



Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Facultad de Ciencias Sociales Derecho y Bienestar

Carrera de Trabajo Social

Trabajo de Titulación en la Modalidad Proyecto de Investigación Previo a la Obtención del
Título de Licenciada en Trabajo Social

Tema

Relación Entre la Violencia de Género y el Acceso a Servicios de Salud en Mujeres de
Comunidades Rurales del Cantón Manta, Años 2025-2026

Autora

Merly Mariel Muñoz Vélez

Tutor

Lic. Richard Fabricio Rodríguez Andrade, Mg.

Periodo Académico

2026-2027 (1)

Manta – Manabí – Ecuador

Tema: Relación Entre la Violencia de Género y el Acceso a Servicios de Salud en Mujeres de Comunidades Rurales del Cantón Manta, Años 2025-2026

Aprobación del Tribunal

Tema: Relación Entre la Violencia de Género y el Acceso a Servicios de Salud en Mujeres de Comunidades Rurales del Cantón Manta, Años 2025-2026

Sometido a consideración de la Autoridad de la Unidad Académica de la Facultad de Ciencias Sociales, Derecho y Bienestar de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, como requisito para la obtención del Título de Licenciada en Trabajo Social, declara:

APROBADO

	Firmas
Lic. Richard Fabricio Rodríguez Andrade, Mgtr. Decano de Facultad de Ciencias Sociales, Derecho y Bienestar	
Lic. Richard Fabricio Rodríguez Andrade, Mgtr. Tutor de Titulación	

	Calificación	Firma
Lcda. Nancy Reyes Mero, Mgtr		
Ing. Angel Efrain Sacon, Mgtr		

Certificado de Revisión del Tutor

	NOMBRE DEL DOCUMENTO:	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	CERTIFICADO DE TUTOR(A).	
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO	REVISIÓN: 1
	BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor de la Facultad de Ciencias Sociales, Derecho y Bienestar de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría de la estudiante Merly Mariel Muñoz Velez, legalmente matriculada en la carrera de Trabajo Social, período académico 2026-2027 (1), cumpliendo el total de 384 horas, cuyo tema de proyecto de investigación es "Relación Entre la Violencia de Género y el Acceso a Servicios de Salud en Mujeres de Comunidades Rurales del Cantón Manta, Años 2025-2026".

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 03 de julio de 2026

Lo certifico,



Lic. Richard Fabricio Rodríguez Andrade, Mg.
Docente Tutor
Área: Ciencias Sociales

Nota 1: Este documento debe ser realizado únicamente por el/la docente tutor/a y será receptado sin enmendaduras y con firma física original.

Nota 2: Este es un formato que se llenará por cada estudiante (de forma individual) y será otorgado cuando el informe de similitud sea favorable y además las fases de la Unidad de Integración Curricular estén aprobadas.

Certificado de Revisión del Sistema de Compilatio Magister

Certificado de Revisión del Sistema COMPILATIO MAGISTER

Manta, 26 de julio de 2026

Se informa sobre el resultado del análisis del sistema de similitud y coincidencias **COMPILATIO MAGISTER**, al que fue sometido el Trabajo de Titulación de la estudiante: Merly Mariel Muñoz Vélez, en la modalidad de Proyecto de Investigación, bajo el tema:

“Relación Entre la Violencia de Género y el Acceso a Servicios de Salud en Mujeres de Comunidades Rurales del Cantón Manta, Años 2025-2026”, su análisis presenta un 8% de coincidencia con otros documentos, para su constancia adjunto resultado del análisis.



Certificado de análisis
Compilatio Magister+ | ULEAM-ECU

Proyecto de Investigación Merly Muñoz v4
ID : e4fec863403475e1e8f0ff58ae8b29974c1e5954



8%

Textos sospechosos

Nombre del fichero : Proyecto de Investigación Merly Muñoz v4.txt
Tamaño del archivo original : 672,3 kB
Número de palabras : 18.982

Depositante : RICHARD RODRIGUEZ ANDRADE
Fecha de depósito : 26 de julio de 2026
Tipo de carga : interface
fecha de fin de análisis : 26 de julio de 2026

Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Lic. Richard Fabricio Rodríguez Andrade, Mg.
Docente Tutor

Declaración de Autoría

Yo, Muñoz Vélez Merly Mariel, dejo constancia que el presente proyecto de investigación cuyo tema es: Relación Entre la Violencia de Género y el acceso a Servicios de Salud en Mujeres de Comunidades Rurales del Cantón Manta, Años 2025-2026, es de exclusiva responsabilidad de la autora.

Manta, julio del 2026

MERLY M.

Muñoz Vélez Merly Mariel

CI: 1317958021

Agradecimientos

Le rindo mi más profundo agradecimiento a Dios, mi guía constante y mi brújula en esta vida. Le doy gracias por no soltar mi mano, por ser mi refugio en las tormentas y mi fuerza cuando ya no podía más, todo lo que soy y todo lo que he conseguido es gracias a él.

Agradezco a la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, por formarme académicamente y brindarme una educación integral y sobre todo mi más sincero agradecimiento a todos mis docentes, quienes con su conocimiento, dedicación y paciencia sembraron en mí las bases para ser una profesional. Gracias por compartir su experiencia y por motivarme a dar siempre lo mejor de mí.

A mis padres, Fanny y Edison, quienes supieron formarme con buenos valores. Cada paso de este camino lo he dado con el apoyo de sus palabras y la confianza que siempre depositaron en mí.

A mis hermanos, Ingrid, Brigitte y Josué, por estar siempre presentes y darme su apoyo incondicional. Su perseverancia y su ejemplo de salir adelante han sido mi respaldo en cada etapa de este proceso.

También agradecer a todas mis amigas, a mi eterna roomie, que me acompañaron en toda mi vida universitaria, por siempre apoyarme, por compartir tantos momentos juntas, por las risas en medio de todo el estrés y sostenerme cuando más lo necesité, porque sin ellas este camino no podría haber sido igual.

Agradezco a mi abuelita Francisca que, aunque hoy no este conmigo presencialmente, yo sé que desde el cielo continua como siempre cuidándome, creyendo en mí y sobre todo

guiando mi camino, me duele no poder compartir contigo este logro físicamente a tu lado mi querida abuelita, pero espero que te sientas muy orgullosa de mí.

A esa persona muy especial que está en el cielo, a quien no pude ver en persona, pero siempre amaré. Gracias por motivarme desde allá arriba, por ser esa luz que me impulsa a no rendirme y a dar siempre lo mejor de mí.

A mi abuelito Agustín, por su apoyo, sus palabras de aliento y por acompañarme de una u otra manera en todo este proceso. Cada consejo y muestra de cariño fueron esenciales para motivarme y querer seguir adelante.

Agradezco también a mi ídolo Cristiano Ronaldo, por demostrarme que la disciplina, el esfuerzo y nunca rendirse pueden transformar los sueños realidad. Gracias por tu ejemplo de constancia.

Y demás familiares y personas cercanas a mí que han estado apoyándome en el transcurso de mi preparación académica.

Quiero agradecer profundamente a mi tutor académico, el Lic. Richard Rodríguez, por su valioso apoyo, dedicación y acompañamiento en el desarrollo de esta investigación. Su experiencia, paciencia y retroalimentación fueron indispensables para este proyecto. Le agradezco su confianza en mí, su guía firme y sobre todo su orientación profesional y humana.

Dedicatoria

Dedico este proyecto de investigación, en primer lugar, a Dios, por haber sido mi guía, mi fortaleza y mi refugio durante todo este proceso. Gracias por siempre acompañarme en todos esos momentos donde sentía que no podría más, tú me sostenías cuando el cansancio y el miedo eran más fuertes que mi propia fuerza. Agradezco infinitamente por ayudarme a recuperarme en cada momento que estaba enferma, me sentía sola y con mucho miedo, me recordaste en cada instante que nunca estaba sola y que ibas siempre caminando a mi lado.

También quiero dedicar este logro a mí misma.

Gracias a mí por tener el valor de empezar de nuevo en una ciudad desconocida, lejos de mis familiares, llegando a un lugar donde al principio no sabía nada, donde todo parecía nuevo, diferente e incierto. Gracias por adaptarme, por aprender, por salir adelante.

No fue fácil dejar atrás la comodidad de lo conocido para enfrentar nuevos retos, nuevas responsabilidades y una nueva etapa de vida. Hubo momentos de soledad, momentos en los que sentí miedo y momentos en los que pensé que quizá no sería capaz; sin embargo, seguí avanzando.

Gracias a mi yo del pasado que no se rindió cuando muchas veces sintió no poder seguir teniendo la fuerza de continuar. Agradezco el no rendirte jamás, a pesar del reto de sacar este proyecto, que estuvo lleno de barreras y desafíos, sobre todo en el trabajo de campo, donde hubo ocasiones donde sentí que me cerraban las puertas, especialmente cuando parecía imposible conseguir colaboración o respuestas parecía imposible. Incluso llegando a dudar de poder llegar a la meta debido a el cansancio, tanto físico como mental. Sin embargo, decidí continuar.

Gracias a mí por tener el valor de insistir incluso cuando las circunstancias no eran favorables; por volver a intentarlo después de cada dificultad; por aprender a adaptarme cuando las cosas no salían como estaban planeadas y por mantener el compromiso con este proyecto aún en los días más difíciles.

Tabla de Contenido

Aprobación del Tribunal	3
Certificado de Revisión del Tutor	4
Certificado de Revisión del Sistema de Compilatio Magister	5
Declaración de Autoría	6
Agradecimientos	7
Dedicatoria.....	9
Introducción	14
Resumen.....	17
Abstract	18
Capítulo I	19
Acerca del Problema	19
Línea de Investigación	19
Dimensiones.....	19
Planteamiento del Problema.....	19
Objetivos	22
Objetivo General.....	22
Objetivos Específicos	22
Justificación.....	23
Hipótesis.....	24
Capítulo II	24
Marco Teórico	24
Antecedentes de la Investigación	39
Fundamentos legales	42
Constitución de la República del Ecuador 2008	42
CEDAW -Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.....	43
Convención de Belém do Pará (1994).....	43
Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (2018)	43
Ley orgánica de salud 2006	44
Código orgánico integral penal 2014.....	44
Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).....	45
Normativa del Ministerio de Salud Pública (MSP)	45

Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización – COOTAD (2010)	45
Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas (2010)	46
Fundamentos Teóricos del Trabajo Social.....	46
Trabajo Social.....	46
Intervención Social.....	47
Modelos de Intervención Social	48
Modelo Ecológico sistemático.....	48
Modelo de Intervención en crisis.....	48
Modelo de Empoderamiento de género.....	49
Modelo de Derechos Humanos.....	49
Modelo Informado por el trauma.....	50
Capítulo III.....	51
Diseño Metodológico.....	51
Tipo de Investigación	51
Métodos de Investigación.....	52
Método Inductivo–Deductivo.....	52
Método Analítico–Sintético	52
Operacionalización de Variables	53
Población y Muestra.....	60
Población	60
Muestra	60
Cálculo del Tamaño de la Muestra	60
Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	62
Consideraciones Éticas.....	62
Capítulo IV.....	63
Análisis y Discusión de los Resultados	63
Pregunta 1. ¿En los últimos 12 meses, ha sido empujada, golpeada o agredida	64
Pregunta 2. ¿Ha recibido insultos, humillaciones, burlas o desvalorizaciones que hayan	65
Pregunta 3. ¿Ha sido amenazada o intimidada, generándole miedo, inseguridad o	67
Pregunta 4. ¿Le han prohibido salir sola, visitar familiares, reunirse con amistades o	68
Pregunta 5. ¿Le han impedido trabajar, estudiar o generar ingresos propios para.....	69
Pregunta 6. ¿Le han controlado, limitado o negado dinero para cubrir gastos básicos	70
Pregunta 7. ¿Qué servicio de salud ha utilizado principalmente en los últimos 12 meses?	71
Pregunta 8. Cuando necesita atención médica, ¿a dónde acude principalmente?	73

Pregunta 9. ¿Con qué frecuencia la falta de servicios de salud cercanos dificulta que	74
Pregunta 10. ¿Con qué frecuencia la falta de transporte le ha impedido acudir a	75
Pregunta 11. ¿Con qué frecuencia ha dejado de atenderse por no poder pagar medicinas.....	76
Pregunta 12. ¿Con qué frecuencia ha recibido un trato poco respetuoso o inadecuado	77
Pregunta 13. ¿Alguna situación de violencia le ha impedido acudir a un centro de salud	79
Conclusiones	80
Recomendaciones.....	81
Anexos	89

Introducción

La presente investigación hace referencia a la violencia de género y su relación con el acceso a los servicios de salud en mujeres de comunidades rurales del cantón Manta, durante los años 2025-2026. La violencia de género, más allá de las agresiones físicas visibles, comprende distintas formas de afectación que pueden presentarse mediante el maltrato psicológico, intimidación, control económico, amenazas, intimidación, violencia sexual, limitación de la movilidad y restricciones sobre las decisiones personales. Todas estas circunstancias afectan directamente a la salud, autonomía y seguridad de las mujeres, todo esto ocurre más en contextos donde el miedo, la falta de apoyo y la fuerte dependencia a terceros dificultan que puedan salir adelante y buscar ayuda.

La disponibilidad y calidad de los servicios de salud representan un aspecto fundamental en esta problemática, ya que la sola existencia de centros de atención de salud no garantiza una atención de calidad. Por ello, es esencial que las mujeres tengan acceso a diversos servicios, reciban atención integral y dispongan de un entorno seguro que les ofrezca la confianza necesaria para manifestar sus inquietudes y necesidades, en las zonas rurales, este acceso puede verse obstaculizado por la lejanía de las instalaciones de salud, la falta de medios de transporte, los gastos de movilización, la tardanza en la obtención de citas, la escasez de servicios necesarios, la dificultad para costear medicamentos o pruebas y la desconfianza al abordar problemas personales o familiares.

La investigación se centra en la Relación Entre la Violencia de Género y el Acceso a Servicios de Salud en Mujeres de Comunidades Rurales del Cantón Manta, Años 2025-2026, el cual se realizó con el objetivo de analizar cómo las manifestaciones de violencia de género se relacionan con las barreras que enfrentan las mujeres para recibir atención sanitaria oportuna, segura y adecuada. Como principales aspectos de estudio se consideraron la

violencia física, psicológica, sexual, económica y de control, así como las dificultades vinculadas con la disponibilidad, cercanía y calidad del acceso a los servicios de salud.

La metodología aplicada en esta investigación fue de carácter cuantitativo, con diseño no experimental, transversal-descriptivo. Para la recolección de información se utilizó la encuesta con cuestionario de preguntas cerradas y opciones de respuesta, lo que permitió obtener datos ordenados sobre las experiencias de violencia y las condiciones que dificultan la atención sanitaria en las mujeres encuestadas.

El estudio se desarrolló con la participación de 300 mujeres mayores de edad residentes en las comunidades rurales del cantón Manta. Ya partiendo de la muestra y recopilada la información, los datos fueron clasificados, organizados y tabulados, para ser representados mediante gráficos para así facilitar el análisis estadístico. Este proceso permitió interpretar los resultados de acuerdo con las variables definidas en la investigación.

El objetivo principal analizar la relación entre las manifestaciones de violencia de género y las dificultades de acceso de los servicios de salud en mujeres de las parroquias rurales de Santa Marianita y San Lorenzo del cantón Manta durante los años 2025-2026. De esta manera, el estudio aportó información útil para comprender una realidad que afecta la vida cotidiana de muchas mujeres y que requiere respuestas más cercanas a las condiciones del territorio.

Capítulo I: Se abordó la línea de investigación, dimensiones, planteamiento del problema, objetivos, justificación e hipótesis.

Capítulo II: Se presentaron los aspectos teóricos y conceptuales, antecedentes de la investigación, fundamentos legales y fundamentos teóricos del Trabajo Social.

Capítulo III: Se desarrolló el diseño metodológico, tipo, diseño y métodos de investigación, operacionalización de variables, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y consideraciones éticas.

Capítulo IV: Se presentan los resultados sobre el análisis y discusión, se describen las conclusiones, recomendaciones, también las referencias y anexos que respaldan esta investigación.

