicológicos, sociales, familiares, políticos, religiosos, económicos, culturales, morales, legales y ancestrales en relación con la capacidad de gozar de una vida sexual plena. La expresión salud sexual está referida a "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad" (OMS, 2000, p.6) lo que implica no sólo la "ausencia de disfunción, enfermedad o discapacidad" (OMS, 2000, p. 9) en lo que se refiere a la sexualidad y a lo que ella implica; sino que además debe considerarse parte del estado interno de mujeres y hombres en el que mente y cuerpo están en bienestar general en relación con la sexualidad, lo que permite consolidar relaciones gratificantes con las demás personas y desarrollarse en la dimensión individual y social (OMS, 2000).

Así las cosas, la salud sexual en el hombre parte de un bienestar personal que puede estar enfocado en la prevención de ITS, así como en la prevención de embarazos no deseados y, en el tratamiento de afecciones físicas o psicológicas provocadas por la disfunción eréctil, lo cual afecta a la calidad de vida de quienes la padecen, por el impacto adverso que dicha afección crea en la pareja, la familia, en lo social y en incluso en la dimensión laboral (Ardila, 2022). Pues, la presencia de una de estas afectaciones propicia en el individuo tal desconfianza en sí mismo que le impide gozar de una salud sexual plena, además que se afecta física, emocional y mentalmente.

Entre tanto, la salud sexual en la mujer parte de un bienestar personal que, al igual que en el caso del hombre, puede estar encauzado a la prevención de ITS, así como también de la prevención de embarazos no deseados y el tratamiento de afecciones físicas y psicológicas que están relacionadas con el placer y la satisfacción sexual (García-Pérez y Harlow, 2010) como por ejemplo, la dispareunia o relaciones sexuales dolorosas y la disfunción sexual femenina o, pérdida del deseo sexual, entre otras. Por ende, el tema de la salud sexual, tanto en el hombre como en la mujer, debe ser evidenciado como natural y la formación en salud sexual debe ser infundida en niñas, niños, adolescentes, mujeres y hombres, desde el más completo respeto al ser humano.

DE LA SALUD REPRODUCTIVA

La salud sexual y la salud reproductiva están en estrecha relación tanto desde el punto de vista abstracto como desde la planificación y ejecución de programas (OMS, 2018), ya que ambos conceptos forman parte integrante de uno de los derechos fundamentales del individuo, como lo es el derecho a la vida que dentro de sus aristas contempla de acuerdo con el UNFPA "la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia" (UNFPA, 2022b, párr. 1).

En efecto, al hacer referencia a la salud reproductiva, es necesario considerar lo relativo a aspectos propios de la vida reproductiva, entre los que se cuentan: a) la respuesta sexual del ser humano en la que se involucran diversos aspectos como el placer y la satisfacción sexual (Challco-Luza y Salvador-Carranza, 2022), b) la escogencia libre y responsable sobre los métodos de control o anticoncepción que desea usar, si desea o no procrear, el momento oportuno para ello y el número de hijos (Somogyi y Mora, 2011) y, c) la prevención de ITS y para ello es fundamental considerar que el empleo de métodos implica un control de la natalidad por medio de la prevención de embarazos no planificados aunado al gozo pleno de la vida sexual activa, pero no todos previenen las ITS.

DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Los derechos reproductivos están en estrecha relación con el derecho al disfrute de la sexualidad segura y planificada, es decir, a una vida sexual plena y segura lo que puede lograrse desde la toma de decisiones autónomas sobre el propio cuerpo y vida en los campos de la sexualidad y reproducción (Pérez, 2014). En este sentido, la OMS (2003), ha enumerado una serie de derechos reproductivos, que garantizan la coexistencia y la armonía sexual entre hombres y mujeres; además, que, la sexualidad y la reproducción se ejerzan con plena libertad y respeto a la dignidad de las





personas; lo que deriva al disfrute absoluto de una vida sexual, sana, es decir, libre de ITS y en la que la violencia, no tenga cabida; todo ello, independientemente del contexto o realidad reproductiva de cada uno (Guevara, 2020).

Esos derechos reproductivos se refieren a determinar de forma libre sobre los fines procreativos de la relación, decidir sobre el número de hijos y el intervalo entre ellos; recibir información certera sobre planificación familiar; acceder a mecanismos de control reproductivo legales dentro del territorio donde se emplearán; uso y acceso de métodos de control de la natalidad que sean de calidad y seguros; acceder a servicios de salud, tanto para la planificación familiar como para garantizar embarazos y partos seguros y asistidos (Mazuera-Arias, et al., 2022).

De allí que, estos derechos y su pleno ejercicio requieran de una concienciación en la toma de decisiones responsables que permitan a cada individuo "elegir sus opciones preferidas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva" (UNFPA, 2022b, párr. 3); además, de "contar con servicios de calidad para el cuidado de las gestantes y recibir atención de emergencia y contar con todos los insumos para garantizar la maternidad saludable y segura" (Guevara, 2020, p.7).

3 Políticas públicas de salud sexual y salud reproductiva en Venezuela: retos y oportunidades

Hay que admitir que la sola constitucionalización de los derechos no basta para que se cumplan o se hagan efectivos (Andara y Peña, 2022); de allí la necesidad de que el Estado, desde el diseño de políticas públicas, por medio de la actividad financiera y del presupuesto público, planifique y disponga los recursos necesarios para sufragar ese gasto público y se responda así a esa necesidad del colectivo. Las políticas públicas son "todo aquello que los gobiernos deciden hacer o no hacer" (Dye, 2008, p.1), poniendo así el énfasis en las acciones que reciben mayor atención por parte de los decisores para atender a las demandas o necesidades de algunos grupos específicos dentro de la población. Por su parte, Subirats y Gomá explican que:

Toda política pública entraña un mecanismo de asignación pública de recursos y oportunidades entre los diferentes grupos sociales con intereses y preferencias en conflicto. Mecanismo que opera en un plano más o menos autónomo respecto a las lógicas mercantiles, familiares y comunitarias. Las políticas, en consecuencia, implican opciones de fondo enraizadas en valores, paradigmas e ideas. Trasladan, de forma más o menos explícita, concepciones, referentes normativos e intereses a la esfera de la decisión colectiva. Y todo ello en un marco de entramados institucionales por donde transitan las interacciones concretas entre actores políticos. La estructura de oportunidades y límites que ofrecen las instituciones, así como las estrategias y habilidades de negociación de los actores, serán también variables a tener en cuenta como determinantes de cada resultado decisional (Subirats y Gomá, 2018, p.14).

En la definición referida se añaden elementos importantes como las contradicciones que se generan en el sistema debido a la necesidad de asignación de recursos públicos y la pugna de los distintos intereses y valores de los grupos políticos. Por lo que, para Tamayo (1997) las políticas públicas estarían representadas por el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para lograr la solución de problemas identificados como prioritarios por los ciudadanos y el propio gobierno.





Mujer de 32 años, embarazada de su segundo hijo. Participante de las charlas educativas en planificación familiar en el municipio Torbes, estado Táchira.

Dentro de esta gama de asuntos considerados como prioritarios, se ubican los relacionados con el punto de vista social que permite a los gobiernos brindar la garantía de bienestar a sus ciudadanos, por tanto, surge la necesidad de diseñar e implementar políticas sociales que se ocupan "de las formas en las que las sociedades de todo el mundo satisfacen necesidades humanas de seguridad, educación, trabajo, salud y bienestar" (Platt citado por Flores, 2022, párr. 1). En este marco de políticas sociales, se encuentran las políticas en salud que determinan las características del sistema sanitario de un país y requieren un abordaje sistémico de las políticas públicas y su formulación, en la que suelen estar inmersos distintos actores sociales e institucionales, incluso fuera del propio sistema de salud para lograr acciones integrales con un impacto notable en el bienestar de la población.

Las políticas de salud resultan fundamentales porque afectan aspectos de la vida cotidiana de los ciudadanos de un determinado país, pueden prohibir conductas consideradas de riesgo, al mismo tiempo, alentar a aquellas consideradas benéficas, así como proteger derechos para los más vulnerables y promover beneficios para algunos grupos poblacionales determinados. En definitiva, los sistemas de salud reflejan los valores sociales que están expresados en los marcos jurídicos e institucionales en los que se encuadra la formulación de las políticas de salud, y dentro de ellas, las de SSSR. Es por este motivo que las políticas de SSSR deben servir para garantizar los derechos humanos, conducir al desarrollo sostenible y al mismo tiempo, promover la igualdad de género.

