

La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas



La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas

La realización de esta publicación ha sido posible gracias al apoyo técnico y financiero de los proyectos de la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Ecuador, y gracias al respaldo institucional del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Consejo Nacional de la Salud (CONASA).

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas, denominaciones empleadas y datos presentados en esta publicación son responsabilidad de los autores, y no reflejan necesariamente los criterios o las políticas de la OPS/OMS o sus Estados miembro, ni del MSP y el CONASA.

Comité editorial:

Plutarco Naranjo
Margarita Velasco Abad
Miguel Machuca
Edmundo Granda
Fernando Sacoto
Elizabeth Montes

Compilación:

Margarita Velasco Abad

Edición y corrección de estilo:

Álvaro Campuzano Arteta

Diseño gráfico:

Lápiz y Papel

Diseño de portada:

Liliana Gutiérrez, Lápiz y Papel

Diagramación e impresión:

Imprenta Noción

ISBN 978-9942-01-095-7

Forma de citar:

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (Quito: OPS/MSP/CONASA).



Índice

 Presentación	I
<i>Caroline Chang</i> Ministra de Salud Pública	
 Prólogo	III
<i>Jorge Luis Prosperi</i> Representante de OPS/OMS sede Ecuador	
 Introducción	IV
<i>Consejo editorial</i>	

PARTE I

NEOLIBERALISMO Y GLOBALIZACIÓN: LOS ASEDIOS A LA SALUD PÚBLICA

 Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de bienestar	3
<i>Fernando Bustamante</i>	
 La salud pública en América Latina	13
<i>Margarita Velasco</i>	

PARTE II

CONDICIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA SALUD EN ECUADOR

SOCIEDAD, POLÍTICA Y SALUD

 Tendencias sociopolíticas del Ecuador contemporáneo	31
<i>Santiago Ortiz</i>	
 Cambios en las condiciones de vida de la población ecuatoriana	41
<i>Margarita Velasco</i>	

CAUSAS PRINCIPALES DE ENFERMEDAD Y MUERTE

 Mortalidad materna 57 <i>César Hermida</i>
 Situación alimentaria y nutricional 61 <i>Plutarco Naranjo</i>
 Obesidad 74 <i>Rodrigo Yépez</i>
 VIH / SIDA 87 <i>Alberto Narváez Olalla y Eulalia Narváez Grijalva</i>
 Tuberculosis 97 <i>Miriam Benavides</i>
 Malaria 104 <i>Marcelo Aguilar</i>
 Dengue 111 <i>Lenin Vélez</i>
 Cáncer 122 <i>José Yépez Maldonado</i>
 Violencia social 134 <i>Dimitri Barreto Vaquero</i>

EL ENTORNO EN QUE VIVE LA GENTE

 Los riesgos naturales <i>Marcelo Aguilar, Xavier Coello, Othón Cevallos y Patricia Coral</i> 145
 La salud ambiental 158 <i>Ana Quan</i>
 Los plaguicidas 166 <i>Guido Terán Mogro</i>

 El ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores 177 <i>Óscar Betancourt y Bolívar Vera</i>

CAMBIOS EN LA VIDA DE GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS

 La salud de las niñas, niños y adolescentes 195 <i>Juan Vásconez</i>

 La salud y los derechos sexuales y reproductivos 203 <i>Lily Rodríguez</i>

PARTE III

LA RESPUESTA DEL ESTADO

 Las políticas de salud y el sueño de la reforma 213 <i>Ramiro Echeverría</i>

 Los recursos humanos en salud 222 <i>Cristina Merino</i>

 Las acciones y políticas nutricionales 238 <i>Marcelo Moreano Barragán</i>

 La política de medicamentos 249 <i>Luis Sarrazin Dávila</i>
--

 El Programa Ampliado de Inmunizaciones 256 <i>Nancy Vásconez, Guadalupe Pozo e Irene Leal</i>
--