Resumen

En esta investigación, titulada relación entre la violencia de género y el acceso a servicios de salud en mujeres de comunidades rurales del cantón Manta, Años 2025-2026, se analizó la relación entre las manifestaciones de violencia de género y las condiciones que limitan la atención sanitaria de las mujeres rurales. La investigación fue realizada de manera transversal y descriptiva, se utiliza una encuesta estructurada con preguntas cerradas para recabar información de 300 mujeres mayores de 18 años residenciadas en comunidades rurales del cantón manta. Este instrumento facilitó la recopilación de datos sobre experiencias relacionadas con distintas formas de violencia de género, incluyendo violencia física, psicológica, sexual, económica y de control, así como para identificar las principales barreras que obstaculizaban el acceso a los servicios de salud. Los resultados indicaron que las formas de violencia más comunes eran la psicológica, el control sobre la autonomía personal y la violencia económica, mientras que otros tipos de violencia mostraron una incidencia menor. En cuanto a la atención sanitaria, se identificaron numerosas limitaciones, tales como la escasez de establecimientos de salud cercanos, la distancia hasta los centros de atención, la falta o el alto costo de transporte, los prolongados tiempos de espera para obtener una cita médica, dificultades económicas para adquirir medicamentos o realizar exámenes, la falta de servicios y la falta de confianza para expresar asuntos personales durante la atención. En conclusión, los hallazgos destacan que la violencia de género, junto con las condiciones propias del entorno rural y las limitaciones institucionales, restringen la autonomía y movilidad de las mujeres, lo que afecta su capacidad de acceder a servicios de salud de manera adecuada, segura y oportuna.

Palabras clave: Violencia de género, mujeres rurales, autonomía, barreras de acceso, acceso a los servicios de salud.

Abstract

This study, titled “Relationship between gender-based violence and access to health services among women in rural communities of Manta Canton (2025–2026),” analyzed the link between manifestations of gender-based violence and conditions limiting healthcare access for rural women. A cross-sectional, descriptive study design was employed, utilizing a structured survey with closed-ended questions to gather information from 300 women over the age of 18 residing in rural communities of Manta Canton. This instrument facilitated data collection regarding experiences with various forms of gender-based violence—including physical, psychological, sexual, and economic violence, as well as controlling behavior—and helped identify the primary barriers hindering access to health services. Results indicated that the most common forms of violence were psychological abuse, control over personal autonomy, and economic violence, while other types showed a lower incidence. Regarding healthcare, numerous limitations were identified, such as a scarcity of nearby health facilities, the distance to care centers, a lack of transportation or high transport costs, long waiting times for medical appointments, financial difficulties in purchasing medication or undergoing medical tests, a lack of available services, and a lack of trust when discussing personal matters during consultations. In conclusion, the findings highlight that gender-based violence, combined with the realities of the rural environment and institutional limitations, restricts women’s autonomy and mobility, thereby affecting their ability to access health services in an adequate, safe, and timely manner.

Keywords: Gender-based violence, rural women, autonomy, access barriers, access to health services.

Capítulo I

Acerca del Problema

Línea de Investigación

Ciencias Sociales y Bienestar Humano.

Dimensiones

Familia género y generación.

Planteamiento del Problema

La violencia de género es un fenómeno estructural que perjudica la salud, la independencia y la calidad de vida de millones de mujeres globalmente, en América Latina, el nivel de violencia en contra de las mujeres sigue siendo alarmante, A escala mundial, cerca de una de cada tres mujeres ha experimentado violencia física o sexual a lo largo de su vida (Organización Mundial de la Salud, 2021). Esta situación no solo representa una grave transgresión de los derechos humanos, sino que también produce efectos negativos directos sobre la capacidad de las mujeres para acceder efectivamente a servicios de salud, tanto por las secuelas físicas y psicológicas como por las barreras sociales, culturales y económicas que suelen acompañarlas.

La violencia de género limita la autonomía corporal y la capacidad de las mujeres para tomar decisiones sobre su salud (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2021). Estas condiciones impactan, directamente la demanda de servicios de salud y revelan las limitaciones del sistema de salud; para responder de manera oportuna y sensible al género. Los desafíos que enfrentan las mujeres que han sufrido violencia son mayores en las zonas rurales y marginadas donde la falta de recursos, la distancia geográfica y la presencia de instituciones débiles limitan la capacidad de recibir atención adecuada.

En el contexto latinoamericano, diversos estudios han demostrado que las mujeres que viven en zonas rurales enfrentan mayores barreras para acceder a los servicios de salud que las mujeres que viven en zonas urbanas, especialmente en términos de salud sexual y reproductiva, así como de atención a situaciones de violencia de género. La violencia de género tiene un impacto que se expresa directamente a través de consecuencias físicas y reproductivas, así como a mediano y largo plazo; a través de consecuencias psicológicas y sociales que afectan la calidad de vida de las mujeres.

La relación entre violencia y acceso a los servicios de salud es por tanto un factor clave en el desarrollo de políticas públicas en la región. El acceso a la atención sanitaria depende no sólo de la disponibilidad de instalaciones sanitarias sino también de factores económicos, sociales y culturales de la calidad de los servicios que determinan si las personas pueden obtener ayuda cuando realmente la necesitan.

A pesar de los logros obtenidos por el estado ecuatoriano en la implementación de leyes, protocolos de atención y sistemas de protección para las víctimas de violencia de género, este tema sigue siendo un reto significativo para la sociedad. Así mismo, se han mejorado los sistemas de recopilación de datos estadísticos con el fin de guiar las políticas públicas, no obstante, las estadísticas del instituto Nacional de estadísticas y censos (INEC, 2019) indican que una gran parte de los femicidios en el país son llevados a cabo por parejas o ex parejas, lo que subraya la continuación de violencia en las relaciones íntimas y la urgencia de reforzar las estrategias de prevención y asistencia.

En el campo de la investigación, aunque hay estudios tanto a nivel nacional como local que describen las diversas formas de violencia de género y examinan la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva, dichos temas tienden a ser analizados de manera aislada, esta situación ha restringido el entendimiento de cómo la violencia impacta

directamente en la búsqueda y el uso de servicios de salud, especialmente en las áreas rurales del cantón Manta; esta disparidad se vuelve aún más evidente por la falta de información integrada y actualizada, lo que obstaculiza el desarrollo de acciones e intervenciones basadas en evidencias que absorben adecuadamente las necesidades de la población.

Esta carencia restringe la capacidad de las autoridades locales y los profesionales de salud para desplegar intervenciones sólidas, respaldadas por evidencia. Dichas acciones deberían confrontar al mismo tiempo la violencia y las barreras de acceso sanitario. De esta manera, se obtuvo específicamente cuáles son los tipos de violencia más ligados a tales obstáculos; además, se generaron propuestas concretas para políticas locales y estrategias de salud pública con perspectiva de género, adaptadas al contexto rural del cantón.

Esta investigación examinó la violencia de género a través de las experiencias de las mujeres, teniendo en cuenta tanto eventos ocurridos en el último año como eventos que han vivido a lo largo de sus vidas. Para ello, se distinguieron diferentes manifestaciones de violencia física, sexual, psicológica y económica para evaluar la complejidad y escala de este fenómeno en el medio rural. En los asentamientos rurales se aplicaron los criterios establecidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo de Población y el Ministerio de Salud, teniendo en cuenta aspectos como la ubicación suburbana los asentamientos dispersos y la dependencia de actividades urbanas que limitan el desarrollo de las zonas rurales.

El análisis de la relación entre la violencia de género y el acceso servicios de salud en mujeres rurales del cantón Manta aportó datos clave para las decisiones en salud pública local.

Las zonas rurales de San Lorenzo y Santa Marianita se encuentran al sur de la zona urbana del cantón Manta, si bien son reconocidas y la ciudadanía obtiene ingresos mediante el turismo, la gastronomía o la pesca artesanal, el GAD municipal no ha ejecutado proyectos

suficientes de restructuración fluvial e infraestructura de esta localidad para modernizarlos y reducir carencias como los servicios sanitarios, agua potable, electricidad o establecimientos educativos dignos, centros de salud o de seguridad para salvaguardar la integridad de la ciudadanía local, estos factores inciden negativamente en la permanencia o aumento de la violencia de género, fenómeno que reduce el acceso o garantía a los servicios de salud de calidad. Las políticas públicas, de inversión se centralizan en la zona urbana de Manta por lo que dificulta el desarrollo de estos sitios a niveles sociales, salud y económico.

Los resultados impulsaron estrategias de extensión comunitaria en la zona. Asimismo, guiaron la creación de políticas públicas que combinen la prevención y atención de violencia con un acceso real a servicios sanitarios. Además, el estudio proporcionó datos cuantitativos útiles a las organizaciones locales y nacionales que trabajan para promover la igualdad de género y proteger los derechos de las mujeres. A partir del análisis anterior, se plantea la interrogante principal que guiará el presente estudio: ¿Qué relación existe entre las manifestaciones de violencia de género y las dificultades de acceso a servicios de salud a mujeres de las parroquias rurales San Lorenzo y Santa Marianita del cantón Manta?

Objetivos

Objetivo General

Analizar la relación entre las manifestaciones de violencia de género y las dificultades de acceso de los servicios de salud en mujeres de las parroquias rurales de Santa Marianita y San Lorenzo del cantón Manta durante los años 2025-2026.

Objetivos Específicos

Identificar los principales tipos y niveles de violencia de género que están presentes en comunidades rurales del cantón Manta.

Determinar los servicios de salud disponibles para la atención de las mujeres, ofertados en las comunidades rurales del cantón Manta.

Describir las barreras y dificultades que enfrentan las mujeres para acceder de manera oportuna a los servicios de salud en las comunidades rurales del cantón Manta.

Justificación

La relevancia de esta investigación se encuentra en que las comunidades rurales representan condiciones que aumentan la desigualdad de género, entre los factores más importantes figuran el acceso limitado a la atención médica, las restricciones económicas y las barreras socioculturales, que impactan directamente en la vida de las mujeres y las limitan sus derechos.

A pesar de que Ecuador ha logrado progresos en las políticas públicas y legislativas que fomentan la igualdad de género, la efectividad de dichos mecanismos sigue siendo bastantes limitadas. Según el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2019) “persisten brechas en la atención integral a víctimas de violencia, principalmente en zonas rurales donde la cobertura sanitaria es escasa y el personal carece de formación especializada” (p. 8). La evidencia disponible destaca la necesidad de fortalecer las medidas preventivas e integrales para combatir la violencia de género, especialmente en las zonas rurales; donde las mujeres tienen más dificultades para acceder a servicios de salud especializados y tienen una presencia limitada en los establecimientos de salud.

Estas condiciones incrementan las brechas ya presentes en el ejercicio de derechos a la salud y la protección frente a la violencia. En este marco, el estudio busca producir datos empíricos, que faciliten un análisis preciso de la conexión entre violencia de género y acceso a servicios sanitarios en el cantón Manta exponiendo información valiosa para entender el problema desde una óptica local.

Además, los hallazgos pueden ser utilizados como base para futuras iniciativas comunitarias y programas formativos dirigidos a profesionales de la salud y actores sociales locales, el presente estudio tiene una importancia que va más allá del ámbito académico, pues promueve el reconocimiento de los derechos humanos/sociales en las áreas rurales.

Por lo tanto, es importante destacar que la presente investigación servirá para futuros estudios de las carreras de Trabajo Social, Psicología, Sociología, puesto que los contenidos que aborda este proyecto complementan en la profundización del desarrollo académico de los estudiantes de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.

Hipótesis

Existe una relación estadísticamente significativa y positiva entre la frecuencia de manifestaciones de violencia de género y las dificultades de acceso de las mujeres a los servicios de salud en comunidades rurales de la ciudad de Manta, sobre todo en un incremento de niveles de violencia en sus manifestaciones físicas, psicológicas, sexuales y económicas; se asocian con mayores dificultades en el acceso oportuno a la atención de salud y de servicios de salud integrales especializados.

Capítulo II

Marco Teórico

Aspectos Teóricos

Para cualquier investigación científica es primordial desarrollar un enfoque teórico, puesto que éste permite sustentar el estudio desde una base conceptual y empírica sólida. Hernández y Mendoza, (2018) “la formulación de la perspectiva teórica consiste en identificar, analizar y presentar las teorías, investigaciones e información previa que respalda un problema de investigación” (p. 112). En este sentido, comprender los fundamentos teóricos que explican la relación entre poder, desigualdad, estructura social y salud resulta

esencial para analizar cómo se vinculan la violencia de género y el acceso a la atención sanitaria en zonas rurales del cantón Manta.

Teoría del patriarcado

Para comprender la violencia de géneros es necesario partir del concepto de patriarcado como base teórica. En este sentido, Walby (1990) sostiene que el patriarcado es un sistema de organización social en el que las relaciones de poder favorecen la dominación del hombre sobre las mujeres mediante algunas prácticas y estructuras, desde este ángulo, la violencia de género se percibe como una consecuencia de estas desigualdades, que tienen como objetivo mantener el control y la subordinación de las mujeres en diversos aspectos de la sociedad.

La teoría patriarcal proporciona un marco interpretativo robusto para analizar la violencia de género en áreas rurales, esto permite comprender como ciertas normas y relaciones de poder afectan la autonomía de las mujeres, en estos contextos, tales dinámicas influyen en las decisiones relacionadas con la salud, complican la denuncia de abusos y limitan el acceso rápido a servicios médicos, en el Ecuador rural, estas desigualdades perduran y se refuerzan mediante prácticas culturales muy enraizadas, lo que afecta en la salud física y mental de las mujeres.

El sistema patriarcal también influye en el acceso de las mujeres a los servicios de salud, ya que las relaciones desiguales de poder pueden limitar su autonomía para tomar decisiones relacionadas con su bienestar. En muchos casos, la dependencia hacia la pareja condiciona la posibilidad de acudir a un establecimiento de salud y cuando existe violencia, el agresor suele impedir o restringir la búsqueda de atención médica con el fin de ocultar las agresiones.

Teoría de la violencia estructural

(Galtung, 1969) Expuso la teoría de la violencia estructural, qué argumenta que las disparidades económicas, sociales y culturales producen tipos de violencia que son invisibles pero reales. De acuerdo con el autor, “la violencia se manifiesta cuando las personas son impactadas de tal forma que sus capacidades físicas y mentales quedan por debajo de lo que realmente podrían alcanzar” (p. 65)

Para las mujeres de áreas rurales, la teoría de la violencia estructural aclara que las barreras al acceso sanitario van más allá del simple aislamiento geográfico. Tales obstáculos se conectan también con estructuras sociales e institucionales que privilegian a cierto grupo y marginan a otro, lo que genera desigualdad profunda. Un ejemplo de esto es la violencia que se hace evidente cuando el estado falla en asegurar servicios de salud accesibles o en atender de forma efectiva a las víctimas de violencia, así persiste la exclusión tanto médica como social.

Desde esta perspectiva, la desigualdad en el acceso a la salud constituye una forma de violencia estructural, ya que existen barreras invisibles como pobreza, discriminación de género, distancia territorial y ausencia de enfoques interculturales, qué impiden a las mujeres rurales recibir atención médica oportuna, especialmente cuando han sido víctimas de violencia.

Teoría del Control Coercitivo

(Stark, 2007) formuló la teoría del control coercitivo, que argumenta que la violencia de género va más allá de los ataques físicos y se trata de un patrón de coerción destinado a perpetuar el control sobre las mujeres. De acuerdo con el autor, “el control coercitivo combina agresiones físicas, amenazas y aislamiento con el objetivo de limitar la libertad de las víctimas” (p. 13). Bajo esta óptica, el acceso a servicios de salud no depende solo de la

oferta institucional. También lo condicionan las relaciones de poder que se gestan en el núcleo familiar.

En los casos de control coercitivo, los agresores logran bloquear o restringir el acceso a la atención médica mediante distintas tácticas de dominación. Un ejemplo de esto es que limitan los desplazamientos de la mujer, vigilando sus actividades cotidianas o entorpeciendo a propósito su posibilidad de buscar ayuda sanitaria. Estas prácticas tienen un impacto en poder ejercer el derecho a la salud y afecta en gran medida, tanto la integridad física como mental de las mujeres. Esta teoría resulta fundamental para el estudio actual, dado que clarifica la razón por la cual numerosas mujeres en zonas rurales no acuden a recibir atención médica, atribuible al dominio que ejercen sus agresores sobre sus desplazamientos, elecciones y vínculos sociales.

Teoría Sistémica

En el enfoque ecológico o de sistemas propuesto por (Bronfenbrenner, 1979), el comportamiento humano se analiza como resultado de la interacción dinámica entre el individuo y los diversos entornos sociales en los que opera. Este modelo considera múltiples niveles de influencia, desde los espacios más íntimos hasta los contextos sociales y estructurales más amplios que influyen colectivamente en las experiencias y el comportamiento de las personas.

Como menciona Bronfenbrenner (1979). La teoría sistémica constituye una base importante para comprender el desarrollo humano, al señalar que este se produce a partir de la interacción constante entre las personas y los distintos entornos en los que participan.