De ahí que, deban enfocarse en la atención de las personas durante todo el curso del ciclo vital. En el caso de Venezuela, es importante recordar que sólo hasta los años 70 se empieza a configurar una política de salud, en la que la SSSR reciben mayor atención pues, anteriormente no eran un punto considerado importante en la agenda nacional. Pero, esa configuración consistió sólo en el diseño y ejecución de programas destinados a la planificación familiar y la mejora en la atención a la



mujer embarazada por lo cual los programas en el área estaban vinculados solo con la atención pre y posnatal, la lactancia materna y los servicios de pediatría. Por ende, los recursos eran distribuidos entre esos programas.

En la década de los 80, adquirió mayor relevancia la necesidad de tomar medidas en atención al embarazo adolescente, pues uno de cada cinco partos correspondía a una madre adolescente (González, 2008). De allí, que se realizaron esfuerzos importantes por tomar medidas con relación a la prevención de ITS y del virus de la inmunodeficiencia humana (HIV), pero surgieron algunas dificultades en torno al acceso y a la universalidad de los servicios, pues estos resultaron más accesibles para las poblaciones ubicadas en las zonas urbanas del país.

A esto, deben sumarse temas como crisis económica del país, crisis que genera la disminución del presupuesto destinado a la inversión social, lo que pone en evidencia las necesidades del sistema de salud pública de Venezuela, en el que no sólo era necesaria la mayor incorporación de talento humano formado que ya venía siendo insuficiente para atender las necesidades en salud de la población, sino también, la falta de insumos, medicamentos y equipos que, conjugada con otros factores, fueron aumentando las necesidades de la salud en general, lo que imponía la priorización de otros temas y dejaba de lado los propios de la SSSR.

A partir del 2000, se incorporaron en el ordenamiento jurídico venezolano conceptos clave de SSSR y se configuraron algunos hitos significativos como la aprobación de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999/2009), la redacción de los documentos que hacen parte de la norma oficial del Sistema Sanitario Nacional en materia de SSSR (2003): Lineamientos Estratégicos para la Promoción y Desarrollo de la salud sexual y reproductiva guía para la acción, Reglamento Técnico Administrativo para la promoción y el desarrollo integral de la salud sexual y reproductiva, Manual de Procedimientos para la Promoción y el Desarrollo de la salud sexual y reproductiva y las Fichas Técnicas para la Atención Integral en salud sexual y reproductiva, así como la entrada en vigencia de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007).

Hitos que condujeron a la adopción de medidas y ejecución de actividades en las que se vincularon distintas carteras ministeriales (salud, educación y deporte) con organizaciones de la sociedad civil para dar respuestas en el ámbito de la SSSR. Sin embargo, había aún una tarea pendiente: "lograr reducir en primer lugar, la elevada mortalidad materna" (González, 2008, p.15) que aún se imponía en el país.

Ahora bien, hoy día existen situaciones que afectan a la población que vive en el país en relación con la SSSR. Por ello, se esbozan algunas recomendaciones en el área que siguen siendo necesarias y que están previstas dentro del marco legal nacional, pero que requieren acuerdos y recursos para su efectiva operacionalización, que inicia por aspectos técnicos como:

1.- Contar con un presupuesto que sea capaz de cubrir las necesidades de la población en materia de SSSR. Solo en la medida en que se priorice la SSSR y se destinen los recursos necesarios se podrán garantizar las condiciones para atender a toda la población adecuadamente en esa dimensión.

- •
- 2.- Robustecer el programa de educación integral en sexualidad (EIS) lo que comporta:
- Que esté actualizado constantemente con las orientaciones técnicas internacionales en la materia.
- Que promueva la salud, el bienestar y la dignidad de las personas al ofrecer herramientas que garanticen su plena autonomía y conocimiento del cuerpo.
- Que se imparta formalmente, es decir, debe hacer parte del currículo en escuelas y liceos para que, desde la infancia y de acuerdo con su etapa de desarrollo, las personas reciban orientaciones científicas e información fidedigna que permita a la población explorar y cultivar los valores positivos en torno tanto a su salud como a sus derechos sexuales y reproductivos.
- Tener la participación de expertos, personal de salud y docentes con liderazgo y especial sensibilización hacia los temas, así como el deseo de formarse permanentemente para lograr que niños, niñas y adolescentes (NNA) puedan alcanzar la mayor comprensión de los temas y conceptos impartidos. Del mismo modo, se requiere de madres, padres y adultos significativos, sensibilizados y comprometidos con la mejor orientación de los NNA en la materia. Todo, siempre ubicando a las personas en el centro de la acción.
- Considerar los aportes que puedan sumar las distintas organizaciones de la sociedad civil en cuanto a la contribución hacia
 estos planes por medio de la capacitación del personal docente y de salud, el diseño de material y el tratamiento de los
 temas en espacios comunitarios que permitan el abordaje de estos con la misma seriedad, profundidad y profesionalismo.
 Vale aquí mencionar, que es sumamente necesaria la incorporación de actores sociales relevantes como los líderes
 comunitarios y los miembros de las comunidades en sí.
- 3.- Consolidar programas efectivos y sostenidos de planificación familiar que garanticen la igualdad de género y el empoderamiento femenino. Se requiere entonces que en los centros asistenciales de los entornos rurales y urbanos se cuente con personal capacitado para la adecuada información, servicio y apoyo hacia las parejas y distintos miembros de las comunidades. Los programas deben garantizar el suministro constante de anticonceptivos con la información adecuada sobre su uso y efectividad en relación con la prevención tanto del embarazo y como de las ITS, el acceso a información sobre los programas que se estén ejecutando para el control de la natalidad en el marco del plan quirúrgico. Además, de la adecuada atención de la gestante mediante consultas periódicas, los adecuados suministros para la atención prenatal y suministros para la atención obstétrica de emergencia. Dentro de este plan debe ser efectiva la mejora en el manejo de la información, por tanto, se requiere de un levantamiento de datos constante que se corresponda con la realidad y que permita la toma de decisiones, partiendo de la evidencia empírica encontrada en cada comunidad y en la población que asiste a los servicios de salud. Para este punto en concreto es importante que dentro de los centros asistenciales se contemplen dos factores clave: a) contar con un equipo de profesionales capaces de asesorar a las personas con precisión, así como de otras organizaciones de la sociedad civil que mediante distintos proyectos puedan aportar capacitación constante y actualizada al personal de salud; y b) las instituciones de salud deben tener entre sus haberes los insumos y suministros adecuados para llevar a cabo los programas de planificación familiar, y asegurarse de mantenerlos resquardados en depósitos que cuenten y sigan las normas sanitarias pertinentes.
- 4.- Unificar los esfuerzos y respuestas a la violencia basada en género. En este punto también se considera importante el trabajo que se desarrolle en las instituciones educativas, centros de salud y distintas organizaciones de la sociedad civil,



así como el esfuerzo de las autoridades en materia de prevención. Para ello, se requieren centros de salud suficientemente dotados de los insumos necesarios y de personal de salud capacitado, además de instituciones receptoras de denuncias con servidores públicos capacitados para la adecuada atención de las sobrevivientes, de tal manera que actúen como orientadores y acompañantes sin juicios ni sesgo.

4 Metodología

Este estudio tiene como objetivo determinar las características de la salud sexual y la salud reproductiva de mujeres y adolescentes con vida sexual activa en los municipios Ayacucho, García de Hevia y Torbes del estado Táchira y municipio Páez del estado Apure.

El análisis presenta un enfoque descriptivo, de las variables de tipo categóricas, que caracterizan la SSSR de 1723 mujeres y adolescentes, durante el período diciembre 2022 a febrero 2023. Los datos provienen de un instrumento contentivo de 42 ítems aplicado bajo la plataforma de recolección de datos KoboToolbox. Instrumento que fue aplicado a las mujeres y adolescentes con una vida sexual activa sensibilizadas en talleres y charlas educativas dictadas por el Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera.