 La gestión del conocimiento y la tecnología en el campo de la Salud 271 <i>Mario Paredes Suárez, Ramiro López Pulles y Guillermo Fuenmayor Flor</i>
--

 El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud 284 <i>César Hermida Bustos</i>

 La promoción de la salud en el Ecuador 294 <i>Carmen Laspina</i>	294
 Aseguramiento universal en salud: instrumento de la reforma sectorial 301 <i>Nilhda Villacrés</i> <i>Marco Guerrero</i>	301

PARTE IV

LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

 Los modelos de atención de la salud en Ecuador 317 <i>Fernando Sacoto. Fundación Ecuatoriana para la Salud y del Desarrollo (FESALUD)</i>	317
 La seguridad social y la reforma de salud 368 <i>Edison Aguilar Santacruz</i>	368
 El seguro social campesino 378 <i>Pedro Isaac Barreiro</i>	378
 Los servicios de salud de la Policía Nacional del Ecuador 386 <i>Fernando Salazar</i>	386

PARTE V

NUEVOS PLANTEAMIENTOS SOBRE SALUD PÚBLICA

 Salud y globalización 393 <i>Edmundo Granda</i>	393
 Apuntes sobre bioética en América Latina 407 <i>Fernando Lolas Stepke</i>	407
 Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo 414 <i>Fernando Ortega Pérez</i>	414

 Interculturalidad y salud: la experiencia de Cotacachi 424 <i>Luz Marina Vega</i>	424
 Las tecnologías de la información y la gestión del conocimiento en salud 428 <i>Arturo Carpio y Patricio Yépez</i>	428

PARTE VI

BALANCE Y DESAFÍOS

 Las desigualdades en Ecuador y sus efectos en la salud 441 <i>David Acurio</i>	441
 Objetivos de Desarrollo del Milenio en Ecuador 448 <i>Pablo Salazar</i>	448

LISTA DE RECUADROS

 Los micronutrientes y el combate de la desnutrición 70 <i>Rodrigo Fierro Benitez</i>	70
 La Corporación KIMIRINA y sus aliados, las poblaciones clave, en la prevención del VIH/SIDA 96 <i>Amyra Herdoiza</i>	96
 La reforma desde la perspectiva del ministro de Salud (1998 – 2000) 277 <i>Edgar Rodas Andrade</i>	277
 El CONASA 290 <i>Entrevistas a Jorge Albán y Marco Guerrero</i>	290
 Los organismos internacionales y su apoyo a la reforma de salud 299 <i>Diego Victoria</i>	299

 Municipio saludable 350 <i>Paco Moncayo Gallegos</i>	350
 La provincia saludable: un nuevo desafío 352 <i>Ramiro González</i>	352
 Cotacachi, una experiencia de descentralización en salud 353 <i>Auki Tituaña</i>	353
 Control comunitario de tuberculosis en la Amazonía ecuatoriana 363 <i>Fernando Sacoto</i>	363
 Nanegalito: una experiencia de atención primaria 365 <i>Entrevista a Jorge Cueva</i>	365
 El Hospital de Machachi: ¿cómo cambiar lo público? 366 <i>Entrevista a Carlos Velasco</i>	366
 ¿Cómo lograr un país equitativo? 446 <i>León Roldós Aguilera</i>	446
 ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES 453	453

La salud y los derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador

Lily Rodríguez*

El análisis sobre los cambios ocurridos en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos en el Ecuador desde finales de los setenta hasta la actualidad, puede ser abordado a partir de tres ejes analíticos. El contexto del debate internacional; las políticas nacionales; y la acción de la sociedad civil, particularmente, de los movimientos de mujeres. A continuación ofrezco una revisión de cada uno de estos aspectos.

El debate internacional

Una revisión rápida de la evolución del debate sobre los temas de población y derechos de las mujeres, ofrece un marco internacional para analizar su influencia en las políticas y programas nacionales. En lo que sigue señalo los momentos clave en la evolución de la legislación internacional en la materia.