Desde esta óptica, la violencia de género y el acceso a los servicios de salud pueden ser estudiados como fenómenos que dependen de factores individuales, familiares, comunitarios e institucionales, en las comunidades rurales del cantón manta, la falta de

recursos, las normas socioculturales y la escasa presencia de instituciones dificultan el acceso oportuno a la atención médica.

Complementariamente, la teoría de los determinantes sociales de la salud sugiere que las circunstancias en que las personas nacen crecen, viven, trabajan y envejecen impactan directamente su salud. Con este enfoque, las Violencia de Género en Contextos Rurales que enfrentan situaciones de violencia se encuentran en mayor desventaja debido a la interrelación entre las desigualdades de género y las condiciones del entorno, lo cual aumenta las barreras para obtener servicios de salud adecuados y a tiempo.

Teoría de Género y Desarrollo

Teoría de género y desarrollo formulada por (Moser, 1993), argumenta que las diferencias entre hombres y mujeres no son naturales, sino que son resultado de estructuras sociales y económicas que asignan roles distintos según el género. Al respecto, la autora enfatiza que “el desarrollo solo será equitativo si se tienen en cuenta las diversas necesidades prácticas y estrategias de las mujeres” (p. 29).

Desde esta perspectiva, la teoría es relevante para este estudio porque permite analizar como las políticas públicas de salud incorporan o excluyen la perspectiva de género, especialmente en contextos rurales. Si los programas de salud no abordan las relaciones de poder desiguales o las formas específicamente de violencia que afectan a las mujeres, su capacidad para garantizar un acceso equitativo a los servicios de salud será limitada, perpetuando las brechas que pretenden abordar.

Teoría Interseccional

El concepto de interseccionalidad, formulado por (Crenshaw, 1989), plantea que para comprender la discriminación y la violencia no basta con considerar una única categoría social, como el género, sino que es necesario evaluar la combinación de elementos como la

clase social, la etnicidad, la edad y el lugar de residencia. De acuerdo con Crenshaw (1989), “las mujeres de color experimentan una opresión particular que no puede comprenderse únicamente mediante un análisis independiente del racismo o del sexismo” (p. 140).

En el cantón Manta, las mujeres rurales enfrentan múltiples formas de discriminación simultáneas, lo que incrementa su vulnerabilidad frente a la violencia de género y limita su acceso efectivo a los servicios de salud.

Teoría del Acceso a los Servicios de Salud

La teoría sobre el acceso a los servicios de salud, desarrollada por (Penchansky & Thomas, 1981), define el acceso como el nivel de correspondencia entre las demandas de la población y la habilidad del sistema de salud para satisfacerlas.

Los autores distinguen cinco dimensiones, la disponibilidad, accesibilidad, aceptación, asequibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y adecuación. Desde esta perspectiva, las mujeres rurales víctimas de violencia enfrentan barreras en cada una de estas dimensiones, lo que dificulta una atención oportuna y adecuada, reforzando la exclusión sanitaria

Aspectos conceptuales

Violencia de género

La violencia de género representa un problema estructural basado en relaciones históricas de dominio y desigualdad entre mujeres y hombres, las cuales se agravan en ámbitos rurales por la persistencia de patrones culturales tradicionales y la escasa presencia institucional. (Walby, 1990), en un estudio sobre los orígenes estructurales de la violencia de género, destaca que este problema perdura por relaciones de poder arraigadas en la historia. Tales dinámicas colocan a los hombres en posiciones dominantes y relegan a las mujeres a roles subordinados; esta situación se agrava especialmente en entornos rurales.

Varios estudios corroboran que, en áreas rurales, los patrones socioculturales han convertido en algo normal las formas de violencia de género.

Esto complica su detección temprana y prevención. Tal como menciona (Salazar, Intriago, & Palacios, 2025) Advierte que la tolerancia social hacia agresiones psicológicas físicas y económicas alimenta el ciclo de violencia, particularmente en lugares con escasa presencia gubernamental. Por su parte, (Morales, Hernández, & Realpe, 2025) argumenta que el aislamiento geográfico unido a la dependencia económica eleva la vulnerabilidad femenina en las relaciones, esto reduce su habilidad para pedir ayuda.

(Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2023) destaca que la inestabilidad económica, las cargas familiares abrumadoras y el acceso restringido a servicios de salud y justicia generan escenarios de violencia más complejos para mujeres rurales. De forma parecida, (Salazar, Intriago, & Palacios, 2025), al estudiar comunidades rurales de América Latina hallaron que la ausencia de redes de apoyo junto con la presión social por preservar la unidad familiar complica tanto la detención como la denuncia de abusos. En Ecuador, los datos estadísticos respaldan estos argumentos. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2019) reporta altos niveles de subregistro de violencia contra mujeres en zonas rurales, atribuibles al temor, la vergüenza y la escasez de mecanismos accesibles para denunciar.

A esto se suma lo que señala (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2019), quien advierte que el país ha visto un aumento constante en el número de feminicidios, especialmente en provincias con grandes áreas rurales, donde los tiempos de respuesta de la policía y los servicios de salud tienden a ser más largos.

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Violencia de Género contra las Mujeres, se establece que:

“Diversas estimaciones indican que una proporción considerable de mujeres en edades reproductivas ha experimentado algún tipo de violencia física o sexual ejercida por su pareja u otras personas a lo largo de su vida” (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], ENVIGMU, 2019, párr. 3).

En entornos rurales, la violencia de género presenta rasgos específicos que intensifican la vulnerabilidad femenina. No solo resulta más frecuente, sino también más letal, impulsada por la pobreza, la desigualdad territorial, el aislamiento geográfico y la escasa presencia institucional, lo que obstaculiza el acceso rápido a servicios de salud, justicia y protección social (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2023).

Tipos de Violencia de Género

La violencia de género se expresa en distintas maneras que inciden de forma diferenciada en la salud, el bienestar y la autonomía de las mujeres, particularmente en zonas rurales donde hay menos acceso a servicios especializados. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas en Ecuador, La violencia de género se manifiesta en formas físicas, psicológicas, sexuales, económicas, patrimoniales y simbólicas, con impactos diferenciados en la salud de las mujeres (Asamblea Nacional del Ecuador., 2018)

El (Ministerio de Salud Pública del Ecuador., 2019) alerta que en comunidades rurales muchas formas de violencia quedan invisibilizadas, al normalizarse prácticas de control y subordinación, mientras la atención médica oportuna es limitada.

Violencia Física

Implica el uso deliberado de la fuerza física como medio de agresión, lo que provoca daños corporales desde lesiones leves hasta secuelas graves o irreversibles. En contextos rurales, esta violencia física suele quedar invisibilizada, pues muchas mujeres no la perciben como tal debido a la normalización de prácticas de control y obediencia ligadas a normas

socioculturales profundamente arraigadas. Así, diversos estudios destacan que la baja identificación de esta violencia en zonas rurales fomenta su continuidad y obstaculiza la solicitud de ayuda institucional (Cusihuamán & Gamarra, 2024)

Violencia Psicológica o Emocional

(Asamblea Nacional del Ecuador., 2018), señala que este tipo comprende cualquier acción impuesta sin consentimiento, tales como coacciones, violaciones, agresiones físicas y presiones que vulneran la autonomía corporal femenina, provocando consecuencias prolongadas en su salud física y reproductiva. Rivadeneira et al., (2025) señalan que, en territorios rurales, particularmente en comunidades indígenas, la violencia sexual se asocia a impactos intergeneracionales que afectan incluso la salud de niñas y niños, debido a la falta de atención oportuna, la precariedad sanitaria y el miedo a denunciar dentro de estructuras comunitarias cerradas.

Violencia Sexual

Se manifiesta a través de actos ejercidos sin consentimiento que vulneran de manera directa la autonomía corporal de las mujeres, incluyendo coerciones, agresiones sexuales y otras formas de presión física o psicológica que afectan su integridad y bienestar (Asamblea Nacional del Ecuador., 2018), En contextos rurales e indígenas, esta modalidad adquiere una gravedad particular, ya que la precariedad de los servicios de salud, la falta de atención oportuna y el temor a denunciar dentro de estructuras comunitarias cerradas contribuyen a la persistencia de violencia y la generación de impactos que se extienden a lo largo del tiempo, incluso a nivel intergeneracional (Rivadeneira et al. 2025).

Violencia Económica o Patrimonial

Maldonado et al. (2020), sostiene que esta forma de violencia económica implica restringir el acceso de las mujeres a recursos financieros, bienes, ingresos o empleo, lo que

genera dependencia económica y limita su capacidad para decidir sobre su vida y salud. Por su parte, Maldonado et al. (2020), precisan que incluye acciones como impedir el manejo del dinero, controlar los gastos, ocultar información financiera o negar recursos para transporte, medicamentos o atención médica.

Violencia simbólica

Como dice Walby (1990), explica que la violencia simbólica se expresa a través de discursos, prácticas culturales y normas sociales que reproducen y legitiman las desigualdades de género, favoreciendo la subordinación de las mujeres, en el contexto ecuatoriano, la ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres establece que esta forma de violencia fortalece y normaliza otras manifestaciones de violencia al difundir estereotipos y creencias que justifican el control y la discriminación hacia las mujeres (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018). Esta situación suele evidenciarse con mayor intensidad en comunidades rurales donde las normas patriarcales continúan influyendo en las relaciones sociales y familiares.

Causas de la violencia de género

Las razones detrás de la violencia de género están estrechamente relacionadas con elementos socioculturales, económicos e institucionales. (Walby, 1990) Menciona que estas razones se basan en normas patriarcales que avalan jerarquías de poder colocando a los hombres en posiciones de dominio y a las mujeres en roles subordinados, es así que estos ajustes facilitan que conductas violentas se acepten como “normales” en el ámbito familiar y comunitario.

En las zonas rurales las causas de la violencia de género tienden a aumentarse debido a los factores socioculturales y territoriales que dificultan conocer de cerca esta realidad. En este contexto, las tradiciones conservadoras, el aislamiento geográfico y las persistentes

expectativas de género refuerzan el silencio social y la tolerancia frente a la agresión, limitando las oportunidades de denunciar la violencia y buscar apoyo (Salazar, Intriago, & Palacios, 2025). Para esto se suman condiciones estructurales más amplias, como la desigualdad socioeconómica, la dependencia económica de las mujeres y respuestas institucionales débiles que aumentan la vulnerabilidad y aumentan el riesgo de violencia mortal contra las mujeres en el país (Morales, Hernández, & Realpe, 2025)

Modalidades Específicas de Violencia Relevantes Para el Acceso a la Salud

Algunas formas de violencia impactan de manera directa el acceso a los servicios sanitarios, dado que el agresor emplea variados métodos de control para obstaculizar que las mujeres obtengan atención médica adecuada y a tiempo. Según (Stark, 2007), la violencia en el ámbito de pareja, la coerción reproductiva y la violencia económica impactan directamente en la capacidad de las mujeres para acceder a servicios de salud.

Rose et al. (2024) indica que el control coercitivo también se manifiesta en el sistema sanitario, cuando las mujeres están psicológicamente inhibidas para solicitar ayuda, sobre todo en contextos rurales donde la dependencia económica y emocional hacia el agresor resulta más acentuada. Según Rudzinski, et al. (2025) menciona que ciertas prácticas del personal de salud pueden ejercer violencia institucional, lo que agrava aún más la situación de las mujeres.

Violencia de pareja

Según Rivadeneira et al. (2025), la violencia de parejas en entornos rurales afecta de manera particular a mujeres indígenas, asociándose con un deterioro significativo en la salud de madres e hijos. (Stark, 2007) Destacan que incluso tras la ruptura, el agresor puede mantener formas de control que dificultan el acceso de las mujeres a servicios sanitarios.

Violencia por no Pareja (Sexual, Física o Amenazas)

La violencia ejercida por personas ajenas a una relación de pareja con la víctima representa una forma de agresión frecuentemente subestimada, debido al estigma social y al temor a represalias. Este tipo de violencia se manifiesta con regularidad en espacios públicos, caminos rurales y áreas remotas, afectando de manera desproporcionada a las mujeres (OEA, 2020, p. 14).

El Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará señala que numerosas de estas agresiones quedan sin denunciarse debido a la ausencia de vías de denuncia accesibles en áreas rurales (Morales, Hernández, & Realpe, 2025 p. 3).

Asimismo, niñas y adolescentes rurales enfrentan mayores riesgos de violencia durante sus desplazamientos cotidianos, especialmente en contextos de inseguridad territorial (Plan Internacional, 2022, p. 24).

Violencia Gineco-Obstétrica e Institucional (Embarazo, Parto y Puerperio)

La violencia gineco obstétrica engloba intervenciones médicas abusivas deshumanizadas o negligentes durante la atención de embarazo, parto y puerperio. Según la (Organización Mundial de la Salud, 2014) esto incluye maltrato verbal, exploraciones vaginales repetidas sin consentimiento, procedimientos compulsorios y la prohibición del acompañamiento. La entidad sostiene que:

“Todas las mujeres tienen derecho a una atención respetuosa y libre de prácticas violentas durante el embarazo y el parto” (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Violencia en la Comunidad

La violencia social tiene un impacto directo en la movilidad y la sensación de seguridad de las mujeres, especialmente cuando se manifiesta como acoso en espacios públicos, amenazas verbales o agresiones físicas. En las zonas rurales, estos impactos son

más severos porque las mujeres, niñas y adolescentes tienden a viajar por rutas largas y peligrosas, lo que aumentan su riesgo de exposición (Salazar, Intriago, & Palacios, 2025).

A esto se suma el hecho de que muchas de estas agresiones permanecen invisibles debido a la falta de canales de denuncia disponibles y la movilización de la violencia en los espacios públicos de la sociedad contribuyendo a su anonimato y dificultando la intervención institucional oportuna (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Violencia Digital

La violencia digital constituye una forma emergente de control y vigilancia que suele entrelazarse con otras manifestaciones de violencia de género, reforzando los mecanismos de dominación sobre las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2014). En este sentido, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos señala que estas prácticas incluyen amenazas, vigilancia y difusión no consentida de contenido íntimo (Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará, & ONU Mujeres., 2022).

Las limitaciones derivadas de la violencia, el temor y el dominio restringen la facultad de las mujeres en zonas rurales para tomar decisiones autónomas respecto a su cuerpo y su bienestar (Fondo de Población de las Naciones Unidas., 2021).

Desde el ámbito institucional, la ausencia de respuestas integrales y sensibles al género genera desconfianza, abandono de la atención y profundización de la exclusión sanitaria de las mujeres en estas zonas (Rudzinski, y otros, 2025).

Violencia de Género en Contextos Rurales

La violencia basada en género en áreas rurales se establece sobre condiciones estructurales que aumentan la fragilidad de las mujeres y restringen sus oportunidades de protección y goce de sus derechos (Morales, Hernández, & Realpe, 2025) demuestra que

“Las mujeres rurales enfrentan condiciones de vida que incrementan su exposición a la violencia de género, incluyendo pobreza, dependencia económica, baja presencia estatal y normas comunitarias que refuerzan el control masculino” (p. 12).

(Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2023) señala que

“Las disparidades geográficas restringen el acceso a servicios de salud, educación, justicia y protección social, lo que aumenta la continuidad de la violencia física, psicológica y económica en las áreas rurales” (p. 27).

Asimismo, la Iniciativa (Morales, Hernández, & Realpe, 2025) advierte que

“La ruralidad se encuentra atravesada por múltiples formas de discriminación asociadas al género, la etnia, la pobreza y el aislamiento territorial, generando contextos donde la violencia se normaliza, se transmite de forma intergeneracional y rara vez se denuncia” (p. 18).

Barreras Específicas en el Acceso a la Salud Derivadas de las Violencias

Diversos estudios evidencian que las mujeres que viven situaciones de violencia de género enfrentan barreras específicas para acceder a los servicios de salud, especialmente en contextos rurales. (Houghton, y otros, 2023) explican que estas barreras incluyen distancia geográfica, costos de transporte y limitada oferta de servicios sanitarios.

(Rudzinski, y otros, 2025)) señala que

“La ausencia de respuestas integrales y sensibles al género en los servicios públicos genera desconfianza, abandono de la atención y profundización de la exclusión sanitaria de las mujeres rurales” (p. 41).

Relación Conceptual Entre la Violencia de Género y el Acceso a los Servicios de Salud

Desde una perspectiva conceptual, la violencia de género debe comprenderse como un determinante social crítico de la salud. En este sentido, (Houghton, y otros, 2023) advierte que “La relación entre violencia de género y acceso a la salud se expresa en profundas inequidades territoriales, donde las mujeres rurales, indígenas y empobrecidas presentan mayores niveles de exposición a la violencia y menor acceso a servicios integrales de salud física, mental y reproductiva” (p. 18).