Para el tratamiento de los datos provenientes del estudio se realizó la primera fase que consiste en asegurar la integridad y validez de los datos mediante la validación de consistencias interna de datos (validación de código, de tipo de datos, rango de datos, validación de restricciones) y detección de valores atípicos y/o valores faltantes.

Se realizó el análisis de los datos mediante técnicas de estadística descriptiva y análisis bivariado de distribuciones porcentuales relativas de las variables en estudio de la población objetivo, resultando un plan de tabulación cruzada de 42 variables presentadas en tablas de distribución de frecuencias. Las tablas incluyen el total por columna, el total de frecuencias relativas (número de ocurrencias de cada categoría, dividido entre el total de categorías de la variable) es presentado por filas en porcentaje a un dígito.

La validación, procesamiento y análisis de los datos se realizó mediante algoritmos de programación en el lenguaje de programación estadístico R y el paquete SPSS en su versión 26 (IBM SPSS, Chicago, IL, EE. UU.).

Los resultados se muestran: a) por promedio entre los obtenidos en el estado Táchira y en el estado Apure, b) totales por cada estado, c) en el caso del estado Táchira comparativamente entre los municipios Ayacucho, García de Hevia y Torbes cuando existen diferencias, y d) por la submuestra de adolescentes en algunas variables presentadas.



5 Resultados

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

La muestra fue de 1723 mujeres y adolescentes: 1076 en Táchira (municipios Ayacucho, García de Hevia y Torbes) y 647 en Apure (municipio Páez). En atención al grupo etario la mayoría se trataba de mujeres de 18 a 29 años (58,9 %), pero también hubo adolescentes (19,3 %), mujeres de 30 a 39 años (19,3 %) y de 40 a 49 años (2,4 %). En el caso de las adolescentes, hubo mayor porcentaje en Apure (20,6 %) en comparación con Táchira (18,6 %).

Grupos etarios	Táchira N %	Apure N %	TOTAL N %
Menores de 18 años	200 18,6%	133 20,6%	333 19,3%
18 a 29 años	613 57%	402 62,1%	1015 58,9%
30 a 39 años	224 20,8%	109 16,8%	333 19,3%
40 a 49 años	39 3,6%	3 0,5%	42 2,4%
TOTAL	1076 100%	647 100%	1723 100%

Situación de pareja	Táchira N % 476 44,1%	Apure N % 322 49,7%	TOTAL N % 798 46,3%
Casada	120 11,2%	58 9%	178 10,3%
Soltera	459 42,7%	264 40,8%	723 42%
Separada de unión o matrimonio	15 1,4%	3 0,5%	18 1%
Divorciada	3 0,3%		3 0,2%
Viuda	3 0,3%		3 0,2%
TOTAL	1076 100%	647 100%	1723 100%

Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

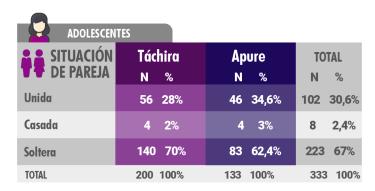
Por municipios del Táchira el grupo etario y la situación de pareja es:

Grupos etarios	Ayacucho N %	García de Hevia N %	Torbes N %	TOTAL N %
Menores de 18 años	20 13,9%	117 19,5%	63 18,9%	200 18,6%
18 a 29 años	82 56,9%	349 58,3%	182 54,7%	613 57%
30 a 39 años	35 24,3%	116 19,4%	73 21,9%	224 20,8%
40 a 49 años	7 4,9%	17 2,8%	15 4,5%	39 3,6%
TOTAL	144 100%	599 100%	333 100% 1	1076 100%

Situación de pareja	Ayacucho N %	García de hevia N %	Torbes N %	TOTAL N %
Unida	71 49,3%	261 43,6%	144 43,3%	476 44,1%
Casada	17 11,8%	69 11,5%	34 10,2%	120 11,2%
Soltera	54 37,5%	259 43,2%	146 43,8%	459 42,7%
Separada de unión o matrimonio	1 0,7%	9 1,5%	5 1,5%	15 1,4%
Divorciada	1 0,7%	1 0,2%	1 0,3%	3 0,3%
Viuda			3 0,9%	3 0,3%
TOTAL	144 100,0%	599 100,0%	333 100,0%	1076 100%

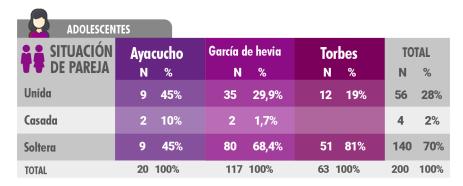


En relación con la situación de pareja de las adolescentes encuestadas (19,3 %) en su mayoría eran solteras (67 %). Al comparar entre Táchira y Apure, eran más las solteras en Táchira.



Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

Entre los municipios del Táchira en estudio existen diferencias porcentuales significativas en relación con el estado civil de las adolescentes: en Torbes hay mayor porcentaje de solteras y en Ayacucho mayor porcentaje de unidas y casadas.

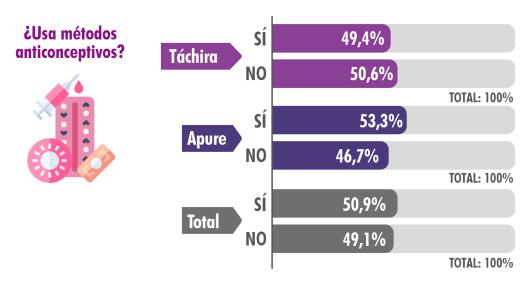


Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

ACCESO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

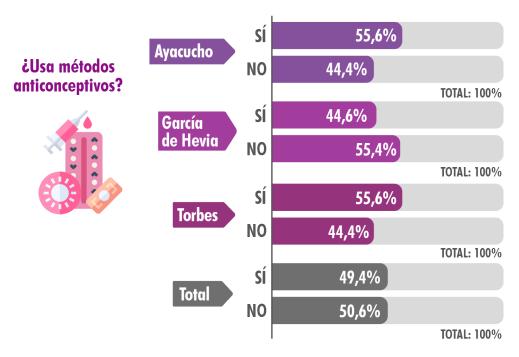
El uso de métodos anticonceptivos no es generalizado en las mujeres y adolescentes encuestadas que tienen una vida sexual activa, pues solo el 50,9 % dijo que sí los usaba mientras que el 49,1 % dijo que no, por lo que la diferencia porcentual es pequeña. Ahora, al comparar Táchira con Apure sí existe diferencia: se usa métodos anticonceptivos en mayor porcentaje en Apure.





Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

En el caso de los municipios del Táchira, no se utiliza métodos anticonceptivos en mayor porcentaje en García de Hevia (55,4 %).



Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023



En general, los principales métodos anticonceptivos que utilizan son: pastillas (36,7 %), condón masculino (29 %), inyectables (21 %), implantes, específicamente dispositivo en el brazo (6,8 %), entre otros (Respuesta de opción múltiple).

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Táchira %	Apure %	TOTAL %
Orales (Pastillas)	33,1%	42,3%	36,7%
Condón masculino	29,7%	27,8%	29%
Inyectables	17,1%	27%	21%
Implante anticonceptivo (Dispositivo en el brazo)	8,5%	4,3%	6,8%
Anticoncepción de emergencia (Píldora de emergencia)	5,8%	2,9%	4,7%
Dispositivo intrauterino (DIU)	6,2%	2%	4,6%
Condón femenino	4,7%	4,1%	4,4%
Ritmo	3,9%	1,2%	2,9%
Retiro (Marcha atrás)	1,9%	0,6%	1,4%
Esterilización femenina	0,8%	0,6%	0,7%
Otro	0,9%	0,3%	0,7%
Esterilización masculina	0,4%	0,3%	0,3%
Métodos vaginales (Esponja, diafragma)	0,6%		0,3%
Billings	0,2%		0,1%
Está esterilizada	0,2%		0,1%



Entre los tres municipios del estado Táchira, las mujeres y adolescentes encuestadas usan más pastillas (36,7 %) e inyectables (21,7 %) en García de Hevia, más condón masculino (33,8 %) en Ayacucho y más implantes, esto es, dispositivos en el brazo (13 %) en Torbes (Respuesta de opción múltiple).