La preocupación por los aspectos de población y la situación de las mujeres se inició en Naciones Unidas en 1946, cuando el Consejo Económico y Social estableció la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Con este antecedente, en 1968 se realizó en Teherán, Irán, la Conferencia Internacional de Derechos Humanos. Allí se proclamó, por primera vez desde un instrumento internacional, que “los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libre y responsablemente el número de sus hijos y los intervalos entre nacimientos”. A continuación, durante toda la década de 1970, la conceptualización de los derechos sexuales

y reproductivos siguió avanzando. El Plan de Acción Mundial sobre Población, aprobado en 1974 por la Conferencia Mundial de Población celebrada en Bucarest, amplió el concepto ya establecido en 1968 en los siguientes términos: “todas las parejas y todos los individuos tienen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de tener la información y los medios de hacerlo”. En 1975, se realizó en México la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, en cuya declaración se reconoció el derecho de la mujer a la integridad física y a decidir sobre su propio cuerpo. En 1979, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Esta convención insta a los Estados a adoptar medidas orientadas a eliminar la discriminación contra la mujer en los servicios de atención a la salud, para así garantizar el acceso en igualdad de condiciones de la mujer a tales servicios, incluyendo los de planificación familiar. Finalmente, en 1978 se realizó la Conferencia de Alma Ata, cuya declaración sobre atención primaria reconoce las ventajas de un enfoque integral al abordar los temas de salud reproductiva.

Entrando ya en la década de los ochenta, la Conferencia Mundial sobre Población celebrada en 1984 marcó importantes avances en la superación, tanto del debate ideológico internacional iniciado en los años sesenta (en el que se señalaba al crecimiento poblacional como causa de la pobreza), como de las estrategias de

* Experta nacional en salud reproductiva, Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) sede Ecuador

control demográfico para enfrentar los problemas poblacionales. La Conferencia de México en 1984 identificó temas importantes más allá de las metas demográficas, incluyendo una meta cuantitativa para reducir la mortalidad materna, y temas como la distribución espacial de la población, la migración nacional e internacional, el medio ambiente y el desarrollo.

En la década de los noventa, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrado en El Cairo en 1994 y adoptado por 180 países, marco un hito en el tratamiento de los temas de población. A partir de esta conferencia, los temas referidos a la población se vinculan con el desarrollo, enfatizando que los seres humanos son el centro del desarrollo. De acuerdo a los criterios desarrollados en este marco, las políticas de población no deben perseguir metas demográficas. En lugar de ello, deben garantizar a las parejas e individuos el ejercicio de su derecho a decidir de manera libre e informada los asuntos relativos a su sexualidad y reproducción. Los ejes que cruzan este programa son: los derechos humanos, la equidad social y de género, y la sostenibilidad ambiental.

Con todos estos antecedentes, se puede establecer que la salud sexual y reproductiva no se refiere a una mera ausencia de enfermedades o dolencias. Lejos de ello, la salud sexual y reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y se relaciona con todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Esta dimensión de la salud entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y en cuanto a la procreación, defiende la libertad para decidir procrear o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer de obtener la información y de acceder a los servicios de planificación de la familia que sean de su elección, así como el derecho a acceder a

métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables para regular la fecundidad.

La CIPD no reconoce nuevos derechos, lo que consigue es ubicar a la salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos. Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas. La IV Conferencia Internacional de la Mujer celebrada en Beijing en 1995, reafirmó que la salud de la mujer está expuesta a riesgos particulares relacionados con la falta de servicios para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva, y reconoció que en muchas partes del mundo en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se cuentan entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de las mujeres en edad reproductiva. En efecto, 529.000 mujeres mueren cada año durante el parto y el embarazo, la mayoría de ellas en los países en desarrollo; “mientras que las mujeres en países industrializados tienen 1 probabilidad entre 2.800 de morir en el embarazo o el parto, en las regiones en desarrollo este riesgo es de 1 entre 61” (Bernstein, 2006: 3).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) enfatizan la necesidad de reducir la pobreza, mejorar la educación y la salud de las mujeres, asegurar la equidad de género, reducir la propagación del VIH/sida, y garantizar la sostenibilidad ambiental. El establecimiento de objetivos y metas de salud contribuye a generar un consenso internacional en torno a problemas como la mortalidad materna, el VIH/sida, la mortalidad infantil, y hace posible analizar sus interrelaciones con la reducción de la pobreza.