Interseccionalidad (Género, Ruralidad, Pobreza y Etnia)

La perspectiva interseccional facilita el entendimiento de la manera en que el género, la ruralidad, la pobreza y la etnia se combinan, produciendo vulnerabilidades acumuladas.

Según (Morales, Hernández, & Realpe, 2025), “Las mujeres rurales e indígenas enfrentan capas superpuestas de discriminación que incrementan tanto la exposición a la violencia como las barreras para acceder a servicios de salud” (p. 22).

De manera complementaria, (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2024) sostiene que “La desigualdad en el acceso a recursos productivos y a la tierra limita la autonomía económica de las mujeres rurales, reforzando dinámicas de dependencia y vulnerabilidad” (p. 19).

Autonomía Corporal y Autonomía Sanitaria

La violencia de género impacta de manera significativa en la autonomía del cuerpo. En este contexto, (UNFPA, 2021) sostiene que “Las restricciones impuestas por la violencia, el miedo y el control limitan la capacidad de las mujeres rurales para tomar decisiones libres sobre su cuerpo y su salud” (p. 35)

Revictimización Institucional

La exposición prolongada a la violencia genera impactos fisiológicos y psicológicos severos. (Rudzinski, y otros, 2025) advierte que “La revictimización institucional reproduce el silencio y el abandono de los servicios de salud, incrementando los riesgos para la salud física, mental y reproductiva de las mujeres” (p. 44).

Antecedentes de la Investigación

La violencia de género y el acceso a los servicios de salud en contextos rurales constituyen una problemática persistente en América Latina, donde las desigualdades territoriales, sociales y de género continúan afectando de manera directa a las mujeres. Diversas investigaciones han demostrado que la condición de ruralidad profundiza las barreras de acceso a la atención sanitaria, particularmente cuando las mujeres se encuentran en situaciones de violencia de género. A partir de esta problemática, se presentan a continuación antecedentes relevantes que tienen relación directa con el tema del presente estudio.

El artículo titulado Barreras de Acceso a los Servicios de Salud para Mujeres, Niños y Niñas en América Latina, publicado en el año 2022 y elaborado por Hannah Houghton, Ernesto Báscolo, Mario Jara, Alejandro Cuellar, Ignacio Coitiño, Jorge del Riego y Marina Ventura, tuvo como objetivo analizar los factores que limitan el acceso efectivo a los servicios de salud en poblaciones vulnerables de la región; la problemática abordada se centró en la persistencia de inequidades territoriales que afectan de manera desproporcionada a las mujeres que habitan en zonas rurales. En cuanto a la metodología, el estudio escogió un enfoque cuantitativo, con un diseño transversal basado en encuestas poblacionales aplicadas en ocho países de América latina y los resultados evidenciaron qué factores como la distancia geográfica, la escasez de los recursos económicos, la dependencia de terceras personas y la percepción de baja calidad en la atención sanitaria influyen negativamente en el uso de servicios preventivos y de salud materna. Con toda la información recopilada los autores

concluyeron que las mujeres rurales enfrentan barreras estructurales persistentes, no solo para acceder a la salud, sino también en situaciones que se ve agravada en contextos donde existe violencia de género, la cual guarda estrecha relación con el enfoque del presente estudio.

Por otra parte, el artículo Solo en el Papel: Derechos vs. Realidad para Sobrevivientes de Violencia de Género en Zonas Rurales de Bolivia, desarrollado en el año 2025 por Elizabeth Voller, Jennifer Smith, María Senzano Castro, María Borrozo, Lucía Burgos, Valeria Maccari, Jessica Nixon, Susan Martin, Miranda Mkandawiri-Valhmu, Daniela Mysler, Sofía Pellizzari y Elizabeth Hoffman; tuvo como objetivo examinar las limitaciones institucionales que enfrentan las mujeres sobrevivientes de violencia de género para acceder a servicios de salud, justicia y apoyo psicosocial en contextos rurales; la problemática identificada se relaciona con la brecha existente entre el reconocimiento formal de derechos y su aplicación efectiva en territorios rurales, donde la respuesta estatal limita frente a las necesidades de las mujeres. La metodología utilizada fue cualitativa, mediante entrevistas en profundidad a mujeres sobrevivientes, personal de salud y operadores de justicia rural. Los resultados mostraron que el miedo, el estigma social, la distancia geográfica y la revictimización institucional dificultan la búsqueda de atención médica; en las conclusiones del estudio, los autores enfatizan que la ausencia de servicios de salud accesibles y con el enfoque de género en las zonas rurales contribuye a la persistencia de la vulnerabilidad de las mujeres, situación que guarda una relación directa con la problemática analizada en la presente investigación desarrollada en el Cantón Manta.

En el contexto ecuatoriano, el artículo titulado Violencia de Pareja Contra Mujeres Indígenas y su Asociación con Retraso del Crecimiento y Anemia en Niños: un enfoque mixto en Chimborazo, Ecuador, publicado en el año 2025 y elaborado por María José Rivadeneira, Ana Naranjo, Luis Barrera, Carolina Trijullo, Rosa Montaluisa, Paulina Moncayo, Diego Grijalva y Fernando Torres; tuvo como objetivo analizar la relación

existente entre la violencia ejercida por la pareja el acceso a los servicios de salud y sus efectos en la salud materna e infantil en comunidades rurales indígenas. La investigación surgió a raíz de la preocupación por alta incidencia de violencia ejercida por parejas hacia mujeres indígenas y las consecuencias que esta situación acarrea tanto en su bienestar como en el de sus hijos, se adoptó un enfoque mixto que combinó encuestas, mediciones antropométricas y entrevistas cualitativas, permitiendo así una comprensión más integral del fenómeno. Los resultados indicaron que las mujeres que sufrían violencia enfrentaban más obstáculos para acceder de manera oportuna a los servicios de salud, lo que también se asociaba a un mayor riesgo de retraso en el crecimiento y anemia a sus hijos. En las conclusiones del estudio previamente analizado, los autores sostienen que la violencia de género en contextos rurales incide de manera directa en el acceso a los servicios de salud y producen efectos que trascienden a las generaciones, lo cual se relaciona de forma directa con el objetivo planteado en la presente investigación.

En la misma línea, el artículo Violencia de Género en la Ruralidad sur del Cantón Chone: un análisis multidisciplinario, desarrollado en el año 2025 por María Fernanda Salazar Estrada, José Luis Intriago Cusme y Ana Patricia Palacios Briones, tuvo como objetivo identificar los factores sociales, culturales e institucionales que influyen en la persistencia de la violencia de género en comunidades rurales ecuatorianas; la problemática abordada se vinculó con la normalización del maltrato, el aislamiento territorial y la limitada presencia de servicios de apoyo institucional. Para llevar a cabo el estudio, se utilizó un enfoque combinado, donde se integraron cuestionarios, entrevistas y la evaluación de documentos pertinentes con el objetivo de lograr una comprensión completa del tema, los hallazgos hicieron evidente que la lejanía a los centros de salud, la necesidad económica y la continuidad de creencias tradicionales son elementos que obstaculizan, tanto la denuncia de actos de violencia como el acceso de las mujeres a la atención sanitaria. A partir de esto, los

autores concluyeron que las limitaciones en el acceso oportuno a los servicios de salud incrementan las consecuencias de la violencia de género en las zonas rurales, aspecto que guarda relación con la problemática abordada en la presente investigación.

De manera complementaria, la revisión sistemática titulada Barreras Estructurales en la Protección de Derechos Humanos de Mujeres Indígenas Víctimas de Violencia de Género en Ecuador, elaborada en el año 2025 por Paola Morales Gramal, Daniel Hernández Martínez y Gabriela Realpe Hernández, tuvo como objetivo analizar factores estructurales lo que limita los accesos a los servicios de salud y justicia para mujeres estructurales que limitan el acceso a los servicios de salud y justicia para mujeres indígenas en contextos rurales, la problemática se centró en la persistencia del racismo institucional, la falta de adecuación intercultural y la escasa cobertura territorial de los servicios; la metodología, consistió en una revisión sistemática bajo el enfoque PRISMA de estudios publicados entre 2019 y 2023. Estos resultados evidenciaron e identificaron barreras como la revictimización institucional, la ausencia de personal capacitado y sobre todo la distancia geográfica. Como conclusión los autores advierten que esta combinación entre la ruralidad y la violencia de género crea una doble forma de exclusión que limita el ejercicio efectivo de derecho a la salud, tal aspecto que se vincula con el enfoque de la presente investigación.

Fundamentos legales

Constitución de la República del Ecuador 2008

La constitución del Ecuador establece el marco jurídico fundamental para garantizar el derecho a la salud y la protección contra la violencia. Donde el artículo 32 reconoce que la salud es un derecho cuya prestación debe ser accesible, oportuna y de calidad y el artículo 35 declara a las mujeres víctimas de violencia como grupo de atención prioritario, lo que obliga al estado adoptar medidas especializadas para garantizar protección y acceso efectivo a servicios públicos. De manera similar, las disposiciones constitucionales prevén la

descentralización y la aplicación directa de los instrumentos internacionales de derechos humanos para fortalecer la responsabilidad estatal en la protección efectiva de las mujeres, especialmente aquellas que viven en zonas rurales y en situaciones de violencia, tal como esta en la (Asamblea constituyente del Ecuador, 2008)

CEDAW -Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación

Contra la Mujer

La CEDAW representa el instrumento internacional clave para proteger los derechos de las mujeres. Su artículo 1 define la discriminación contra la mujer como cualquier distinción o exclusión que vulnere el ejercicio pleno de sus derechos. Mientras que el artículo 12 obliga a eliminar la discriminación en el acceso a servicios de salud, además el comité CEDAW ha precisado que la violencia de género compone una forma de exclusión que impacta la salud física y mental. El sistema internacional claramente la violencia de género como un factor que afecta directamente la vida, la salud y el pleno disfrute de los derechos de las mujeres. (Naciones Unidas, 1979).

Convención de Belém do Pará (1994)

La Convención establece que toda mujer tiene el derecho a una vida libre de todo tipo de violencia, tanto en los ámbitos públicos como en los privados. El artículo 3 así lo reconoce, mientras que el artículo 6 señala que la violencia vulnera derechos esenciales como la salud y la seguridad personal (Organización de los Estados Americanos, 1994).

Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres (2018)

Esta ley desarrolla de manera específica las garantías constitucionales y compromisos internacionales. La Administración se esfuerza por prevenir y eliminar la violencia contra las mujeres, considerando que su misión principal es eliminar todas las formas de violencia y proporcionar mecanismos de protección y sanciones eficaces. Desde esta perspectiva, la ley

reconoce que la violencia no sólo constituye una violación a la integridad personal, sino que también afecta directamente el disfrute de derechos fundamentales, incluido el derecho a la salud; artículo 38 ordena asegurar acceso a servicios de apoyo en zonas rurales y comunidades con limitada oferta estatal, lo que está directamente relacionado con el contexto de Manta y la ruralidad (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018).

Ley orgánica de salud 2006

La ley orgánica de salud reconoce la salud como un derecho fundamental y establece que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar un sistema de salud accesible, equitativa de calidad y libre de cualquier forma de discriminación. De acuerdo con el artículo 4 de la Ley Orgánica de Salud, la salud constituye un derecho fundamental y el Estado debe garantizar su acceso en condiciones de universalidad, equidad y calidad. Así se impone la obligación de asegurar atención sin discriminación por género o condición socioeconómica. De igual modo, la ley prioriza a los grupos más vulnerables, garantizando servicios oportunos y continuos, elementos claves para su respuesta efectiva ante la violencia. Estos lineamientos refuerzan la responsabilidad del estado de brindar atención de salud oportuna y adecuada a las mujeres rurales que enfrentan situación de violencia (Asamblea Nacional del Ecuador, 2006).

Código orgánico integral penal 2014

El COIP tipifica las diferentes formas de violencia contra las mujeres y establece sus sanciones. En el artículo 156 sanciona la violencia física y sus derivados, el artículo 157 toda clase de violencia psicológica, el artículo 158 la violencia sexual y el artículo 159 la violencia económica que se ejerza. Además, el artículo 558 establece procedimientos especializados para garantizar atención inmediata, para evitar la revictimización y asegurar coordinación entre salud justicia y protección. Este marco penal refuerza la obligación de los servicios de

salud de actuar como primer punto de detección e intervención (Asamblea Nacional del Ecuador, 2014).

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Según las Naciones Unidas (2015). Los ODS constituyen un compromiso internacional vinculante. El ODS 3 busca garantizar vida sana y bienestar, incluyendo la reducción de brechas en acceso a salud. El ODS 5 exige eliminar todas las formas de violencia contra mujeres y niñas y garantizar acceso a salud sexual y reproductiva. Los dos objetivos destacan la importancia de la necesidad de intervención territorial, en especial en contextos rurales reproductivos.

Normativa del Ministerio de Salud Pública (MSP)

La norma técnica de atención integral a víctimas de violencia de género establece que la atención debe ser inmediata, confidencial, especializada y con el enfoque intercultural de género (Ministerio de Salud Pública, 2019). El modelo de atención integral en salud MAIS prioriza la atención en zonas rurales, definiendo el primer nivel como puerta de entrada al sistema y exigiendo acciones de prevención, promoción, atención directa y referencia segura (Ministerio de Salud Pública, 2019).

Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización – COOTAD (2010)

El COOTAD asigna competencias a los gobiernos autónomos para garantizar servicios que afectan el bienestar y la protección de las mujeres. El artículo 54 obliga a los municipios a garantizar servicios básicos, promoción de derechos y coordinación interinstitucional. El artículo 55, literal d), manda a los GAD municipales a ejecutar programas de salud y prevención de igualdad de género, incluyendo zonas rurales con infraestructura sanitaria limitada, lo que respalda la responsabilidad del municipio de Manta

de optimizar rutas de acceso a salud para mujeres rurales víctimas de violencia (Asamblea Nacional del Ecuador, 2010).

Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas (2010)

Este cuerpo normativo garantiza que la inversión pública priorice a grupos vulnerables. El artículo 3 establece principios de equidad y territorialidad. El artículo 25 exige que los planes y presupuestos incorporen enfoque de género y ruralidad. La falta de servicios de salud en comunidades rurales del cantón Manta puede interpretarse como incumplimiento de esta obligación (Asamblea Nacional, 2010).

Fundamentos Teóricos del Trabajo Social

Trabajo Social

El Trabajo Social es una profesión enfocada en abordar problemas sociales complejos, cuyo propósito principal es fomentar el bienestar, la justicia social y el pleno ejercicio de los derechos humanos. Desde este enfoque, la ocupación se basa en normas éticas y científicas que facilitan el acompañamiento de procesos de cambio social, especialmente en grupos en condiciones de vulnerabilidad como las mujeres rurales impactadas por violencia de género (Payne, 2021).

Según la federación Internacional del trabajador social (2014), el trabajo social es tanto una profesión como un campo académico destinado a fomentar el cambio y el progreso social, promover la unión entre individuos y defender los derechos humanos, guiándose por los valores de justicia social, responsabilidad colectiva Y aprecio por la diversidad, en este contexto la función del profesional del trabajo social se enfoca en instaurar procesos que favorezcan la inclusión, la participación y el desarrollo de capacidades, tanto individuales como comunitarias, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de las personas.

Desde este punto, la intervención profesional no se limita a satisfacer las necesidades inmediatas de los individuos, sino que también se propone entender las raíces sociales, económicas, culturales y políticas que generan diversas problemáticas, esto permite la formulación de estrategias de prevención, acompañamiento e intervención que impulsen cambios sostenibles, tanto a nivel individual como comunitario. En situaciones de violencia de género el trabajo social juega un papel crucial al facilitar el acceso de las mujeres a servicios de salud, consolidar sus redes de apoyo y promover el ejercicio pleno de sus derechos, esencialmente en áreas rurales donde las condiciones de vulnerabilidad suelen ser más marcadas.

Intervención Social

La intervención social es el eje operativo del Trabajo Social, ya que este implica acciones organizadas dirigidas a producir cambios relevantes a entornos sociales que se caracterizan por la desigualdad. Esta intervención va más allá de la atención urgente a necesidades y pretende atacar las causas estructurales de los problemas, fomentando procesos sostenibles, participativos y contextualizados, sobre todo en entornos rurales donde las desigualdades sociales son más marcadas (Payne, 2021).

De acuerdo con (Roberto, Carlos, & María del Pilar, 2014)

La intervención social se define como un procedimiento deliberado y pensado que posibilita actuar ética y contextualizadamente sobre circunstancias vulnerables, tomando en cuenta tanto las demandas de las personas como las características del ambiente. Esta perspectiva señala lo importante del valor de un examen previo y de una actuación profesional basada en fundamentos teóricos y sólidos (p. 8)

Menciona (Payne, 2021) que la intervención social en trabajo social debe desarrollarse desde una perspectiva participativa, reconociendo a las personas como sujetos

activos de su propio proceso de cambio. En el ámbito de la violencia de género, esta intervención permite acompañar, orientar y fortalecer a las mujeres, sobretodo empoderarlas para y facilitar el acceso a servicios de salud, promoviendo así la restitución de sus derechos, especialmente en contextos rurales.