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	Ayacucho %	García de Hevia %	Torbes %
Orales (Pastillas)	32,5%	36,7%	28,1%
Condón masculino	33,8%	29,6%	28,1%
Inyectables	16,3%	21,7%	10,8%
Implante anticonceptivo (Dispositivo en el brazo)	6,3%	6%	13%
Anticoncepción de emergencia (Píldora de emergencia)		6,7%	7%
Dispositivo intrauterino (DIU)	11,3%	2,2%	9,7%
Condón femenino	5%	4,9%	4,3%
Ritmo	2,5%	2,6%	6,5%
Retiro (Marcha atrás)	3,8%	1,5%	1,6%
Esterilización femenina		0,4%	1,6%
Otro	1,3%	0,7%	1,1%
Esterilización masculina			1,1%
Métodos vaginales (Esponja, diafragma)		0,4%	1,1%
Billings	1,3%		
Está esterilizada			0,5%



Entre quienes usan métodos anticonceptivos, tuvo acceso a ellos de manera gratuita el 21,1 % en Táchira y el 16,8 % en Apure. En el caso de Táchira, accedieron de manera gratuita en mayor porcentaje en Torbes (31,9 %), luego Ayacucho (22,5 %) y por último en García de Hevia (13,1 %).

El método anticonceptivo usado produjo algunos efectos secundarios al 16,9% en Táchira (20 % Ayacucho, 16,5 % García de Hevia y 16,2% Torbes) y al 15,1% en Apure. Entre las afectadas, la mayoría no hizo nada 48,6 %, mientras que otras se lo retiraron o dejaron de usarlo 32,4 % y otras fueron al médico 19 %.

Ante los efectos secundarios ¿Qué hizo?	Táchira %	Apure %
Nada	52,2%	42,3%
Se lo retiró/ dejó de usarlo	30%	36,5%
Fue al médico	17,8%	21,2%
TOTAL	100%	100%

Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

En Táchira llama la atención que las encuestadas del municipio Torbes no hubiesen hecho nada en un 60 %.

Ante los efectos secundarios ¿Qué hizo?	Ayacucho %	García de Hevia %	Torbes %	TOTAL
Nada	50%	47,7%	60%	52,2%
Se lo retiró/ dejó de usarlo	43,8%	34,1%	16,7%	30%
Fue al médico	6,2%	18,2%	23,3%	17,8%
TOTAL	100%	100%	100%	100%



Las tres principales razones alegadas para no usar métodos anticonceptivos (50,6 % en Táchira y el 46,7 % en Apure) las mujeres y adolescentes encuestadas fueron: 31,9 % no tiene pareja, 25,9 % teme que le haga daño a la salud y el 16,9 % no tiene dinero para comprarlos (Respuesta de opción múltiple). Al observar los datos por estado hay diferencias significativas, el no tener pareja tiene mayor peso en las mujeres y adolescentes encuestadas en Apure como razón para no usar métodos anticonceptivos.

RAZONES PARA NO USAR MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN O PLANIFICACIÓN	Táchira %	Apure %	TOTAL
No tiene pareja	25,7%	43%	31,9%
Teme que le hagan daño a la salud	26,3%	25,2%	25,9%
No tiene dinero para comprarlos	19,9%	11,6%	16,9%
Otra razón	10,1%	7,6%	9,2%
No le gusta usarlos/ no quiere	8,6%	4,3%	7,1%
Su pareja no quiere que usted use métodos anticonceptivos	3,1%	3,6%	3,3%
En el centro de salud nunca los tienen	3,3%	2,6%	3,1%
Desea quedar embarazada	3,1%	2,3%	2,8%
No conoce los métodos	2,8%	1,7%	2,4%
Cree que no puede quedar embarazada	3,1%	1%	2,4%
Su pareja quiere que usted esté embarazada	1,8%	2,3%	2%
No puede tener hijos	1,3%	0,7%	1,1%
Razones religiosas	0,2%	0,3%	0,2%

Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

En el caso de los municipios del Táchira en estudio, también existen diferencias: en Ayacucho las dos principales razones son el temor a que le haga daño a la salud (28,1 %) y el no tener dinero para comprarlos (21,9 %); en García de Hevia el temor a que le haga daño a la salud (30,1 %) y no tener pareja (26,2 %); y en Torbes no tener pareja (28,4 %) y no tener dinero para comprarlos (23 %).



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las mujeres y adolescentes encuestadas previenen principalmente las ITS usando condón (46,5 %); además de otras maneras como: siendo fiel (37,4 %), evitando relaciones sexuales con desconocidos (22,1 %), abstinencia sexual (2,4 %) y otras maneras (1,9 %) (Respuesta de opción múltiple).

¿DE QUÉ MANERA USTED PREVIENE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?	Táchira %	Apure %	TOTAL
Usando condón	46,8%	46,1%	46,5%
Siendo fiel	36,9%	38,2%	37,4%
Evitando relaciones sexuales con personas desconocidas	21,9%	22,3%	22,1%
Abstinencia sexual	2,3%	2,5%	2,4%
Otra	2,3%	1,1%	1,9%

Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

Entre Táchira y Apure no hay diferencias, pero entre los municipios del Táchira sí: el uso del condón es menor en Torbes (44,7%) en comparación con García de Hevia (48,1%) y Ayacucho (46,5%).

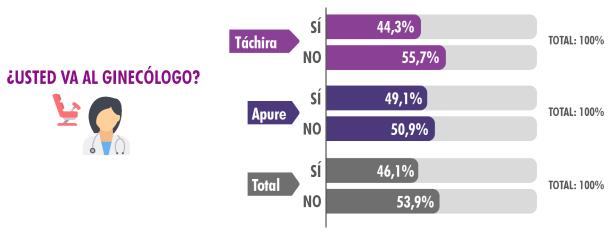
El uso del condón para prevenir ITS es de suma importancia, pero no existe esa práctica en las encuestadas en general: 16,5 % nunca lo ha usado, 59,5 % lo ha usado alguna vez, 15,1 % lo usó la mayoría de las veces en los últimos doce meses y 8,9 % lo usó en la última relación sexual. Las encuestadas en Torbes son quienes en mayor porcentaje nunca han usado el condón 20,7 % en comparación con las de Ayacucho (17,4 %) y García de Hevia (17,7 %).

¿USTED ACTUALMENTE O EN EL PASADO HA UTILIZADO EL CONDÓN?	Táchira %	Apure %
Lo he usado alguna vez	57%	63,8%
Nunca lo he utilizado	18,6%	12,8%
Lo he utilizado la mayoría de las veces en los últimos 12 meses	14,8%	15,6%
Lo usé en la última relación sexual	9,6%	7,8%
TOTAL	100%	100%



SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

El 53,9 % de las encuestadas no va al ginecólogo. En Apure (49,1 %) las encuestadas asisten al ginecólogo en mayor porcentaje que en el Táchira (44,3 %). El 51,8 % en Táchira y el 61,6% en Apure asiste solo cuando tiene algún síntoma; y el 48,2% en Táchira y el 38,2% en Apure por control cuando corresponde. En Táchira asisten al ginecólogo en mayor porcentaje en Ayacucho (55,6 %) en comparación con García de Hevia (43,2 %) y Torbes (41,4 %). Entre éstas hay una mayor práctica de ir al control ginecológico en las encuestadas en Ayacucho (52,5 %) en comparación con las de Torbes (49,3 %) y las de García de Hevia (46,3 %).



Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

En los últimos 12 meses el 55,9 % de las encuestadas no se realizó ningún examen médico relacionado con la salud sexual y reproductiva.

En los últimos doce meses ¿usted se realizó alguno de los exámenes médicos siguientes? (RESPUESTA DE OPCIÓN MÚLTIPLE)	Táchira %	Apure %	TOTAL
Ninguno	55,5%	56,6%	55,9%
Citología	27,4%	27,2%	27,3%
Examen de sangre para descartar infecciones de transmisión sexual	16,8%	17,6%	17,1%
Ecografía intravaginal	11,3%	12,2%	11,7%
Ultrasonido	10,6%	9,7%	10,3%
Eco mamario	5,8%	4,8%	5,4%
Mamografía	1,4%	3,6%	2,2%
Otro relacionado con su salud sexual y reproductiva	1,4%		0,9%



El 47 % en general nunca se había realizado una citología, en mayor porcentaje en Apure (48,1 %) en comparación con el Táchira (46,4 %). En el caso de los municipios en estudio en el Táchira, en García de Hevia (50,3 %) es mayor el porcentaje de mujeres que nunca se ha realizado una citología en comparación con las mujeres encuestadas en Torbes (45,3 %) y en Ayacucho (32,6 %).