Como lo ha expresado Kofi Annan, secretario general de las Naciones Unidas: “No pueden alcanzarse los Objetivos de Desarrollo del

Milenio, particularmente la erradicación de la pobreza extrema y el hambre, a menos que se aborden decididamente las cuestiones de población y salud reproductiva; y para esto es preciso intensificar los esfuerzos por promover los derechos de la mujer y aumentar las inversiones en educación y salud, inclusive salud reproductiva y planificación de la familia”.

Las políticas nacionales de salud

En el Ecuador y América Latina, durante la década de los ochenta arrancó la implementación de reformas estructurales encaminadas a liberalizar la economía. Para paliar los efectos de estas políticas, se adoptaron programas de estabilización social, dirigidas especialmente a las poblaciones pobres. De manera general, la orientación de estos programas fue de tipo asistencial.

En el campo de la salud, en el Ecuador se dio inicio a un proceso de reforma integral y a un proceso de modernización institucional del MSP. Estos cambios se basaron tanto en las transformaciones operadas en el escenario internacional (donde entran los problemas de la reforma del Estado y la descentralización), como en la necesidad de superar enfoques tradicionales centrados en la provisión de servicios que no respondían a las necesidades de una población diversa, favoreciendo una perspectiva integral de promoción de la salud.

Las Conferencias de Población influyeron en la definición del marco político general y del marco de los programas relacionados con la planificación familiar en el país. Años antes, la atención a la salud de las mujeres estaba centrada en programas de planificación familiar con énfasis en información y provisión de métodos anticonceptivos. En efecto, durante las décadas de 1960 y 1970, se crearon dos organizaciones pioneras en el país: la Asociación Pro Bienestar de la Familia Ecuatoriana (APROFE) en 1965, y el

Centro Médico de Orientación y Planificación Familiar (CEMOPLAF) en 1974. En 1982, el MSP, aprobó las normas clínicas para el fomento y protección de la salud materno-infantil en servicios ambulatorios. La salud materno-infantil centrada en la atención del binomio madre-hijo se instauró entonces como parte de las políticas oficiales para atención a la salud de las mujeres. Sin embargo, el enfoque centrado en las mujeres en tanto madres ha sido criticado porque conduce a un desconocimiento de las necesidades de salud de las mujeres a lo largo del ciclo vital, y no sólo en la edad reproductiva (15-49 años). Además este enfoque se ha centrado exclusivamente en las mujeres, dejando fuera la responsabilidad de los hombres.

En 1998, el MSP expidió las normas y procedimientos de atención de salud reproductiva. Esta normativa, a su vez, se basó en las normas constitucionales e incluyó capítulos como planificación familiar, atención materno-perinatal, adolescencia, enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, bioseguridad, climaterio e infertilidad, violencia doméstica, cáncer ginecológico, y anticoncepción de emergencia. Las normas han sido difundidas por el MSP y se aplican en muchos establecimientos de salud. Sin embargo, todavía falta una mayor capacitación del personal de salud para aplicar dichas normas. Pero a pesar de este limitante, el nuevo marco normativo nacional representa un avance en la conceptualización de la salud reproductiva, pues supera el limitado enfoque previo de salud materno-infantil.

La salud concebida como un derecho

Los derechos humanos se asientan en la universalidad: todas las personas, sin distinción de ningún tipo, gozan de los mismos derechos. Los derechos también son indivisibles: cuando se viola un derecho humano se violan otros derechos, porque la dignidad de la persona humana es indivisible. Finalmente, y en relación

a este punto, los derechos son interdependientes: el ejercicio de un derecho depende del ejercicio de otros derechos.