Modelos de Intervención Social

Los modelos de intervención social en el ámbito del trabajo social actúan como guías teóricas y metodológicas, brindando un marco para direccionar la actuación profesional ante diversas problemáticas sociales, estos modelos ofrecen herramientas que permiten analizar la realidad, entender las necesidades de individuos, grupos y comunidades que al delinear estrategias de intervención son adaptadas a las características particulares del contexto en el que se desarrolla el trabajo profesional. Mediante este marco conceptual, los trabajadores sociales elaboran planes de acción coherentes, donde evitan la improvisación o respuestas fragmentadas y consolida el vínculo entre el análisis teórico en la intervención práctica social (Payne, 2021).

Modelo Ecológico sistemático

El modelo de ecología de sistema permite entender la violencia de género como un fenómeno multicausal, resultando de la interacción entre factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales, especialmente en el ámbito rural. Esta perspectiva identifica los diferentes niveles en los que suceden las desigualdades que afectan a las mujeres rurales (Heise, 1998). Así que como las normas culturales que tienden a sistematizar la violencia y dificultan las denuncias sobre la violencia en comunidades rurales.

Modelo de Intervención en crisis

Este modelo de intervención en crisis es fundamental en contextos rurales, donde las mujeres que atraviesan situaciones de violencia requieren una atención inmediata que permita

proteger su integridad física y emocional. La intervención temprana mitiga riesgos de lesiones graves y agiliza el acceso a atención médica oportuna, particularmente en áreas con topografía compleja y movilidad restringida (Payne, 2021). Desde una perspectiva institucional el apoyo a las crisis fortalece la confianza de las mujeres en los servicios gubernamentales y reduce la reincidencia y por último, la evolución inmediata de riesgo facilita una mejor comunicación entre los sistemas de salud y de protección lo cual es clave en el contexto de una presencia gubernamental limitada

Modelo de Empoderamiento de género

El modelo de empoderamiento de las mujeres busca incrementar su autonomía física, económica y emocional, uno del aspecto crucial en zonas rurales donde persisten dependencias económicas y estructurales patriarcales. Este enfoque contribuye a potenciar la autonomía de las mujeres al proporcionarles herramientas que favorecen la toma de decisiones sobre sus vidas y el acceso a recursos esenciales para su bienestar (Zimmerman, 1995), tener independencia económica disminuye la dependencia de los agresores y permite que busquen ayuda en situaciones de violencia.

Asimismo, el apoyo comunitario juega un papel significativo al crear redes de acompañamiento y de protección, de este modo, la participación social y el fortalecimiento de capacidades permiten a las mujeres enfrentar las condiciones de vulnerabilidad y ejercer sus derechos en mayor confianza.

Modelo de Derechos Humanos

Este modelo orienta las intervenciones para asegurar el acceso a atención sanitaria y a una vida libre de violencia, siendo este enfoque especialmente relevante en contextos rurales, donde las desigualdades sociales pueden limitar el ejercicio completo de estos derechos. En este enfoque, las respuestas institucionales se fortalecen al tomar la dignidad y la autonomía

de las mujeres como eje principal de intervención (International Federation of Social Workers, 2014).

De manera similar, una perspectiva de derechos humanos ayuda a elevar el perfil de las mujeres rurales, que anteriormente se habían enfrentado a la exclusión del acceso a los servicios públicos (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018). A nivel territorial, este modelo apoya políticas focalizadas que reducen las persistentes desigualdades urbano-rurales (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018), al tiempo que promueve la sostenibilidad y un mayor impacto de los programas sociales dirigidos a las mujeres de las zonas rurales (Cusihuamán & Gamarra, 2024).

Modelo Informado por el trauma

El modelo basado en el trauma reconoce que la violencia de género crea profundas secuelas psicológicas, por lo que exige intervenciones seguras y sensibles para evitar la revictimización y baja autoestima. Este enfoque ha demostrado reducir el abandono de tratamientos y fortalecer la resiliencia emocional en las mujeres (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014).

De la misma forma, integrar prácticas del modelo informado por el trauma en servicios clínicos disminuye las tasas de reincidencia durante la atención, a un aspecto clave en entornos rurales. Este modelo también facilita la adaptación de intervenciones en áreas con oferta limitada de servicios de salud mental, lo que permite que las intervenciones se adapten mejor a las necesidades locales (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). En última instancia, un enfoque basado en el trauma nos permite identificar los impactos psicológicos que a menudo pasan desapercibidos de situaciones violentas prolongadas, mejorando así la atención integral de las mujeres.

Capítulo III

Diseño Metodológico

Tipo de Investigación

Esta investigación se realizó con un enfoque cuantitativo lo que permitió la medición objetiva de la relación entre la violencia de género y el acceso de las mujeres a los servicios de salud en comunidades rurales del cantón de Manta. El uso de datos digitales y su análisis estadístico facilitó la obtención de resultados verificables y potencialmente generalizables al contexto estudiado (Hernández et al. 2018, p. 7).

El estudio adoptó un diseño no experimental, sin manipulación deliberada de variables. Estas se observarán y analizarán tal como se manifiestan en su contexto natural.

Según Hernández-Sampieri et al. (2018):

Este tipo de diseño se caracteriza por el examen de fenómenos sociales existentes sin intervención ni modificación de las condiciones de vida de la población estudiada, lo cual resulta metodológica y éticamente apropiado para el análisis de la violencia de género y el acceso a los servicios de salud (p. 12).

De igual forma, el estudio utilizó un diseño transversal, con la condición de que la información fue recolectada en el segundo semestre correspondiente al año 2026. Este diseño permite describir y analizar la relación entre las variables de estudio en un momento concreto sin necesidad de realizar un seguimiento poblacional longitudinal, optimizando el tiempo y los recursos del proceso de estudio. Además, facilita la identificación de patrones, niveles y relaciones entre las variables analizadas en un contexto social determinado.

(Tamayo, 2003) afirman que “la investigación transversal se caracteriza por la recolección de datos en un momento determinado en el tiempo, permitiendo la descripción y análisis de fenómenos durante un período de tiempo determinado” (p. 128).

En cuanto a su alcance, el estudio fue descriptivo, ya que su objetivo es caracterizar las manifestaciones de violencia de género y las condiciones de acceso a los servicios de salud en la población seleccionada, sin manipular las variables en estudio. Los estudios descriptivos son útiles para detallar las propiedades y características de fenómenos sociales específicos (Guevara, Verdesoto, & Castro, 2020).

Métodos de Investigación

El método científico funcionó como guía general del proceso investigativo, asegurando un desarrollo ordenado y sistemático desde la recolección de datos hasta la interpretación de resultados.

Método Inductivo–Deductivo

Se aplicaron el método inductivo-deductivo permitiendo a partir de observaciones particulares sobre la violencia de género y el acceso a servicios de salud en mujeres rurales, formular generalizaciones respaldadas en la teoría existente. A su vez, el componente deductivo facilitó contrastar los hallazgos empíricos con los postulados teóricos, lo que contribuyó a la coherencia lógica del estudio (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018)

Método Analítico–Sintético

Se emplearon el método analítico–sintético mediante los cuales se especificó la información recolectada en sus elementos esenciales para un análisis detallado, para posteriormente integrar los resultados en conclusiones estructuradas y coherentes. Este método resulta particularmente valioso en investigaciones sociales, al favorecer una comprensión integral del fenómeno estudiado (Niño, 2011)

Operacionalización de Variables

La operacionalización de las variables permitieron traducir conceptos teóricos en indicadores concretos y medibles, asegurando alineación entre objetivos, variables e instrumentos de recolección de datos. Este procedimiento garantizó la obtención de información empírica confiable y válida (Kerlinger & Lee, 2000)

Tabla 1. Variable Independiente: Violencia de Género

Definición	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e instrumentos	Fuente
Violencia de género. La violencia de género comprende cualquier acción u omisión basada en el género que cause daño físico, psicológico, sexual o económico a las mujeres. Este fenómeno se sustenta en relaciones históricas de poder desiguales y se manifiesta con mayor intensidad en contextos rurales, donde la dependencia económica, el aislamiento territorial y la limitada presencia institucional incrementan la vulnerabilidad femenina y afectan directamente su autonomía, bienestar y acceso a	Violencia física	Presencia de lesiones corporales. Frecuencia de agresiones físicas.	Presencia de lesiones corporales En los últimos 12 meses ¿Ha sido empujada, golpeada o agredida físicamente por su pareja, expareja u otra persona? Y de ser así, ¿Estas agresiones le causaron lesiones visibles como moretones, heridas o fracturas?	Cuestionario estructurado y encuestas	Mujeres de comunidades rurales, mayores de 18 años del cantón Manta.

Definición	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e instrumentos	Fuente
derechos fundamentales (Asamblea Nacional del Ecuador, 2018)					
	Violencia emocional o psicológica	Amenazas e intimidaciones. Insultos y humillaciones reiteradas.	En los últimos 12 meses, ¿ha recibido insultos, humillaciones o desvalorizaciones que afecten su autoestima? ¿Ha sido amenazada o intimidada, generándole miedo o inseguridad emocional?		Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta
	Violencia sexual	Coerción sexual. Temor para negarse por represalias.	En los últimos 12 meses, ¿ha sido presionada u obligada a mantener relaciones sexuales sin su consentimiento? ¿Ha sentido miedo de negarse a una relación sexual por temor a represalias?	estructurado	Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta

Definición	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e instrumentos	Fuente
	Violencia económica o patrimonial	Restricción de recursos económicos. Dependencia económica impuesta.	En los últimos 12 meses, ¿le han impedido trabajar o estudiar para depender económicamente de otra persona? ¿Le han controlado o negado dinero para cubrir gastos básicos como salud, transporte o alimentación?		Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta
	Control coercitivo	Restricción de movilidad. Vigilancia y control de decisiones y comunicaciones.	En los últimos 12 meses, ¿le han prohibido salir sola, visitar familiares o tomar decisiones personales? ¿Le han revisado el celular o controlado con quién se comunica?		Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta

Elaborado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Tabla 2. Variable Dependiente: Acceso a Servicios de Salud

Definición	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e instrumentos	Fuente
Acceso a los servicios de salud. El acceso a los servicios de salud se define como la posibilidad real de las personas para utilizar atención sanitaria cuando la necesitan. En contextos rurales, este acceso se ve condicionado por factores territoriales, económicos, organizativos y sociales que pueden convertirse en barreras estructurales, limitando el ejercicio efectivo del derecho a la salud de las mujeres (Penchansky & Thomas, 1981).	Disponibilidad	Existencia de establecimientos de salud.	¿Con qué frecuencia existe disponibilidad de servicios de salud en su comunidad o parroquia? Cuando acude al centro de salud, ¿con qué frecuencia encuentra el servicio que necesita?	Encuesta Cuestionario estructurado	Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta
	Accesibilidad física	Distancia al centro de salud.	¿Con qué frecuencia la distancia dificulta su acceso al centro de salud? ¿Con qué frecuencia la falta de transporte		Mujeres mayores de 18 años de comunidades

Definición	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e instrumentos	Fuente
		Dificultad de transporte.	le ha impedido acudir a un servicio de salud?		rurales del cantón Manta
	Asequibilidad (costo)	Falta de recursos económicos.	¿Con qué frecuencia el costo del transporte le ha impedido acudir a un centro de salud?		Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta
		Costos asociados a la atención.	¿Con qué frecuencia ha dejado de atenderse por no poder pagar medicinas o exámenes médicos?		
	Aceptabilidad	Trato recibido por el personal de salud.	¿Con qué frecuencia considera que el trato del personal de salud es inadecuado o poco respetuoso? ¿Con qué frecuencia ha sentido		Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta
		Confianza en el servicio.	desconfianza para expresar problemas personales en el centro de salud?		

Definición	Categorías	Indicadores	Ítems básicos	Técnicas e instrumentos	Fuente
	Adecuación y organización	Horarios inadecuados. Falta de derivación oportuna.	¿Con qué frecuencia los horarios del centro de salud no se ajustan a su disponibilidad? ¿Con qué frecuencia no ha recibido derivación oportuna cuando ha necesitado atención especializada?		Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta
	Oportunidad	Tiempo de espera prolongado. Atención tardía.	¿Con qué frecuencia ha tenido que esperar demasiado tiempo para obtener una cita médica? ¿Con qué frecuencia considera que no ha recibido atención médica a tiempo cuando lo ha necesitado?		Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta

Elaborado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Población y Muestra

Población

La población de estudio serán mujeres mayores de 18 años residentes en las zonas rurales de San Lorenzo y Santa Marianita, pertenecientes al cantón de Manta, en el periodo 2025-2026.

De acuerdo con los resultados del Censo de Población y Vivienda 2023 difundidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), las parroquias rurales de San Lorenzo y Santa Marianita registran una importante presencia de población femenina adulta. Para efectos metodológicos de la investigación, se consideró una población estimada de 1.200 mujeres mayores de 18 años pertenecientes a ambas parroquias rurales.

Muestra

La muestra fue específica y probabilística dado que la población se encuentra claramente delimitada y todas las unidades de análisis presentan la misma probabilidad de ser seleccionadas.

Para la determinación del tamaño de la muestra se aplicó la fórmula para poblaciones finitas, considerando una desviación estándar poblacional estimada, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, criterios comúnmente utilizados cuando no se dispone de información previa sobre la variabilidad de la población.

Cálculo del Tamaño de la Muestra

Fórmula para Obtener la Muestra

$$n = \frac{N \cdot \sigma^2 \cdot Z_a^2}{e^2(N-1) + \sigma^2 \cdot Z_a^2}$$

Definición de variables

n = tamaño de la muestra

N = tamaño de la población

σ = desviación estándar de la población (0,5)

$Z\alpha$ = valor correspondiente al nivel de confianza (1,96 para el 95 %)

e = límite aceptable de error muestral (0,05)

Datos Utilizados

Tamaño poblacional (N) = 1,200

Desviación estándar (σ) = 0,5

Nivel de confianza 95 % ($Z\alpha$) = 1,96

Límite aceptable de error (e) = 0,05

Sustitución de Valores

$$n = \frac{1200 * 0.5^2 * 1.96^2}{0.05^2 * (1200 - 1) + 0.5^2 * 1.96^2}$$

$$n = \frac{1152.48}{3.9604}$$

$$n = 291$$

Resultado

El tamaño de la muestra se estableció en 291 mujeres pertenecientes a comunidades rurales del cantón Manta. El valor fue redondeado al entero más cercano, al ser estadísticamente suficiente para garantizar la representatividad de la población y la confiabilidad de los resultados.

Esta muestra representa aproximadamente el 24.27 % del total de la población estudiada.

Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

La técnica seleccionada fue la encuesta, por su capacidad para obtener información cuantificable de forma directa, sistemática y estandarizada. La encuesta es particularmente adecuada en investigación cuantitativas de carácter social (Hernández y Mendoza, 2018).

El instrumento fue un cuestionario estructurado compuesto por preguntas cerradas, diseñado así a partir de las variables e indicadores de la investigación. Para el procesamiento de los datos recopilados se empleó el programa estadístico SPSS, lo que facilitó la ejecución de análisis de forma descriptiva.

Consideraciones Éticas

El estudio se desarrolló respetando la autonomía, dignidad y sobretodo la seguridad de las mujeres que participaron, debido al ser un tema delicado con experiencias sensibles relacionadas a la violencia de género y el acceso a servicios de salud. Antes de aplicar la encuesta, se explicó de forma clara el propósito del estudio, el uso académico de la información y el carácter voluntario de la participación. Ninguna mujer estuvo obligada a responder preguntas que le generen incomodidad, y tuvieron la opción de retirarse del proceso en cualquier momento sin recibir presión o consecuencia alguna.

La recopilación de los datos obtenidos se ejecutó en un espacio completamente privado excluido de acompañantes o posibles agresores de manera voluntaria solo para fines académicos, así mismo, se explicó que la información obtenida se guardó en una base de datos segura con un tiempo limitado a la ejecución y finalización de este estudio, estos resultados fueron presentados sin describir nombres o apellidos, de manera anónima.