¿Hace cuánto tiempo se realizó la última citología?	Táchira %	Apure %	TOTAL
Nunca	46,4%	48,1%	47%
Entre 1 y 2 años	34,5%	36,9%	35,4%
Más de 3 años	13,2%	7,3%	11%
Entre 2 y 3 años	5,9%	7,7%	6,6%
TOTAL	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

El 89,2% de las encuestadas nunca se han realizado una mamografía, no hay diferencias entre Táchira y Apure.

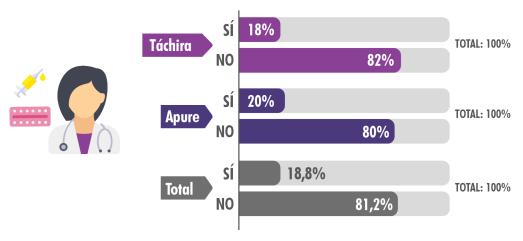
¿Hace cuánto tiempo se realizó la última mamografía?	Táchira %	Apure %	TOTAL
Nunca	89,7%	88,4%	89,2%
Entre 1 y 2 años	5,6%	7,3%	6,2%
Más de 3 años	3,3%	2,5%	3%
Entre 2 y 3 años	1,4%	1,9%	1,6%
TOTAL	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

Entre quienes se realizaron algún examen en salud sexual y reproductiva y posteriormente requirieron un tratamiento médico, solo el 18,8 % tuvo acceso al mismo. De estos, 77,2 % por medios privados, 17,1 % por medios públicos y el 5,7 % por medio de servicios prestados por una organización no gubernamental (ONG).



Si padece alguna de las enfermedades anteriores ¿Actualmente tiene acceso al tratamiento médico?



Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

El acceso médico es por:	Táchira %	Apure %	TOTAL
Medios privados	80%	73,3%	77,2%
Medios públicos	15%	20%	17,1%
Donación/ONG	5%	6,7%	5,7%
TOTAL	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

Entre las encuestadas en el Táchira sí existen diferencias, tanto en Ayacucho como en García de Hevia, el 100 % accedió al tratamiento por medios privados, en Torbes 33,3 % por medios privados, 50 % por medios públicos y 16,7 % por ONG.

El 81,2 % que requería un tratamiento médico y no accedió al mismo, no lo hizo por: los altos costos (72,5 % en Táchira y 93,3 % en Apure), no le pareció importante (22 % Táchira, 1,7 % Apure) y la distancia entre el domicilio y un centro asistencial (5,5 % Táchira, 5 % Apure). En el Táchira resulta preocupante que entre las encuestadas algunas mujeres y adolescentes hayan manifestado que no les parece importante recibir tratamiento cuando tienen una patología relacionada con su salud sexual y reproductiva. Al respecto existen diferencias entre las razones alegadas: en Ayacucho el 100 % no accedió al tratamiento por los altos costos, en García de Hevia 88,5 % por los altos costos y 5,8 % no les parece importante y con el mismo porcentaje fue señalado el hecho de que queda muy distante un centro asistencial, y en Torbes 63 % no lo considera importante, 29,6 % por los altos costos y 7,4 % no tiene cerca un centro de salud.



FECUNDIDAD

El 32,4 % de las encuestadas, en general, tuvo un parto en los 2 últimos años, siendo mayor el porcentaje en Táchira (33,4 %) en comparación con Apure (30,9 %). En Táchira la fecundidad en los 2 últimos años fue mayor en Ayacucho (36,8 %) en comparación con Torbes (33,6 %) y García de Hevia (32,4 %).

En el caso de las adolescentes encuestadas el 12,6 %, en general, había tenido un parto en los últimos 2 años; al comparar entre Táchira y Apure los porcentajes son similares; situación que no ocurre entre los municipios del Táchira, pues en Ayacucho el 30 % de las adolescentes encuestadas había tenido un parto en los últimos 2 años.

¿Ha tenido algún parto en los últimos 2 años? ADOLESCENTES SÍ 30% Avacucho **TOTAL: 100%** 70% NO SÍ 12% Táchira **TOTAL: 100%** 88% NO SÍ 8,5% García **TOTAL: 100%** de Hevia NO 91,5% SÍ 13,5% **TOTAL: 100%** Apure 86,5% NO SÍ 12,7% **TOTAL: 100% Torbes** NO 87,3%

Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

En relación con los controles prenatales de las encuestadas que tuvieron un parto en los últimos 2 años, el 15 % en Apure y el 9,2 % en Táchira no tuvieron controles prenatales. En Táchira, 10,3 % en García de Hevia, 9,4 % en Ayacucho y 7,1 % en Torbes no tuvo controles prenatales.

Quienes tuvieron controles prenatales se controló en centro público de salud (55,8 % Táchira, 45,9 % Apure), centro privado de salud (44,2 % Táchira, 54,1 % Apure). Durante el embarazo 35 % en Táchira (35,4 % Ayacucho, 35,1% García de Hevia, 34,6 % Torbes) y 53,5 % en Apure tuvieron de 3 a 6 controles; 43,3 % en Táchira (39,6 % Ayacucho, 44,8 % García de Hevia y 42,3 % Torbes) y 30,6 % en Apure tuvieron de 7 a 9 controles; 14,7 % en Táchira (18,8 % Ayacucho, 14,9 % García de Hevia y 12,5 % Torbes) y 6,5 % en Apure tuvieron más de 10 controles; y 7,1 % en Táchira (6,3 % Ayacucho, 5,2 % García de Hevia y 10,6 % Torbes) y 9,4 % en Apure tuvieron menos de 3 controles.



En relación con los controles prenatales indique ¿en qué momento del embarazo realizó su primer control prenatal?

Primer control prenatal	Táchira %	Apure %
1° trimestre	56,5%	46,5%
2° trimestre	23,4%	23,5%
3° trimestre	10,9%	15%
No tuve controles prenatales	9,2%	15%
TOTAL	100%	100%

Primer control prenatal	Ayacucho %	García de Hevia %	Torbes %
1° trimestre	50,9%	54,1%	63,4%
2° trimestre	24,5%	23,2%	23,2%
3° trimestre	15,1%	12,4%	6,3%
No tuve controles prenatales	9,4%	10,3%	7,1%
TOTAL	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

Al filtrar los datos, en el caso de las adolescentes que tuvieron un parto en los últimos 2 años, los porcentajes de adolescentes que no tuvieron controles prenatales es mayor, casi el doble del promedio en general, 16,7 % en Táchira y 27,8 % en Apure. En el caso del Táchira existen diferencias significativas entre los municipios, en Torbes 37,5 % y en Ayacucho 16,7 %.

En relación con los controles prenatales indique ¿en qué momento del embarazo realizó su primer control prenatal?

ADOLESCENTES			
Primer control prenatal	Táchira %	Apure %	TOTAL
1° trimestre	29,2%	33,3%	31%
2° trimestre	37,4%	11,1%	26,2%
3° trimestre	16,7%	27,8%	21,4%
No tuve controles prenatales	16,7%	27,8%	21,4%
TOTAL	100%	100%	100%

ADOLESCENTES				
Primer control prenatal	Ayacucho %	García de Hevia %	Torbes %	TOTAL %
1° trimestre	16,7%	30%	37,5%	29,2%
2° trimestre	33,3%	60%	12,5%	37,4%
3° trimestre	33,3%		12,5%	16,7%
No tuve controles prenatales	16,7%	10%	37,5%	16,7%
TOTAL	100%	100%	100%	100%



Las adolescentes que tuvieron controles prenatales, en el caso del Táchira los tuvieron principalmente en establecimientos público de salud (62,5 %) y en Apure principalmente en establecimientos de salud privados (38,9 %), existiendo diferencias significativas. Lo mismo se presenta dentro de los municipios del Táchira, por ejemplo, en Torbes, donde todas las adolescentes que tuvieron controles los hicieron en establecimientos público de salud.