La salud como un derecho ha empezado a ser discutida por los organismos del Estado y por la sociedad civil. El MSP y el Consejo Nacional de las Mujeres (CONAMU) en alianza con organizaciones de la sociedad civil y gobiernos locales, están impulsando la adopción del enfoque de derechos en salud. El marco legal que ampara este nuevo enfoque cuenta ya con varios avances. El sistema de salud del país y su política, el Código de la Salud, el Código de la Niñez y Adolescencia, la Ley 103 contra la violencia a la mujer y la familia, la ley del VIH/sida, así como la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor, garantizan en su conjunto los derechos sexuales y reproductivos de mujeres, niños, niñas y adolescentes. En cuanto a los derechos de las mujeres específicamente, la Ley de Maternidad Gratuita de 1998 cuenta con recursos presupuestarios y se ejecuta mediante comités de gestión local y comités de usuarias en todas las regiones del país. Esta ley garantiza el derecho a atención de salud gratuita durante embarazo, parto y posparto, así como el acceso a programas de salud reproductiva. A su vez, este instrumento legal garantiza el financiamiento de las prestaciones antes indicadas apoyándose en el Sistema Nacional de Salud y en la complementariedad entre el gobierno central, los municipios y la sociedad civil. En cuanto al papel de la sociedad civil contemplado en esta ley, los comités de usuarias son mecanismos de vigilancia del cumplimiento de derechos.

Salud y derechos sexuales y reproductivos

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos a nivel constitucional en 1998, marca un avance en la conceptualización de los derechos individuales y sociales. El derecho a la salud sexual y reproductiva incluye cuatro ámbitos:

A) El ámbito de los derechos. Todas las personas tienen derecho a acceder a servicios de salud de calidad, a información amplia y oportuna sobre una gama completa de servicios (incluyéndose, entre otros, la planificación familiar y la decisión libre sobre la procreación, sin coacción de ningún tipo). En este sentido, los derechos sexuales y reproductivos, no son sólo derechos individuales, sino que su ejercicio requiere del reconocimiento de derechos sociales.

B) El ámbito de las políticas públicas. La articulación entre los derechos individuales y las condiciones sociales que permiten el ejercicio de esos derechos, sitúa el debate de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito del desarrollo y en la construcción de políticas públicas que garanticen a todos los ciudadanos el ejercicio de esos derechos.

C) El ámbito de la ciudadanía y el empoderamiento. La posibilidad de decidir sobre el cuerpo y la sexualidad, implica para las mujeres, especialmente, el desarrollo de su autonomía física, de su ciudadanía social, de su capacidad de tomar decisiones y de asumir el poder para responsabilizarse de su propia vida. Este proceso se conoce como empoderamiento. El término se refiere a la adquisición de poder para cambiar la propia vida y para influir en el mundo que nos rodea. Las demandas por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se inscribe entonces en las demandas de construcción de la ciudadanía; entendiéndose a ciudadanía como una práctica conflictiva vinculada al poder, que refleja las luchas acerca de quiénes podrán decir qué en el proceso de definir cuáles son los problemas comunes, y cómo serán abordados (Gunsteren, 1978, citado por Jelin 1996:116). Y es aquí donde las diferencias de género son cruciales, pues *las mujeres no siempre han podido decir qué necesitan, cuáles son sus problemas y cómo quieren resolverlos*. En definitiva, las mujeres no han podido tomar decisiones sobre sí mismas, ejercer su poderío y su ciudadanía. Para las mujeres, ejercer su derecho a decidir, particularmente

en los aspectos relativos a su sexualidad y reproducción, es ejercer ciudadanía.

El proceso deliberativo en el marco de las reformas constitucionales de 1998, constituyó un paso trascendente en el fortalecimiento de la democracia ecuatoriana. La Asamblea Nacional Constituyente instaurada en ese entonces, se convirtió en un espacio de discusión, de formulación de propuestas, y de presión de diversos sectores de la sociedad civil (particularmente de las mujeres y de organizaciones indígenas) para incluir reformas en el marco jurídico nacional.