Con el fin de proteger el anonimato y la privacidad de las participantes, se omitió registrar nombres y apellidos, direcciones exactas, números de cedula, ni datos que puedan poner en riesgo su privacidad. Toda la información fue sistematizada mediante sistema de

codificación para su análisis, todo esto a través de tablas, interpretaciones y porcentajes, para evitar la exposición de historias particulares, asimismo el levantamiento de información se ejecutó bajo estrictos criterios de confidencialidad y la aplicación de cuestionario se realizó de forma respetuosa y reservada, bajo un entorno seguro y libre de interferencias externas que pudieran condicionar el resultado o vulnerar la integridad de las participantes.

También se evitó cualquier forma de revictimización. Las preguntas se formularon con cuidado, sin juicios ni presión para narrar detalles personales sobre situaciones de violencia física, psicológica, sexual, económica o de control. Si alguna participante manifiesta malestar, temor o incomodidad, se consideró suspender la encuesta y se respetar su decisión. Además, el estudio no presentó a las comunidades rurales de San Lorenzo y Santa Marianita como espacios negativos, sino que analizará las barreras sociales, económicas, territoriales e institucionales que pueden limitar el acceso de las mujeres a una atención de salud oportuna y segura.

Capítulo IV

Análisis y Discusión de los Resultados

Los resultados de este capítulo corresponden a la encuesta aplicada a 300 mujeres mayores de 18 años de las comunidades rurales de San Lorenzo y Santa Marianita, en el cantón Manta. La información se ordenó mediante tablas y gráficos para revisar cómo se relacionan las situaciones de violencia de género con el acceso a los servicios de salud. Para ello, se consideraron distintas formas de violencia, como la física, psicológica, sexual, económica y de control, junto con dificultades concretas que pueden aparecer en la vida cotidiana de las mujeres rurales: distancia hasta los centros de salud, falta de dinero para movilizarse, temor, poca privacidad y respuestas institucionales limitadas.

La lectura de los datos no se queda solo en decir cuántas mujeres respondieron una opción u otra. Cada resultado permite analizar lo que ocurre en estas comunidades y cómo ciertas condiciones pueden limitar el derecho a recibir atención médica oportuna y segura. Por eso, el análisis se relaciona con los objetivos del estudio y con los aportes teóricos revisados, especialmente aquellos que explican la violencia de género como un problema ligado a la desigualdad, la dependencia económica, la ruralidad y la falta de apoyo institucional.

Pregunta 1. ¿En los últimos 12 meses, ha sido empujada, golpeada o agredida físicamente por su pareja, expareja, familiar u otra persona?

Tabla 3

Actos de Violencia Física

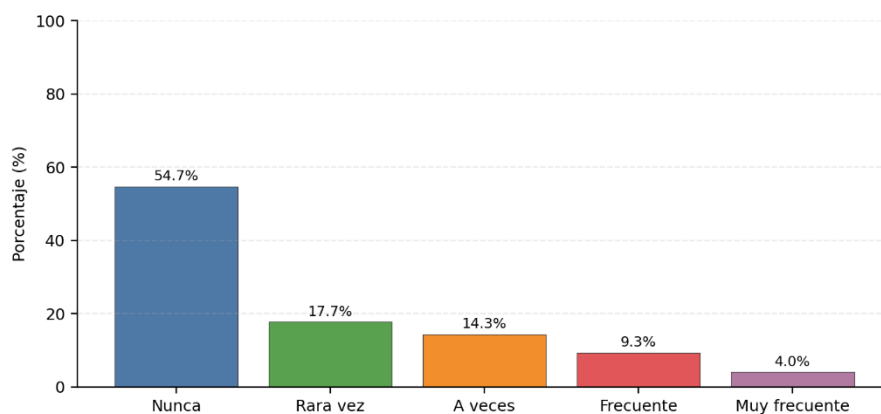
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Nunca	164	54.7%
2	Rara vez	53	17.7%
3	A veces	43	14.3%
4	Frecuente	28	9.3%
5	Muy frecuente	12	4.0%
TOTAL		300	100%

Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Gráfica 1

Actos de Violencia Física.



Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Análisis e interpretación

Los resultados muestran que 164 mujeres, correspondientes al 54,7 %, indicaron que nunca han sido empujadas, golpeadas o agredidas físicamente durante los últimos 12 meses. Sin embargo, se encontraron respuestas en las categorías de rara vez, a veces, frecuente y muy frecuente, lo que evidencia que la violencia física sigue siendo un fenómeno presente en la realidad analizada, aunque la mayoría de las participantes no reportó incidencias de agresión recientes, los casos registrados demuestran que existe un grupo de mujeres que enfrenta situaciones que podrían poner en riesgo su integridad física y emocional, afectando además su acceso y necesidades de atención en servicios de salud.

Pregunta 2. ¿Ha recibido insultos, humillaciones, burlas o desvalorizaciones que hayan afectado su autoestima?

Tabla 4

Agresiones Verbales

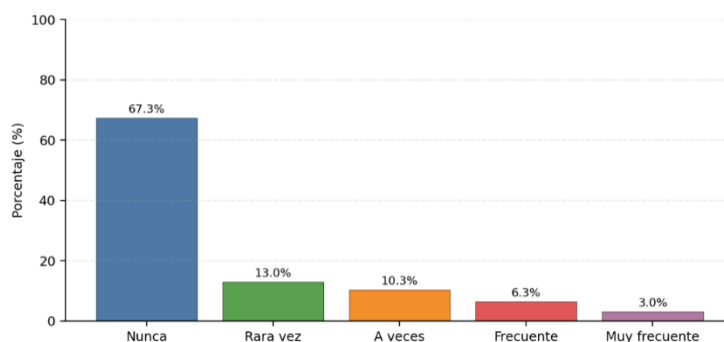
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Nunca	202	67.3%
2	Rara vez	39	13.0%
3	A veces	31	10.3%
4	Frecuente	19	6.3%
5	Muy frecuente	9	3.0%
	TOTAL	300	100%

Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta 2025-2026.

Gráfica 2

Agresiones Verbales



Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Análisis e interpretación

En esta pregunta, 202 mujeres, equivalentes al 67,3 %, respondieron nunca. Sin embargo, también aparecen respuestas en rara vez, a veces, frecuente y muy frecuente. Esto permite observar que las agresiones verbales y emocionales existen dentro de la muestra, aunque no sean la respuesta mayoritaria. Los insultos, humillaciones o burlas pueden afectar la autoestima y hacer que algunas mujeres pierdan confianza para hablar de lo que viven, pedir orientación o acudir a servicios donde puedan recibir apoyo.

Pregunta 3. ¿Ha sido amenazada o intimidada, generándole miedo, inseguridad o angustia emocional?

Tabla 5

Amenazas e Intimidación

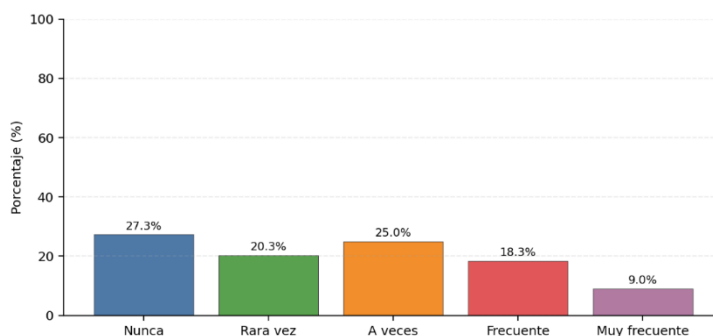
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Nunca	82	27.3%
2	Rara vez	61	20.3%
3	A veces	75	25.0%
4	Frecuente	55	18.3%
5	Muy frecuente	27	9.0%
	TOTAL	300	100%

Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Gráfica 3

Amenazas e Intimidación



Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Análisis e interpretación

Las respuestas reflejan una presencia importante de amenazas e intimidaciones. Aunque 82 mujeres señalaron nunca y 61 rara vez, también se registran 75 casos en a veces, 55 en frecuente y 27 en muy frecuente. Este resultado muestra que varias mujeres han

experimentado miedo, inseguridad o angustia emocional. Este tipo de violencia puede limitar decisiones cotidianas y dificultar que una mujer busque ayuda, especialmente si teme represalias o depende de la persona que la amenaza.

Pregunta 4. ¿Le han prohibido salir sola, visitar familiares, reunirse con amistades o tomar decisiones personales?

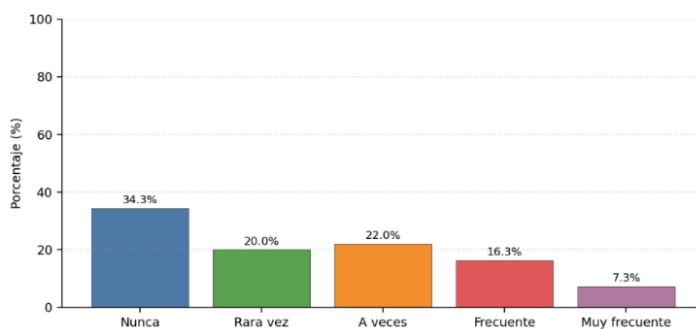


Tabla 6

Restricciones a la Libertad y Autonomía.

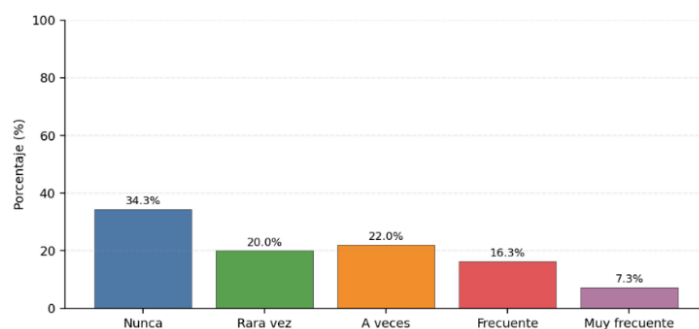
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Nunca	103	34.3%
2	Rara vez	60	20.0%
3	A veces	66	22.0%
4	Frecuente	49	16.3%
5	Muy frecuente	22	7.3%
	TOTAL	300	100%

Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Gráfica 4

Restricciones a la Libertad y Autonomía.



Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026

Gráfica 10. Restricciones a la Libertad y Autonomía.

Análisis e interpretación

En relación con las restricciones a la libertad personal, 103 mujeres respondieron nunca y 60 rara vez. No obstante, las demás respuestas muestran que algunas participantes han enfrentado control sobre sus salidas, relaciones familiares, amistades o decisiones personales. Esta situación afecta directamente la autonomía. Si una mujer no puede movilizarse con libertad, también puede tener dificultades para asistir a una consulta, acudir a un centro de salud o buscar apoyo fuera de su hogar.

Pregunta 5. ¿Le han impedido trabajar, estudiar o generar ingresos propios para depender económicamente de otra persona?

Tabla 7

Impedimentos Económicos y Laborales

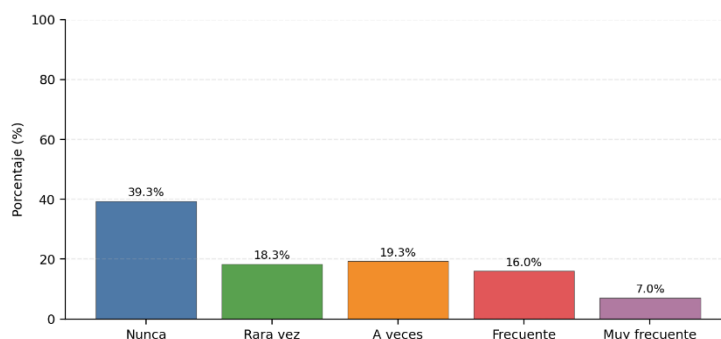
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Nunca	118	39.3%
2	Rara vez	55	18.3%
3	A veces	58	19.3%
4	Frecuente	48	16.0%
5	Muy frecuente	21	7.0%
	TOTAL	300	100%

Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Gráfica 5

Impedimentos Económicos y Laborales



Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Análisis e interpretación

Los datos muestran que 118 mujeres respondieron nunca, pero también se registran respuestas en rara vez, a veces, frecuente y muy frecuente. Esto indica que el impedimento para trabajar, estudiar o generar ingresos propios afecta a una parte de las encuestadas. Esta forma de control reduce la independencia económica y puede aumentar la dependencia hacia otra persona. En el acceso a salud, esta situación pesa mucho, porque sin recursos propios es más difícil pagar transporte, medicinas, exámenes o consultas.

Pregunta 6. ¿Le han controlado, limitado o negado dinero para cubrir gastos básicos como salud, transporte, alimentación o medicinas?

Tabla 8

Limitaciones en Gastos Básicos

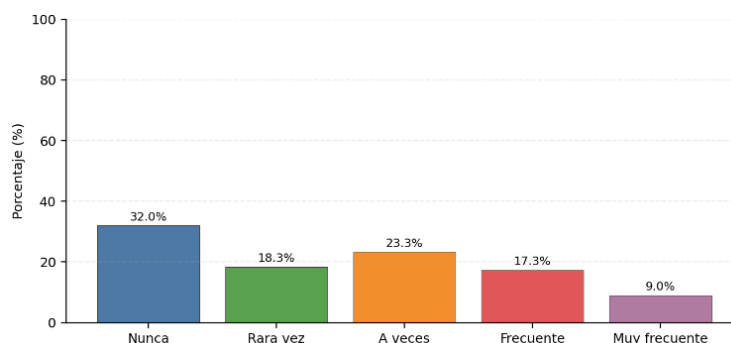
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Nunca	96	32.0%
2	Rara vez	55	18.3%
3	A veces	70	23.3%
4	Frecuente	52	17.3%
5	Muy frecuente	27	9.0%
	TOTAL	300	100%

Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Gráfica 6

Limitaciones en Gastos Básicos



Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Análisis e interpretación

El control de los recursos económicos se evidencia en diferentes grados dentro de la muestra. Si bien 96 mujeres indicaron que esta situación nunca ocurre, también se registraron 70 respuestas donde se evidencia en a veces, 52 en frecuente y 27 en muy frecuente. Todos estos resultados son significativos, porque el manejo del dinero está vinculado con las necesidades básicas entre ellas transporte salud y medicamentos. Cuando una mujer no puede disponer de dinero para estos gastos, su atención médica puede retrasarse o depender de la autorización de otra persona.

Pregunta 7. ¿Qué servicio de salud ha utilizado principalmente en los últimos 12 meses?

Tabla 9

Servicios de Salud Utilizados Frecuentemente

N.º	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Medicina general	138	46.0%
2	Ginecología	66	22.0%
3	Salud sexual y reproductiva	36	12.0%

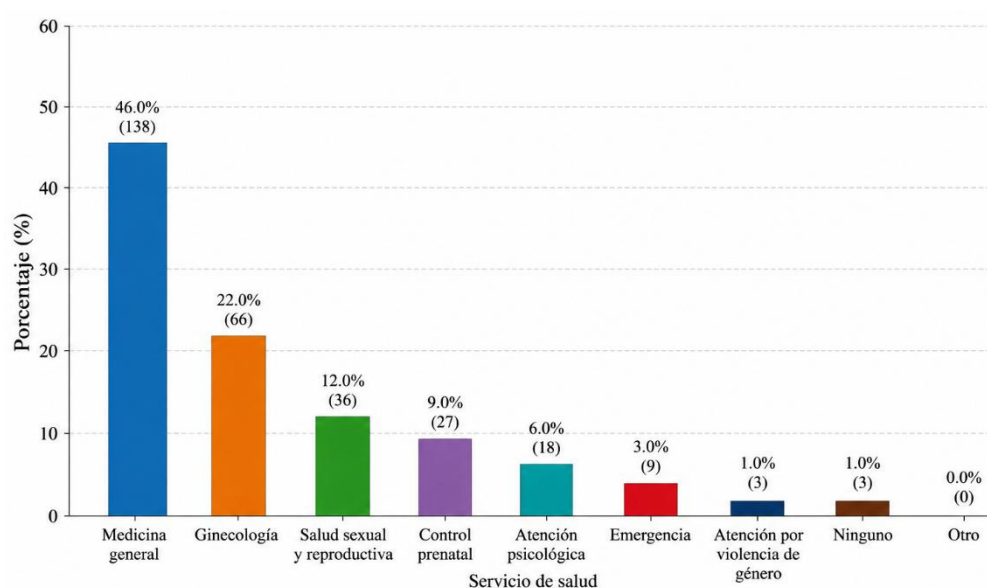
4	Control prenatal	27	9.0%
5	Atención psicológica	18	6.0%
6	Emergencia	9	3.0%
7	Atención por violencia de género	3	1.0%
8	Ninguno	3	1.0%
9	Otro	0	0.0%
Total		300	100.0%

Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Gráfica 7

Servicios de Salud Utilizados Frecuentemente



Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Análisis e interpretación

El servicio de salud con mayor utilización fue medicina general, con 138 respuestas que representan el 46,0 %. Le siguen las áreas de ginecología, salud sexual y reproductiva, control prenatal, atención psicológica, emergencia y atención relacionada con violencia de género. La predominancia de medicina general evidencia que las mujeres recurren

principalmente a servicios básicos. En cambio, la baja frecuencia en atención psicológica y atención por violencia de género refleja un acceso limitado a servicios especializados, justamente aquellos que podrían acompañar de mejor manera los efectos emocionales, físicos y sociales de la violencia.