ADOLESCENTES						
¿Dónde se	Táchira		Apure		TOTAL	
controló?	N	%	N	%	N	%
Centro público de salud	15	62,5%	6	33,3%	21	50%
Centro privado de salud	5	20,8%	7	38,9%	12	28,6%
No tuve controles prenatales	4	16,7%	5	27,8%	9	21,4%
TOTAL	24	100%	18	100%	42	100%

ADOLESCENTES				
¿Dónde se controló?	Ayacucho %	García de Hevia %	Torbes %	TOTAL %
Centro público de salud	50%	70%	62,5%	62,5%
Centro privado de salud	33,3%	30%		20,8%
No tuve controles prenatales	16,7%		37,5%	16,7%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

El 51,5 % de las adolescentes tuvo de 3 a 6 controles prenatales, 30,3 % de 7 a 9 controles, 15,2 % más de 10 controles y 3 % menos de 3 controles. Al observar los datos por estado en Apure fue mayor el porcentaje de adolescentes que no tuvieron los controles mínimos durante el embarazo.

¿Cuántos controles prenatales realizó durante todo el embarazo?

ADOLESCENTES			
Control prenatal	Táchira %	Apure %	TOTAL %
De 3 a 6	50%	53,8%	51,5%
De 7 a 9	30%	30,8%	30,3%
Más de 10	20%	7,7%	15,2%
Menos de 3		7,7%	3%
TOTAL	100%	100%	100%



El lugar del parto de las mujeres y adolescentes encuestadas fue principalmente un centro público de salud 79,2 % (74,7 % Táchira y 87,5 % Apure). Otras, tuvieron el parto en centros privados de salud 15,7 % (19,2 % Táchira y 9,5 % Apure), en camino al establecimiento de salud 2,5 % (3,9 % Táchira), en el hogar 1,4 % (1,1 % Táchira y 1 % Apure) y 1,1 % en otros lugares (1,1 % Táchira y 1 % Apure).

En Táchira, específicamente en Torbes el lugar del parto ha sido principalmente un establecimiento público de salud (85,7 %) en comparación con García de Hevia (70,6 %) y Ayacucho (60 %).

Al observar los datos de las adolescentes, estás tuvieron el parto principalmente (69 %) en establecimientos públicos de salud. Al comparar los datos entre los estados, existen diferencias significativas. En el caso específico de Torbes, ninguna adolescente dio a luz en un establecimiento privado de salud.

Indique el lugar del parto

ADOLESCENTES			
	Táchira %	Apure %	TOTAL %
Centro público de salud	58,3%	83,3%	69%
Centro privado de salud	25%	16,7%	21,4%
Otro	8,3%		4,8%
Hogar	4,2%		2,4%
En camino a la institución de salud	4,2%		2,4%
TOTAL	100%	100%	100%

ADOLESCENTES				
	Ayacucho %	García de Hevia %	Torbes %	TOTAL %
Centro público de salud	50%	50%	75%	58,3%
Centro privado de salud	33,3%	40%		25%
Otro	16,7%	10%		8,3%
Hogar			12,5%	4,2%
En camino a la institución de salud			12,5%	4,2%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

En relación con los resultados del último embarazo, 95,3 % fue hijo nacido vivo, 3,8 % pérdida fetal temprana, 0,5 % mortinato (feto pesando 500 gramos o más y/o de 22 semanas y más de gestación, sin presencia de signos vitales), y 0,4 % muerte neonatal (muerte que ocurrió entre 0 y 28 días incompletos después del nacimiento).

¿Cómo fue el resultado de su último embarazo?	Táchira %	Apure %	TOTAL %
Hijo nacido vivo	93,9%	98%	95,3%
Pérdida fetal temprana	4,7%	2%	3,8%
Mortinato	0,8%		0,5%
Muerte neonatal	0,6%		0,4%
TOTAL	100%	100%	100%



En Táchira, en particular en Torbes fue mayor el porcentaje de pérdida fetal temprana (6,3 %) y muerte neonatal (1,8 %), y en Ayacucho el mortinato (1,9 %).

¿Cómo fue el resultado de su último embarazo?	Ayacucho %	García de Hevia %	Torbes %
Hijo nacido vivo	96,2%	94,8%	91%
Pérdida fetal temprana	1,9%	4,5%	6,3%
Mortinato	1,9%	0,5%	0,9%
Muerte neonatal			1,8%
TOTAL	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

Al observar los datos de las adolescentes, en Apure en el 100 % el resultado del parto fue hijo nacido vivo, mientras que en Táchira fue 91,6 % hijo nacido vivo, 4,2 % muerte neonatal y pérdida fetal temprana cada una.

ADOLESCENTES			
¿Cómo fue el resultado de su último embarazo?	Táchira %	Apure %	TOTAL %
Hijo nacido vivo	91,6%	100%	95,2%
Muerte neonatal	4,2%		2,4%
Pérdida fetal temprana	4,2%		2,4%
TOTAL	100%	100%	100%

ADOLESCENTES				
¿Cómo fue el resultado de su último embarazo?	Ayacucho %	García de Hevia %	Torbes %	TOTAL %
Hijo nacido vivo	100%	90%	87,5%	91,6%
Muerte neonatal			12,5%	4,2%
Pérdida fetal temprana		10%		4,2%
TOTAL	100%	100%	100%	

Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

El tipo de parto fue mayoritariamente normal 66,5 %, no hay diferencias significativas entre Táchira y Apure. En Táchira, en concreto en Torbes fue mayor el número de parto normal en comparación con los otros municipios. Para el 67 % el número de semanas de embarazo estuvo comprendido entre 38 y 40 semanas.

En el caso particular de las adolescentes sí hay diferencia: en Táchira fue mayor el porcentaje de parto normal 62,5 % y en Apure fue mayor el número de cesáreas 61,1 %.



¿Cuál fue el tipo de parto?	Táchira %	Apure %	TOTAL %
Parto normal	67,1%	65,5%	66,5%
Cesárea	31,2%	31,5%	31,3%
Fórceps/extractor de vacío	1,7%	3%	2,2%
TOTAL	100%	100%	100%

¿Cuál fue el tipo de parto?	Ayacucho %	García de Hevia %	Torbes %
Parto normal	67,9%	61,8%	75,9 %
Cesárea	32,1%	35,6%	23,2%
Fórceps/extractor de vacío		2,6%	0,9%
TOTAL	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

ADOLESCENTES			
¿Cuál fue el tipo de parto?	Táchira %	Apure %	TOTAL %
Parto normal	62,5%	38,9%	52,4%
Cesárea	33,3%	61,1%	45,2%
Fórceps/extractor de vacío	4,2%		2,4%
TOTAL	100%	100%	100%

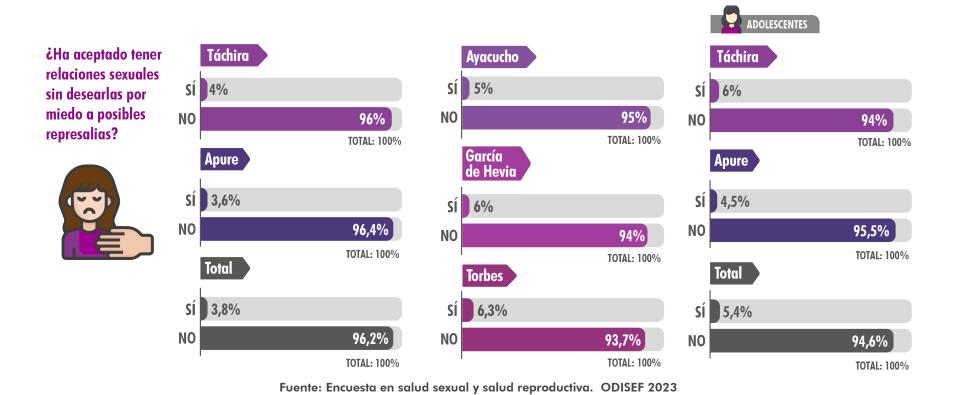
ADOLESCENTES			
¿Cuál fue el tipo de parto?	Ayacucho %	García de Hevia %	Torbes %
Parto normal	50%	61,8%	75,9 %
Cesárea	50%	35,6%	23,2%
Fórceps/extractor de vacío		2,6%	0,9%
TOTAL	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