El movimiento de mujeres, trabajando de manera articulada y estratégica, sensibilizando y apoyando la acción de la Asamblea, logró avanzar los derechos de las mujeres, sobre la base de cuatro principios (Rosero, 2000). Primero, el reconocimiento de la igualdad de hombres y mujeres frente a la ley. Segundo, la universalización de los derechos con el reconocimiento de las particularidades de las mujeres. Tercero, la prohibición de la discriminación por sexo. Y cuarto, el fomento de la equidad de género.

Dos ámbitos que captaron especialmente la atención del movimiento de mujeres en las discusiones sobre las reformas constitucionales fueron los derechos sexuales y reproductivos, y la eliminación de la violencia contra la mujer. En consonancia con estas preocupaciones, en cuanto a los derechos sexuales y reproductivos, las reformas señalan que el Estado reconocerá y garantizará a las personas los siguientes derechos:

Salud: “El Estado promoverá la cultura por la salud y la vida, con énfasis en la educación alimentaria y nutricional de madres y niños, y en la salud sexual y reproductiva, mediante la participación de la sociedad y la colaboración de los medios de comunicación social”. (Art. 43).

Integridad personal: “El Estado adoptará

medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar en especial, la violencia contra los niños, adolescentes, las mujeres y personas de la tercera edad”. (Art. 23).

Derecho a tomar decisiones libres y responsables sobre la vida sexual: “Se propugnarán la maternidad y paternidad responsables. El Estado garantizará el derecho de las personas a decidir el número de hijos que puedan procrear, adoptar, mantener y educar. Será obligación del Estado informar, educar y proveer los medios que coadyuven al ejercicio de este derecho”. (Art.39).

En cuanto a avances posteriores, en marzo de 1998, el Congreso Nacional aprobó la Ley sobre la Educación de la Sexualidad y el Amor, y en 1999 se formuló el Plan Nacional de Educación de la Sexualidad y el Amor (PLANESA). Los derechos sexuales y reproductivos están siendo asumidos por el Estado ecuatoriano en cumplimiento del mandato constitucional. Su difusión, conocimiento y aplicación por la institucionalidad pública y privada son prioritarios para garantizar la vigencia de estos derechos, especialmente entre los grupos sociales más vulnerables. En esta línea, el Programa nacional de prevención y control del VIH/sida-ITS, y el Consejo Nacional de Prevención, Control y Atención del VIH/sida, son iniciativas del Estado ecuatoriano para prevenir y atender este problema. Por otro lado, el plan nacional para la prevención, erradicación y sanción del acoso, abuso y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes, está en marcha y busca establecer mecanismos institucionales para diseñar, formular e implementar políticas públicas de protección especial, para prevenir y erradicar la explotación sexual.

El Código de la Salud del 2003 incluye un capítulo de salud sexual y reproductiva. Allí se señala que la autoridad sanitaria nacional, establecerá la obligación de dar atención de calidad a las emergencias obstétricas, incluyendo las relacionadas con el aborto en curso y las

producidas posteriormente a la interrupción de embarazo, salvaguardando la vida de las mujeres. La atención de planificación familiar para fertilización y anticoncepción, incluyendo la anticoncepción de emergencia, es un derecho de hombres y mujeres para decidir de manera libre, autónoma, voluntaria y responsable, sobre el número de hijos y el intervalo para su procreación.

La política de salud sexual y reproductiva, adoptada en abril del 2005 por el gobierno nacional en consenso con el Congreso Nacional, ONG, y sectores académicos, enfatiza en la reforma del sector de la salud. Esta reforma se orienta a garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, y a humanizar los servicios de salud, con un enfoque intersectorial, de equidad de género y de participación social.