Pregunta 8. Cuando necesita atención médica, ¿a dónde acude principalmente?

Tabla 10

Lugares de Atención Médica Primaria

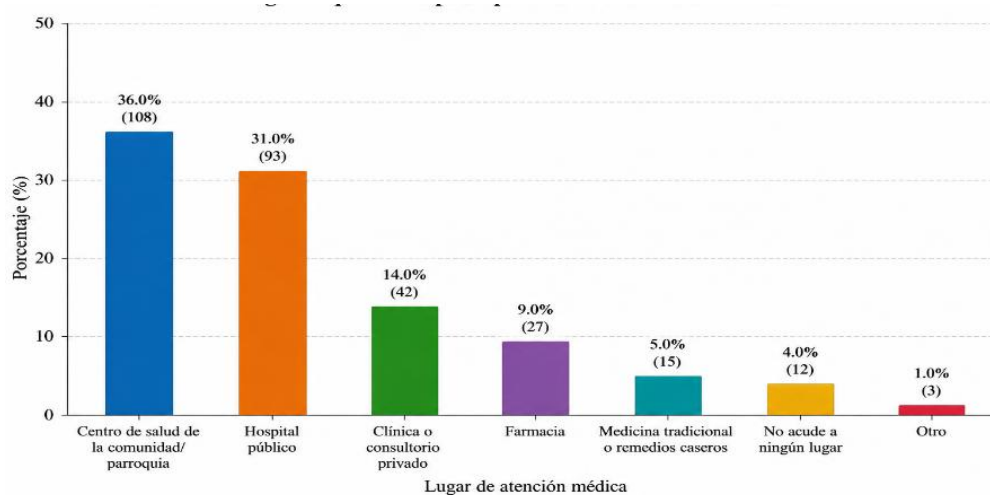
N.º	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Centro de salud de la comunidad/parroquia	108	36.0%
2	Hospital público	93	31.0%
3	Clínica o consultorio privado	42	14.0%
4	Farmacia	27	9.0%
5	Medicina tradicional o remedios caseros	15	5.0%
6	No acude a ningún lugar	12	4.0%
7	Otro	3	1.0%
TOTAL		300	100.0%

Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026

Gráfica 8

Lugares de Atención Médica Primaria



Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Análisis e interpretación

La mayoría de las mujeres acude al centro de salud de la comunidad o parroquia, con 108 respuestas, seguida del hospital público, con 93. También se registran casos en clínica privada, farmacia, medicina tradicional, ningún lugar y otro. Esto muestra que los servicios públicos son la principal opción de atención. Sin embargo, que algunas mujeres recurran a farmacias, remedios caseros o no acudan a ningún lugar deja ver que el acceso formal a salud no siempre se cumple de forma completa. Esto puede afectar más cuando se trata de violencia, salud mental, salud sexual o lesiones que necesitan atención profesional.

Pregunta 9. ¿Con qué frecuencia la falta de servicios de salud cercanos dificulta que usted reciba atención médica?

Tabla 11

Dificultad de Acceso por Falta de Servicio Cercano

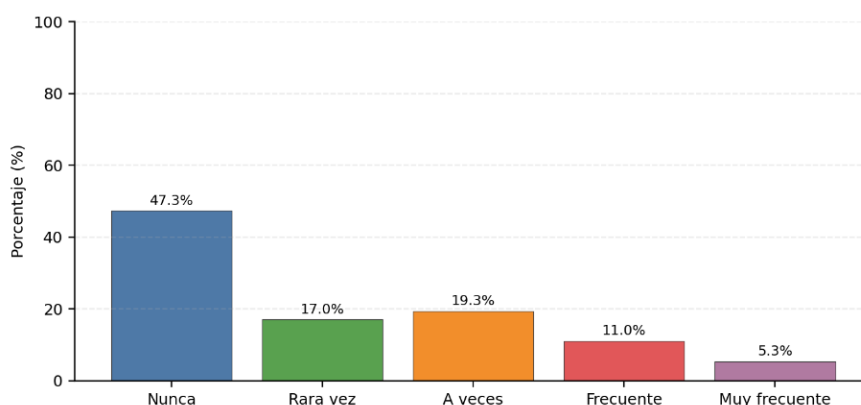
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Nunca	142	47.3%
2	Rara vez	51	17.0%
3	A veces	58	19.3%
4	Frecuente	33	11.0%
5	Muy frecuente	16	5.3%
	TOTAL	300	100%

Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Gráfica 9

Dificultad de Acceso por Falta de Servicio Cercano



Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Análisis e interpretación

Aunque 142 mujeres respondieron que nunca han tenido acceso, las otras respuestas indican que la falta de servicios cercanos si es un obstáculo para algunas de las encuestadas, en áreas rurales, La distancia es un asunto importante, asistir a una consulta puede implicar encontrar transporte, gastar dinero, pedir permiso, dejar tareas de la casa o depender de alguien más. Por esta razón, cuando no hay servicios disponibles cerca, la atención médica puede retrasarse, incluso cuando la mujer realmente necesita asistencia.

Pregunta 10. ¿Con qué frecuencia la falta de transporte le ha impedido acudir a consulta médica?

Tabla 12

Limitaciones de Transporte Para Asistencia Médica

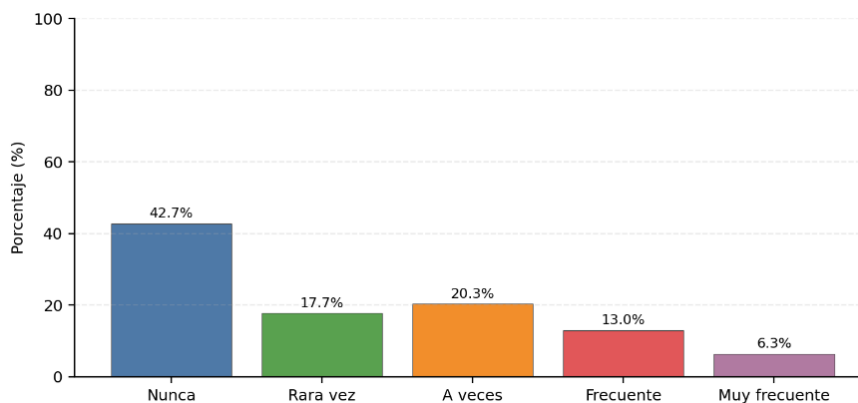
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Nunca	128	42.7%
2	Rara vez	53	17.7%
3	A veces	61	20.3%
4	Frecuente	39	13.0%
5	Muy frecuente	19	6.3%
	TOTAL	300	100%

Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Gráfica 10

Limitaciones de Transporte Para Asistencia Médica



Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Análisis e interpretación

La falta de transporte no afecta a todas las mujeres por igual, pero sí aparece como una barrera en varias respuestas. Se registran 61 casos en a veces, 39 en frecuente y 19 en muy frecuente. En comunidades rurales, el transporte condiciona el acceso real a la salud. No basta con que exista un servicio médico si la mujer no puede llegar hasta el. Esta dificultad puede ser mayor cuando necesita atención urgente, controles continuos o apoyo por una situación de violencia.

Pregunta 11. ¿Con qué frecuencia ha dejado de atenderse por no poder pagar medicinas o exámenes médicos?

Tabla 13

Limitaciones Para Recibir Atención Médica por Falta de Dinero

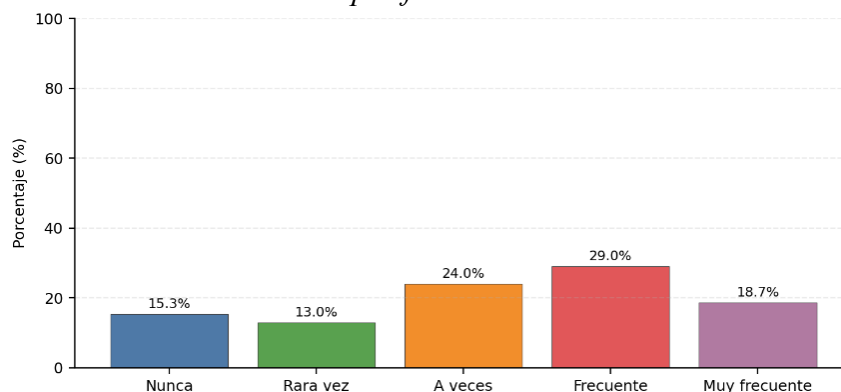
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Nunca	46	15.3%
2	Rara vez	39	13.0%
3	A veces	72	24.0%
4	Frecuente	87	29.0%
5	Muy frecuente	56	18.7%
	TOTAL	300	100%

Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Gráfica 11

Limitaciones para recibir atención médica por falta de recursos económicos.



Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Análisis e interpretación

En esta pregunta, las respuestas se concentran con mayor inclinación en frecuente, con 87 casos, y muy frecuente, con 56. Esto muestra una barrera económica clara. La atención médica no termina cuando la mujer llega a la consulta; también necesita pagar medicinas, exámenes o tratamientos. Si no cuenta con dinero suficiente, el proceso de atención queda incompleto. Esta dificultad puede agravarse cuando existe dependencia económica o control del dinero dentro del hogar.

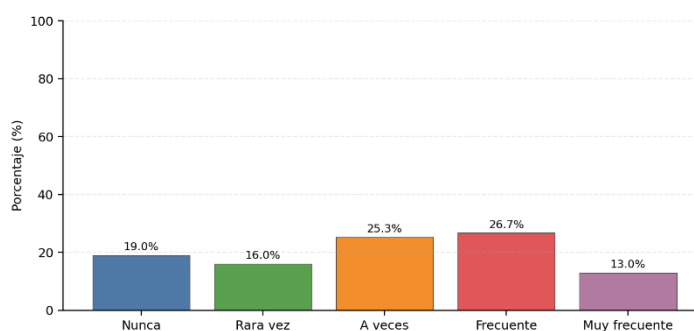
Pregunta 12. ¿Con qué frecuencia ha recibido un trato poco respetuoso o inadecuado por parte del personal de salud?

Tabla 14*Frecuencia de Trato Inadecuado*

	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Nunca	57	19.0%
2	Rara vez	48	16.0%
3	A veces	76	25.3%
4	Frecuente	80	26.7%
5	Muy frecuente	39	13.0%
	TOTAL	300	100%

Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Gráfica 12*Frecuencia de Trato Inadecuado*

Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Análisis e interpretación

El trato poco respetuoso o inadecuado aparece con mayor presencia en frecuente, con 80 respuestas, y a veces, con 76. Este resultado es alarmante, ya que la calidad de atención médica incide directamente en la permanencia de las participantes en los servicios de salud. La falta de escucha, el desinterés incluso la frialdad del mismo personal, causa que la mujer pueda callar información importante, sobre las diferentes violencias que presencian y viven desde un empujón

Pregunta 13. ¿Alguna situación de violencia le ha impedido acudir a un centro de salud cuando lo necesitaba?

Tabla 14

Situaciones de Violencia Impiden Acceder a la Salud

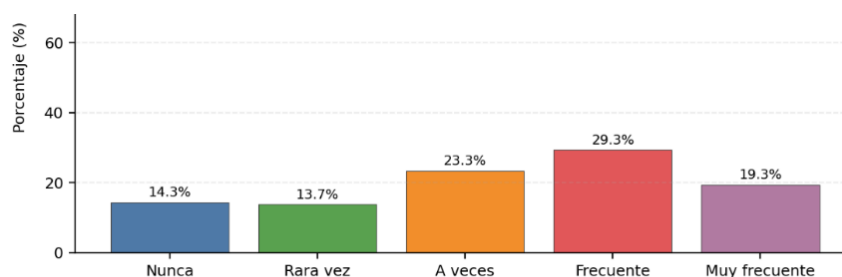
	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
1	Nunca	43	14.3%
2	Rara vez	41	13.7%
3	A veces	70	23.3%
4	Frecuente	88	29.3%
5	Muy frecuente	58	19.3%
	TOTAL	300	100%

Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Gráfica 13

Situaciones de Violencia Impiden Acceder a la Salud



Realizado por: Merly Mariel Muñoz Vélez

Fuente: Mujeres mayores de 18 años de comunidades rurales del cantón Manta, 2025-2026.

Análisis e interpretación

La pregunta evidencio una clara conexión entre la violencia de género y acceso a salud. Las respuestas se concentran en las opciones, frecuente, con 88 casos, a veces con 70 casos y muy frecuente con 58 casos. Lo que confirma que las agresiones han obstaculizado la búsqueda de atención médica. Factores como el miedo, las amenazas, la dependencia económica o la presión familiar pueden bloquear la búsqueda de atención. Por lo tanto, la

violencia no únicamente afecta la integridad física y emocional de las mujeres, sino que limita el ejercicio pleno de su derecho a acceder y recibir atención en salud

Conclusiones

Los resultados reflejan que la violencia que enfrentan las mujeres participantes no se manifiesta de una única forma, sino mediante diferentes expresiones, entre las que destacan la violencia psicológica, las restricciones a la autonomía y el control económico, con mayor presencia que las agresiones físicas o sexuales. Esto permite comprender que muchas de las afectaciones generadas por la violencia no siempre son evidentes, ya que pueden presentarse de manera progresiva afectando la confianza personal, el desarrollo individual y la posibilidad de buscar apoyo o asistencia en el momento oportuno.

Las agresiones físicas y sexuales tuvieron frecuencias menores en comparación con otras formas de violencia, pero su gravedad no puede disminuirse por ese motivo. En estos casos, el daño compromete directamente el cuerpo, la dignidad y la seguridad de las mujeres. Además, son experiencias que pueden estar atravesadas por miedo, vergüenza o dependencia, lo que dificulta que sean reconocidas o expresadas con libertad dentro de una encuesta.

El acceso a los servicios de salud se vio afectado por barreras propias de la ruralidad y de las condiciones económicas de las participantes. La posibilidad de acudir a una consulta de salud se ve condicionada por condicionantes materiales como el costo y transporte, la ubicación, la espera en la asignación de turnos y el gasto de bolsillo en medicamentos o pruebas diagnósticas. En consecuencia, la atención médica de las mujeres queda suspendida a su capacidad para sortear limitaciones financieras, de tiempo y de responsabilidades de cuidado.

La relación entre la violencia de género y el sistema de salud resulta evidente cuando el dominio económico, las restricciones de desplazamiento y la falta de confianza para hablar

situaciones de vulnerabilidad bloquean de forma directa la demanda de atención. Una mujer que no dispone de dinero, que necesita permiso para salir o que teme contar lo que vive puede tener más dificultad para acudir al centro de salud, explicar su situación y continuar un tratamiento, por ello, la violencia no solo afecta a la vida personal también puede impedir el acceso a atención médica oportuna.

La información también sugiere que el centro de salud no siempre se considera un lugar seguro para discutir temas de violencia, salud sexual, salud mental o conflictos familiares, la falta de privacidad, una atención inadecuada y la desconfianza hacia las instituciones son factores que pueden llevar a que las mujeres no hablen sobre sus situaciones vulnerables. Este hallazgo pone en relieve la relevancia del trabajo social en el ámbito público, fomentando una intervención que priorice la escucha activa, la correcta orientación y la detección temprana de posibles riesgos.

Además, la investigación muestra que las mujeres rurales en el cantón manta enfrentan múltiples barreras interrelacionadas, donde la violencia afecta su capacidad para tomar decisiones, y las dificultades en el sistema de salud limitan su acceso a atención oportuna y de calidad. Esta realidad deja una tarea clara para las instituciones: acercar los servicios a las comunidades, mejorar el trato, proteger la confidencialidad y articular respuestas entre salud, protección social y apoyo comunitario.

Recomendaciones

Capacitar al personal de salud en detección temprana y atención sin revictimización para ejecutar procesos o estrategias que reduzcan las consecuencias de este tipo de violencia.

Establecer protocolos de privacidad durante las consultas o rutas que sean ejecutadas para salvaguardar los datos de las víctimas entre las personas autorizadas bajo la Ley Orgánica De Protección De Datos Personales (LODPDDP).

Articular áreas como la salud, Trabajo Social, Junta Cantonal de Protección, Unidades Judiciales y Organizaciones Comunitarias para establecer medidas de protección, de reducción de este tipo de cultura y canales adecuados para solicitar servicios de salud eficaces.