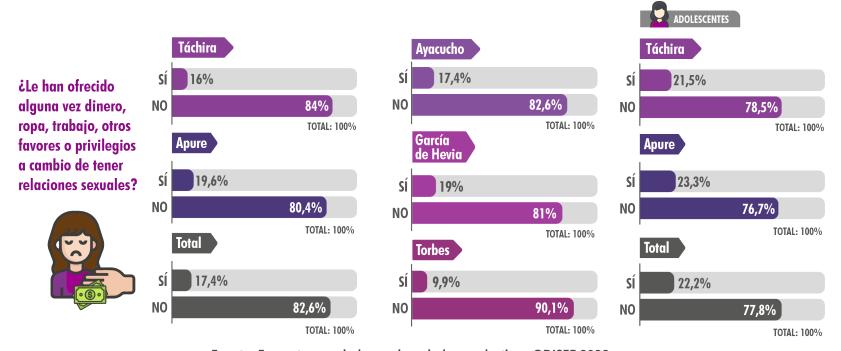
VIOLENCIA SEXUAL

La salud sexual y la salud reproductiva implican, entre otros aspectos, poder disfrutar una vida sexual satisfactoria cuando se desee, es decir, es indispensable la libertad para decidir. En la práctica esto no ocurre siempre y miles de mujeres y adolescentes no tienen esa libertad.

De conformidad con los datos levantados, el 3,8 % de la muestra total ha aceptado tener relaciones sexuales sin desearlas por medio a represalias, al filtrar los datos solo de las adolescentes este porcentaje es mayor y alcanza el 5,4 %.

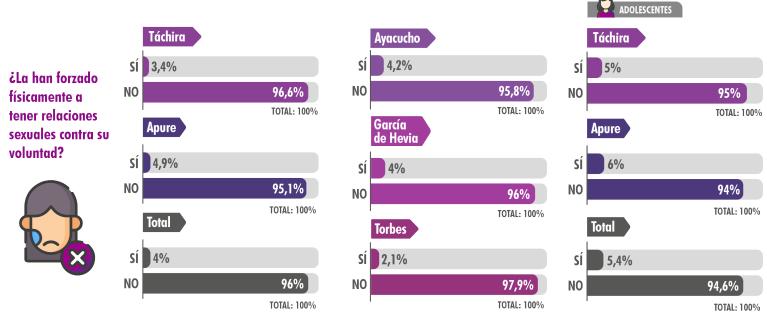


Al 17,4 % le han ofrecido dinero, ropa, trabajo entre otros bienes a cambio de tener relaciones sexuales. En el caso de los datos filtrados solo de las adolescentes el porcentaje es mayor (22,2 %).



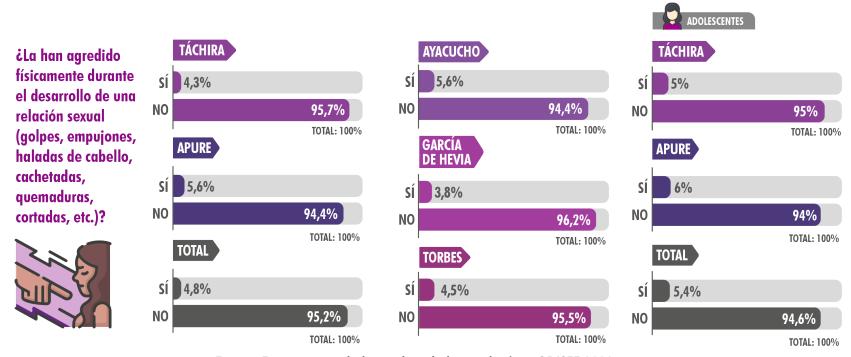


El 4 % de la muestra ha sido forzada físicamente a tener relaciones sexuales contra su voluntad; con respecto a las adolescentes, el porcentaje es mayor (5,4 %).



Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

Al 4,8 % de la muestra en total, la han agredido físicamente durante el desarrollo de una relación sexual (golpes, empujones, haladas de cabello, cachetadas, quemaduras, cortadas, etc.); en la cuota de las adolescentes el porcentaje es mayor 5,4 %.



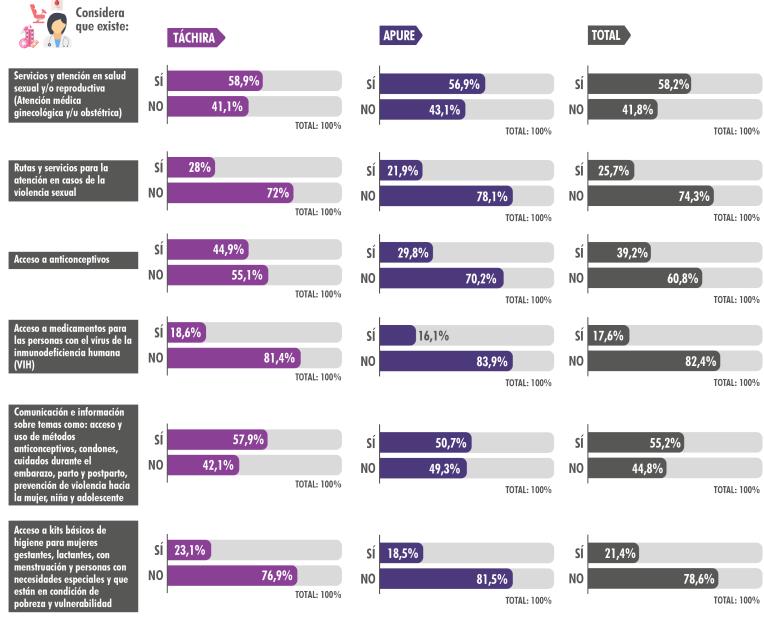
Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023



PERCEPCIÓN SOBRE LOS SERVICIOS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

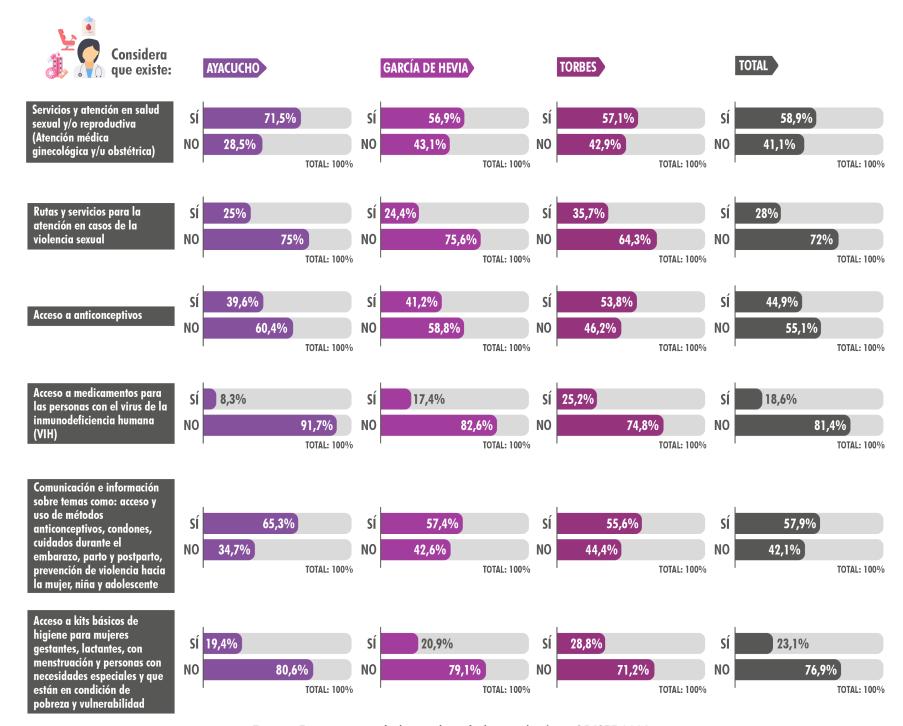
La percepción de las personas resulta afectada por características del contexto "físico, social, y cultural, y por el tipo de relaciones que el individuo establece con dicho medio", la relación es bidireccional, "el medio afecta las percepciones de los hombres, pero éstos, a su vez, afectan y transforman el medio ambiente en función de su desarrollo cultural y social, en base a programas y planes que suponen preconcepciones y expectativas sobre la realidad" (Salazar, J., et al., 2012, pp. 83,84).