La distancia entre los derechos formalmente reconocidos y la práctica todavía es muy grande. Al parecer, la apropiación de los derechos individuales es todavía un proceso incompleto: la gente no demanda sus derechos, no se “apropia” de ellos. Las tareas pendientes, por tanto, son enormes. Sin duda el reto estriba en que los derechos sexuales y reproductivos, que son parte esencial de los derechos humanos, se constituyan en ejes de construcción de ciudadanía.

Violencia contra la mujer como problema de salud pública

La violencia como problema social empieza a ser visible en los años noventa, cuando se crean las Comisarías de la Mujer y la Familia en todas las provincias del país y se promulga la Ley Contra la Violencia Intrafamiliar en 1995. Las reformas al Código Penal de 1998, tipificaron el acoso sexual y la pornografía, y modificaron los delitos sexuales. Las reformas constitucionales del mismo año, reafirmaron la posición del Estado ecuatoriano con respecto a garantizar a las mujeres una vida libre de violencia. A partir

de entonces, el Estado ha adoptado medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar la violencia, en especial contra los niños, los adolescentes, las mujeres y las personas de la tercera edad.

En 1998, el MSP expidió un acuerdo ministerial que declara a la violencia como problema de salud pública. Mediante este acuerdo, el Ministerio se compromete a trabajar el problema en sus políticas, programas y servicios. Las comisarías de la mujer que funcionan en todo el país son un efecto de este giro institucional.

La salud de las poblaciones indígenas

El Estado ecuatoriano reconoce en su Constitución el derecho de los pueblos indígenas. Entre estos derechos, se consagra el respeto a sus “sistemas de conocimientos y prácticas de medicina tradicional incluido el derecho a la protección de los lugares naturales sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés”. La creación del Consejo de Desarrollo y Planificación para los Pueblos Indígenas del Ecuador (CODENPE), institución adjunta a la Presidencia de la República, constituye un avance para volver operativo el reconocimiento de derechos. Otro avance en el mismo sentido es la constitución de la Dirección de Salud Indígena.

La acción y cambios en las vidas de las mujeres

Podemos decir que los cambios ocurridos en el Ecuador durante la década de 1980, en los campos económico, social, político y cultural, tuvieron dos sentidos: las mujeres no sólo fueron afectadas por los cambios, sino que ellas mismas influyeron en dichos cambios. La participación de las mujeres en Ecuador, como en otros países de América Latina, cobró un protagonismo inédito hasta entonces. Definitivamente, su participación

en la fuerza de trabajo, en la educación y en la vida política cambiaron el escenario nacional y regional. Dichos cambios modificaron también las relaciones entre hombres y mujeres, es decir afectaron los comportamientos culturales. Para el caso de Ecuador, se puede reconocer que la llamada “década perdida”, fue para las mujeres una década de aprendizaje y de ganancias en términos organizativos, y de éxito en colocar en la agenda pública temas hasta entonces delimitados al mundo privado. Es a partir de los ochenta que se empieza a denunciar de manera pública la violencia contra las mujeres, y es desde entonces que se empieza a discutir abiertamente sobre la sexualidad y la reproducción.

Durante la década de los noventa, la acción de diversas organizaciones de mujeres tomó impulso. Varias de ellas fueron alentadas por los Programas de Acción de las Conferencias de Naciones Unidas; particularmente, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena 1993), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo 1994), y la IV Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing 1995).

Durante esta década, la acción de las organizaciones y centros de mujeres alcanzó tres logros significativos: la promulgación de la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia en 1995; la inclusión de los derechos de las mujeres en las reformas constitucionales de 1998; y la Ley de Elecciones con la obligatoriedad de inclusión del 30% de mujeres en las listas electorales en el año 2000.