Crear rutas de transporte/movilización para atención prioritaria aumentando la eficacia de las intervenciones y previniendo sucesos de mayores consecuencias.

Incorporar seguimiento social a mujeres que abandonan tratamientos por falta de recursos para garantizar el acceso a éstos.

Desarrollar tácticas orientadas a la independencia económica y redes de apoyo comunitario para aumentar la autonomía financiera de las víctimas.

Implementar sistemas de atención inmediata y confidencial que permitan a mujeres en situaciones de riesgo acceder a la ayuda necesaria.

Reforzar la atención en las áreas rurales mediante programas de capacitación, brigadas de salud y servicios adaptados a horarios accesibles.

Mejorar los entornos de atención en los centros de salud, asegurando espacios seguros y sin prejuicios que ofrezcan una atención digna a mujeres que enfrentan violencia.

Perfeccionar los procesos de programación de citas y referencias hacia servicios especializados, Especialmente en situaciones con indicios de violencia, problemas de salud sexual, dificultades emocionales o la necesidad de seguimiento continuo.

Impulsar iniciativas comunitarias relacionadas con los derechos de las mujeres, la autonomía económica y las rutas de atención disponibles, con el propósito de facilitar el acceso a la información sobre los servicios de apoyo y los procedimientos para solicitar ayuda.

Impulsar futuras investigaciones que permitan profundizar en la relación entre la violencia económica, las restricciones en la movilidad y las dificultades para mantener procesos de atención médica, debido a su influencia en las barreras identificadas durante el estudio.

Referencias

- Asamblea Constituyente del Ecuador. (2008). (2008). *Constitución de la República del Ecuador (Registro Oficial No. 449, 20 de octubre de 2008)*. .
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2010). *Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (Registro Oficial Suplemento No. 303, 19 de octubre de 2010)*. Obtenido de <https://www.cpccs.gob.ec/wp-content/uploads/2020/01/cootad.pdf>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2010). *Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas (Registro Oficial Suplemento No. 306, 22 de octubre de 2010)*. Obtenido de https://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2022/07/ECLEX-PRO-PUBLICO-CODIGO_ORGANICO_DE_PLANIFICACION_Y_FINANZAS_PUBLICAS_COPFP.pdf
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2018). *Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Registro Oficial Suplemento No. 175, 5 de febrero de 2018)*. Obtenido de https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2014). *Código Orgánico Integral Penal (Registro Oficial Suplemento No. 180, 10 de febrero de 2014)*. Obtenido de https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/private/asambleanacional/file_sasambleanacionalnameuid-20/codigo_organico_integral_penal-registro-oficial.pdf
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2018). *Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres*. Obtenido de https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard University Press. Obtenido de <https://www.hup.harvard.edu/books/9780674224575>
- Congreso Nacional del Ecuador. (2006). *Ley Orgánica de Salud (Registro Oficial Suplemento No. 423, 22 de diciembre de 2006)*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>
- Crenshaw, K. (1989). *Desmarginalizando la intersección de raza y sexo: una crítica feminista negra de la doctrina antidiscriminación, la teoría feminista y la política antirracista*. University of Chicago Legal Forum. Obtenido de <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8/>
- Cusihuamán, G. N., & Gamarra, M. E. (2024). Revisión sistemática de las dimensiones socioculturales de la violencia de género en sectores rurales. *INNOVANDO EN CONCEPTO DE GÉNERO*. doi:<https://doi.org/10.31637/epsir-2024-2034>
- Estrada, M. F., Cusme, J. L., & Palacios, B. A. (2025). iolencia de género en la ruralidad sur del cantón Chone: Un análisis multidisciplinario. *Revista Científica Multidisciplinaria SAPIENTIAE*, 8(16). doi:<https://doi.org/10.56124/sapientiae.v8i16.029>

- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). *Estado de la población mundial 2021: Mi cuerpo me pertenece: Reclamar el derecho a la autonomía y la autodeterminación*. Obtenido de <https://lac.unfpa.org/es/publications/estado-de-la-poblaci%C3%B3n-mundial-2021-%E2%80%9Cmi-cuerpo-me-pertenece-reclamar-el-derecho-la>
- Galtung, J. (1969). Violencia, paz e investigación para la paz. *Revista de Investigación para la Paz*, 6(3). doi:<https://doi.org/10.1177/002234336900600301>
- Guevara, G. P., Verdesoto, A. E., & Castro, N. E. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 4(3). doi:10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173
- Heise, L. (1998). Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3). doi:<https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill Education. Obtenido de https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/wp-content/uploads/2019/02/RUDICSv9n18p92_95.pdf
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill Education.
- Houghton, N., Báscolo, E., Jara, L., Cuellar, C., Coitiño, A., Riego, A. d., & Ventura, E. (2023). Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. doi:<https://doi.org/10.22033/RPSP.2022.94>
- INEC. (2023). *Instituto Nacional de Estadística y Censos*. Obtenido de Censo Ecuador 2022: Resultados: <https://www.censoecuador.gob.ec/resultados-censo/>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2019). *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU): Boletín técnico*. Quito. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_ENVIGMU.pdf
- International Federation of Social Workers. (2014). *Global definition of social work*. Obtenido de <https://www.ifsw.org/global-definition-of-social-work/>
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2000). *Foundations of Behavioral Research*. California: Harcourt College Publishers. Obtenido de <https://www.sfu.ca/~palys/Kerlinger-1973-ConstructsVariablesDefinitions.pdf>
- Maldonado, V. L., Erazo, J. C., Pozo, E. E., & Narváez, C. I. (2020). Violencia económica y patrimonial. Acceso a una vida libre de violencia a las mujeres. *IUSTITIA SOCIALIS*. Obtenido de <https://doi.org/10.35381/racji.v5i8.588>
- Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará, & ONU Mujeres. (2022). *Ciberviolencia y ciberacoso contra las mujeres y niñas en el marco de la Convención*

Belém do Pará. Organización de los Estados Americanos. Obtenido de <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/mesecvi-Ciberviolencia-ES.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). *Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)*. Obtenido de https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/manual_mais_2013.pdf

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos: Norma técnica*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/Norma-tecnica-de-VBG-y-GVDH-.pdf>

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2019). *Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos: Norma técnica*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/Norma-tecnica-de-VBG-y-GVDH-.pdf>

Morales, L., Hernández, M., & Realpe, H. (2025). BARRERAS ESTRUCTURALES EN LA PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE MUJERES INDÍGENAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ECUADOR. *Revisión Sistemática de Literatura*. Obtenido de <https://editorial.uaw.edu.ec/wp-content/uploads/2025/06/ARTICULO-09-vol-03-fin.pdf>

Moser, C. (1993). *Planificación y desarrollo de género: Teoría, práctica y formación*. Obtenido de <https://www.routledge.com/Gender-Planning-and-Development-Theory-Practice-and-Training/Moser/p/book/9780415056212>

MSP. (2019). *Atención integral a víctimas de violencia basada en género y graves violaciones a los derechos humanos*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/Norma-tecnica-de-VBG-y-GVDH-.pdf>: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/03/Norma-tecnica-de-VBG-y-GVDH-.pdf>

Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. Obtenido de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <https://sdgs.un.org/2030agenda>

Naranjo, R. A., Barrera, L., Trijullo, C., Montaluisa, R., Moncayo, P., Grijalva, D., & Torres, F. (2025). Intimate partner violence against Indigenous women and association with stunting and anemia in children: A mixed approach in Chimborazo-Ecuador. *Maternal and Child Health Journal*, 29(7). doi:<https://doi.org/10.1007/s10995-025-04117-3>

Niño, V. M. (2011). *Metodología de la investigación: diseño y ejecución*. Ediciones de la U. Obtenido de https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24802w/Nino-Rojas-Victor-Miguel_Metodologia-de-la-Investigacion_Disenio-y-ejecucion_2011.pdf

- OMS. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2024). La situación de las mujeres en los sistemas agroalimentarios. doi:<https://doi.org/10.4060/cc5343es>
- Organización de los Estados Americanos. (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer «Convención de Belém do Pará»*. Obtenido de <https://www.oas.org/en/mesecvi/convention.asp>
- Organización de los Estados Americanos. (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer «Convención de Belém do Pará»*. Obtenido de <https://www.oas.org/en/mesecvi/convention.asp>
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y eliminación de la falta de respeto y el abuso durante el parto en un centro de salud*. Obtenido de <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. Washington, D. C.: OPS. Obtenido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>
- Payne, M. (2021). *Teoría moderna del trabajo social*. Estados Unidos: Oxford University Press. Obtenido de <https://global.oup.com/ushe/product/modern-social-work-theory-9780197568088?cc=ec&lang=en&>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). El concepto de acceso: Definición y relación con la satisfacción del consumidor. *Medical Care*, 19(2). Obtenido de <https://www.ovid.com/jnls/lww-medicalcare/abstract/00005650-198102000-00001~the-concept-of-access-definition-and-relationship-to?redirectionsource=fulltextview>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2023). *Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, & Red Latinoamericana y del Caribe de Mujeres Rurales*. Las voces de las mujeres rurales de América Latina y el Caribe ante las crisis multidimensionales. Obtenido de https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-09/mujeres_rurales_final_sept.pdf
- Rivadeneira, M. F., Naranjo, M. D., Barrera, M. F., Trujillo, P., Montaluisa, M. A., Moncayo, A. L., & Grijalva, D. (2025). Violencia de pareja contra mujeres indígenas y su asociación con retraso del crecimiento y anemia en niños: un enfoque mixto en Chimborazo-Ecuador. *Revista de Salud Materna e Infantil*. doi:<https://doi.org/10.1007/s10995-025-04117-3>

- Roberto, H. S., Carlos, F. C., & María del Pilar, B. L. (2014). *Metodología de la Investigación*. Mexico.
- Rose, J., McCallum, T., Tsantefskic, M., & Rathus, Z. (2024). Respuestas de los sistemas sanitario y jurídico al control coercitivo: una representación corporal de la experiencia de una mujer. *Revista de Sociología de la Salud*. doi:<https://doi.org/10.1080/14461242.2024.2347969>
- Rudzinski, K., Hudspith, L. F., Guta, A., Comber, S., Dewar, L., Leiper, W., . . . Bungay, V. (2025). Navegando por servicios fragmentados: un análisis feminista crítico de la violencia de género (VG) sobre las experiencias de las mujeres al interactuar con servicios de salud y apoyo social en tres ciudades canadienses. *Salud Pública de BMC*, 25(1213). doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-025-21919-w>
- Salazar, C. A., Intriago, N. E., & Palacios, F. E. (2025). Violencia de género en la ruralidad sur del cantón Chone: Un análisis multidisciplinario. *Revista Científica Multidisciplinaria SAPIENTIAE*. ISSN: 2600-6030. Obtenido de <https://publicacionescd.uleam.edu.ec/index.php/sapientiae/article/view/1188>
- Stark, E. (2007). Coercive control: How men entrap women in personal life. *Oxford University Press*. Obtenido de <https://global.oup.com/academic/product/coercive-control-9780197639986?cc=ec&lang=en&>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach (HHS Publication No. SMA 14-4884)*. U.S. Department of Health and Human Services. Obtenido de https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/medicaid_health_homes/docs/samhsa_trauma_concept_paper.pdf
- Tamayo, M. (2003). *El Proceso de la Metodología Científica*. México. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/La%20investigaci%C3%B3n%20cient%C3%ADfica%20Tamayo%20y%20Tamayo.pdf
- UNFPA. (14 de Abril de 2021). *Estado de la Población Mundial 2021: "Mi cuerpo me pertenece: reclamar el derecho a la autonomía y la autodeterminación"*. Obtenido de UNFPA: <https://lac.unfpa.org/es/publications/estado-de-la-poblaci%C3%B3n-mundial-2021-%E2%80%9Cmi-cuerpo-me-pertenece-reclamar-el-derecho-la>
- UNFPA. (2021). *Estado de la Población Mundial 2021: "Mi cuerpo me pertenece: reclamar el derecho a la autonomía y la autodeterminación"*. Richard Kollodge. Obtenido de https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/reporte_esp_-_sowp2021_report_0.pdf
- Voller, E., Smith, J., Castro, M. S., Borrozo, M., Burgos, L., Maccari, V., . . . Hoffman, E. (2025). "Solo en el papel": Derechos vs. Realidad para las sobrevivientes de violencia de género en la Bolivia rural. *Health and Human Rights Jour*, 27(1). Obtenido de <https://www.hhrjournal.org/wp-content/uploads/sites/2/2025/06/voller-1.pdf>
- Walby, S. (1990). *Teorizando sobre el patriarcado*. Basil. Obtenido de <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/21680/>
- Zimmerman, M. A. (1995). Psychological empowerment: Issues and illustrations. *American Journal of Community Psychology*, 581-599. doi:<https://doi.org/10.1007/BF02506983>

Anexos

Anexo

Encuesta

Cuestionario de preguntas de la encuesta dirigida a mujeres mayores de 18 años residentes en las comunidades rurales de Santa Marianita y San Lorenzo, cantón Manta, año 2026.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad:

- ☐ 18–25 años
- ☐ 26–35 años
- ☐ 36–45 años
- ☐ 46–55 años
- ☐ 56 años o más

Estado civil:

- ☐ Soltera
- ☐ Casada
- ☐ Unión libre
- ☐ Separada / divorciada
- ☐ Viuda

Nivel de instrucción:

- ☐ Ninguno
- ☐ Primaria
- ☐ Secundaria
- ☐ Superior

Número de hijos/as:

- ☐ Ninguno
- ☐ 1–2
- ☐ 3–4
- ☐ 5 o más

Ocupación principal:

- ☐ Ama de casa
- ☐ Agricultura / pesca
- ☐ Comercio informal
- ☐ Empleo formal
- ☐ Otro: _____

Comunidad o parroquia donde reside: _____

1. ¿En los últimos 12 meses, ha sido empujada, golpeada o agredida físicamente por su pareja, expareja, familiar u otra persona?

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez

- ☐ Algunas veces
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Muy frecuentemente

2. ¿Ha recibido insultos, humillaciones, burlas o desvalorizaciones que hayan afectado su autoestima?

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Muy frecuentemente

3. ¿Ha sido amenazada o intimidada, generándole miedo, inseguridad o angustia emocional?

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Muy frecuentemente

4. ¿Le han prohibido salir sola, visitar familiares, reunirse con amistades o tomar decisiones personales?

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez

- ☐ Algunas veces
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Muy frecuentemente

5. ¿Le han impedido trabajar, estudiar o generar ingresos propios para depender económicamente de otra persona?

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Muy frecuentemente

6. ¿Le han controlado, limitado o negado dinero para cubrir gastos básicos como salud, transporte, alimentación o medicinas?

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces
- ☐ Frecuentemente
- ☐ Muy frecuentemente

7. ¿Qué servicio de salud ha utilizado principalmente en los últimos 12 meses?
Seleccione 1 0 más opciones de respuesta.

- ☐ Medicina general
- ☐ Ginecología

- ☐ Salud sexual y reproductiva
- ☐ Control prenatal
- ☐ Atención psicológica
- ☐ Emergencia
- ☐ Atención por violencia de género
- ☐ Ninguno
- ☐ Otro: _____

8. Cuando necesita atención médica, ¿a dónde acude principalmente? Seleccione 1 0 más opciones de respuesta.

- ☐ Centro de salud de la comunidad/parroquia
- ☐ Hospital público
- ☐ Clínica o consultorio privado
- ☐ Farmacia
- ☐ Medicina tradicional o remedios caseros
- ☐ No acude a ningún lugar
- ☐ Otro: _____

9. ¿Con qué frecuencia la falta de servicios de salud cercanos dificulta que usted reciba atención médica?

- ☐ Nunca
- ☐ Rara vez
- ☐ Algunas veces

☐ Frecuentemente

☐ Muy frecuentemente

10. ¿Con qué frecuencia la falta de transporte le ha impedido acudir a consulta médica?

☐ Nunca

☐ Rara vez

☐ Algunas veces

☐ Frecuentemente

☐ Muy frecuentemente

11. ¿Con qué frecuencia ha dejado de atenderse por no poder pagar medicinas o exámenes médicos?

☐ Nunca

☐ Rara vez

☐ Algunas veces

☐ Frecuentemente

☐ Muy frecuentemente

12. ¿Con qué frecuencia ha recibido un trato poco respetuoso o inadecuado por parte del personal de salud?

☐ Nunca

☐ Rara vez

☐ Algunas veces

☐ Frecuentemente

☐ Muy frecuentemente

13. ¿Alguna situación de violencia le ha impedido acudir a un centro de salud cuando lo necesitaba?

☐ Nunca

☐ Rara vez

☐ Algunas veces

☐ Frecuentemente

☐ Muy frecuentemente