En ese sentido, las mujeres y adolescentes encuestadas perciben que existen: servicios y atención en salud sexual y reproductiva (58,2 %), rutas y servicios para la atención en casos de la violencia el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (17,6%), comunicación e información sobre temas como: acceso y uso de métodos anticonceptivos, condones, cuidados durante el embarazo, parto y postparto, prevención de violencia hacia la mujer, niña y adolescente (55,2%) y acceso a kits básicos de higiene para mujeres gestantes, lactantes, con menstruación y personas con necesidades especiales y que están en condición de pobreza y vulnerabilidad (21,4%).



Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023

En el caso de los municipios en el Táchira, existen diferencias significativas. Las encuestadas en Ayacucho consideran que existe más servicios, atención médica ginecológica y/u obstétrica y comunicación e información sobre el área, pero en Torbes consideran en mayor porcentaje que existen rutas y servicios para la atención en violencia sexual, y hay más acceso a anticonceptivos.



Fuente: Encuesta en salud sexual y salud reproductiva. ODISEF 2023



6 Conclusiones

La salud sexual y la salud reproductiva irradian directamente sobre el derecho a la salud, el empoderamiento de las mujeres, la disminución de la pobreza y el desarrollo de los países.

La sensibilización como labor formativa puede significar un punto de inflexión en los individuos y permitirles tomar decisiones informadas acerca de su estado de salud.

Los datos demuestran que el 50,6 % en el estado Táchira y el 46,7 % en el estado Apure de las mujeres y adolescentes encuestadas no usan métodos anticonceptivos, omisión que las expone tanto a embarazos no planificados como a infecciones de transmisión sexual.

Si bien, en promedio, el 46,6 % de las encuestadas usa el condón en la convicción de que así previenen las infecciones de transmisión sexual también existe un alto porcentaje (37,4 %) que considera que las previenen manteniendo relaciones sexuales solamente con su pareja, creencia que las pone en peligro.

El 53,9 % de las encuestadas no va al ginecólogo, el 55,9 % durante los doce meses anteriores no se hizo ningún examen relacionado con la salud sexual y salud reproductiva, aunado a ello el 9,2 % en el estado Táchira y el 15 % en el estado Apure de las mujeres que tuvieron un parto en los 2 últimos años no asistieron a controles prenatales, lo que denota la poca información y conocimientos que tienen sobre la importancia de la salud sexual y la salud reproductiva.

La vulnerabilidad exponencial de las adolescentes resalta cuando: al 21,5 % en el estado Táchira y al 23,3 % en el estado Apure le han ofrecido alguna vez dinero, ropa, trabajo, otros favores o privilegios a cambio de mantener relaciones sexuales; el 16,7 % en el estado Táchira y el 27,8 % en el estado Apure de quienes tuvieron un parto en los dos últimos años no asistió a controles prenatales y, el 5,4 % en promedio fueron golpeadas, empujadas, quemadas, cacheteadas o cortadas durante el desarrollo de una relación sexual.

Los datos ofrecidos dan cuenta de la urgente necesidad de realizar aún más actividades de sensibilización en materia de salud sexual y salud reproductiva, porque cada actividad de esa naturaleza permite socializar conceptos y mensajes clave para empoderar a mujeres y adolescentes y permitirles tomar decisiones debidamente informadas. Práctica que propenderá a mantenerlas a salvo de infecciones de transmisión sexual, embarazos no planificados e incluso la muerte.

•

7 Referencias

Andara, L. y Peña, A. (2022). Presupuesto público y derechos sociales: perspectiva general sobre el cumplimiento de los derechos. Estado & comunes, revista de políticas y problemas públicos, 1(14), 75-94. http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=\$2477-92452022000100075 Ardila, J. (2002). Disfunción eréctil. MedUNAB, 5(15), 174–184. https://doi.org/10.29375/01237047.274

Calderón-Jaimes, E. (1999). Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Salud pública de México, 41(4), 334-343. https://www.scielosp.org/pdf/spm/v41n4/41n4a12.pdf

Challco-Luza, S. y Salvador-Carranza, M. (2022). Satisfacción sexual: una revisión de literatura científica. Journal of neuroscience and public health, 1(2), 187-196. https://revista.uct.edu.pe/index.php/neuroscience/article/view/208/255

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Publicada en Gaceta Oficial número 36.860 Extraordinario del 30 de diciembre de 1999 y en Gaceta Oficial número 5.908 Extraordinario de 19 de enero de 2009.

Dye, T. (2008). Understanding public policies. Pearson Prentice Hall, New Jersey.

Flores, T. (comp.) (2022). Qué es una política social. Observatorio de Gobierno y Políticas Públicas. https://politicapublica.cl/definicion-de-politica-social/

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2022a). La planificación familiar toma protagonismo mundial y evidencia grandes avances, pero también carencias. https://www.unfpa.org/es/news/la-planificacion-familiar-toma-protagonismo-mundial-y-evidencia-grandes-avances-pero-tambien

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2022b). Estado de la población mundial 2022. Visibilizar lo invisible: la necesidad de actuar para poner fin a la crisis desatendida de los embarazos no planeados y no deseados. https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estado_de_la_poblacion_mundial-datos.pdf

García-Pérez, H., Harlow, S. (2010). Cuando el coito produce dolor: una exploración de la sexualidad femenina en el noroeste de México. Salud pública de México, 52(2), 148-155. https://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n2/v52n2a07.pdf

González, M. (2008). Salud sexual y reproductiva: hacia una hermenéutica de la sospecha. Caso Venezuela. Comunidad y Salud. 6(2), 13-24.http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932008000200003&lng=es&tlng=es.

Guevara, R. (2020). Derechos sexuales y derechos reproductivos. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal.; 9(1), 7-8. https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/183/181



Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida Libre de Violencia (2007). Gaceta Oficial número 40.551 de fecha 28 de diciembre de 2014.

Mazuera-Arias, R., Vivas-Franco, C., Albornoz-Arias, N. Sánchez, E., (2022). Salud sexual y reproductiva de las caminantes venezolanas que migran y retornan por el corredor fronterizo Táchira (Venezuela) - Norte de Santander (Colombia). San Cristóbal, Venezuela. Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (ODISEF). https://odisef.org/wp-content/uploads/2022/07/Salud-sexual-y-reproductiva-de-las-caminantes-venezolanas-que-migran-y-retornan-.pdf

Naciones Unidas (2015). La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/

Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (2003). Publicada en Gaceta Oficial número 37.705 del 5 de junio de 2003. https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/NormaOficial%20SR%202013_1.pdf

Observatorio de Investigaciones Sociales en Frontera (2022). En Contexto. Informe N° 17. Citología: mecanismo de prevención. https://odisef.org/wp-content/uploads/2022/05/N17-Citologia-mecanismo-de-prevencion.pdf

Organización Mundial de la Salud (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf

Organización Mundial de la Salud (2000). Promoción de la salud sexual, Recomendaciones para la acción. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51672/ReunionSaludSexual2000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (2003). Salud reproductiva: proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf

Organización Mundial de la Salud (2019). Todo lo que debe saber sobre cuatro infecciones de transmisión sexual curables. https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/four-curable-sexually-transmitted-infections—all-you-need-to-know

Pérez, R. (2014). Derechos sexuales y reproductivos. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322014000200001&lng=es&tlng=es.

Reyes, G., y Ariel, E. (2016). Infecciones de transmisión sexual: Un problema de salud pública en el mundo y en Venezuela. Comunidad y Salud, 14(2), 63-71. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=\$1690-32932016000200008&ln g=es&tlng=es.



Somogyi, L., y Mora, E. (2011). Métodos anticonceptivos: entonces y ahora. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 71(2), 118-123. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322011000200006

Subirats, J. y Gomá, R. (1998) Democratización, dimensiones de conflicto y políticas públicas en España, en Gomá R. y Subirats, J. (Coords.), Políticas públicas en España. Contenidos, redes de actores y niveles de gobierno (1° edición, pp. 13-36). Ariel Ciencia Política, España.

Tamayo, M. (1997). El análisis de las políticas públicas, en Bañón y Carrillo (Comps.), La nueva administración pública (pp.281-312). Alianza Editorial, Madrid.





•www.odisef.org•