Los cambios ocurridos en el marco jurídico del país con las reformas de 1998, marcaron un avance significativo para las mujeres. Sin embargo, los cambios no fueron solamente de carácter jurídico. Junto a esta dimensión, también se produjeron cambios en la dinámica social o en los comportamientos de hombres y mujeres. La posibilidad de denunciar la violencia doméstica, va más allá del ámbito

legal, guardando relación con la posibilidad de cuestionar las relaciones de poder entre hombres y mujeres, los comportamientos autoritarios de los padres sobre los hijos y de los maestros sobre sus alumnos. La violencia empieza a cuestionarse en todos los niveles. El maltrato ya no es una acción aceptada socialmente. Un reflejo de ello es que los medios de comunicación denuncian el maltrato.

La sexualidad y la reproducción no son problemas individuales. El derecho a decidir cambió la perspectiva de los programas de planificación familiar y de salud materno-infantil. Ahora las mujeres exigen tomar decisiones sobre su cuerpo y cuestionan el poder médico. Un fenómeno ligado a este cambio es que se ha incrementado el uso de métodos anticonceptivos (aunque su uso sigue siendo una responsabilidad casi exclusiva de las mujeres). Hoy en día se habla abiertamente de embarazos no deseados, tanto entre las mujeres adultas como entre adolescentes. La anticoncepción de emergencia es un recurso reconocido por las Normas de Salud Reproductiva, pese a la polémica desatada a partir de la prohibición de la venta de este tipo de anticonceptivos en las farmacias del país.

Aún cuando Ecuador sigue siendo un país estratificado social, cultural y económicamente, y a pesar de que las brechas urbano-rural, y entre los mestizos, indígenas y afrodescendientes subsisten (mostrando enormes disparidades en desmedro de las población rural e indígena y afro), se puede afirmar que en Ecuador se están produciendo cambios culturales, que incluyen cambios en las concepciones y comportamientos sobre la sexualidad y la reproducción.

El cambio más importante en este sentido se puede evidenciar en el empoderamiento, en la capacidad de organización, participación e incidencia pública de las mujeres. Es posible, sin embargo, que ese empoderamiento todavía no se exprese de manera formal. El reto para avanzar el proceso de institucionalización de

políticas públicas para la equidad de género es enorme. Se requiere combinar esfuerzos de los organismos del gobierno central, las ONG, los gobiernos locales y las universidades.

A la hora de asumir este desafío, los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen un reto y una oportunidad. Estos objetivos no serán alcanzables a menos que el Estado ecuatoriano realice esfuerzos sustantivos orientados a fomentar el crecimiento económico junto a la distribución de los recursos y beneficios del desarrollo con un enfoque de equidad.

La equidad es un principio ético que llama a reducir las desigualdades sociales originadas en la ubicación social, las diferencias de género, etnia o edad. En este contexto, los derechos sexuales y reproductivos son un aporte a la reducción de las inequidades sociales en tanto posibilitan que todas las personas puedan decidir sobre su propia vida. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio son por esto una oportunidad para ampliar opciones, crear capacidades, empoderar y cambiar.

Bibliografía:

Cañete, María Fernanda 2005 "Participación política y ciudadanía" en *Mujeres ecuatorianas, entre las crisis y las oportunidades 1990-2004* (Quito: CONAMU, FLACSO, UNIFEM, UNFPA).

Constitución Política de la República del Ecuador 2005 (Quito: Corporación de Estudios y Publicaciones).

Coordinadora Política de Mujeres, Unión Europea 2005 *Diagnóstico situacional de los derechos humanos de las mujeres* (Quito: CPM).

ENDEMAIN 2004 (Quito: CEPAR).

Ministerio de Salud Pública(MSP), Consejo Nacional de Salud (CONASA) 2006 *Política nacional de salud y derechos sexuales y reproductivos* (Quito: MSP).

Bernstein, Stan 2006 *Opciones públicas, decisiones privadas. La salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio* (Ciudad: Millennium Project).

Rosero, Rocío 2000 *De las demandas a los derechos* (Quito: Foro Nacional Permanente de Mujeres Ecuatorianas / CONAMU / Embajada Real de los Países Bajos).

UNFPA 2005 *La promesa de igualdad. Equidad de género, salud sexual y reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio* (Nueva York: 2005).