



ÁREA DE ÉTICA, DERECHOS Y BIENES PÚBLICOS GLOBALES

PROGRAMA DE BIOÉTICA

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

El Acceso a Salud Sexual y Salud Reproductiva en tiempos de COVID-19 en Ecuador: Análisis desde la Ética Feminista y la Justicia Reproductiva en la Garantía de Derechos

Autora: PhD. Ana Lucía Martínez Abarca

Directora

Dra. Irene Melamed

Octubre, 2024

INDICE	
RESUMEN.....	3
INTRODUCCION	5
ESTRUCTURA DE LA TESIS	19
CAPITULO I. CRISIS SANITARIA EN ECUADOR: LA PANDEMIA DE LAS DESIGUALDADES	22
CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO	28
2.1 Ética del cuidado y ética feminista: Una cuestión de Género en el debate de la justicia reproductiva	34
2.2 Justicia reproductiva: Ética y derechos humanos en salud sexual y reproductiva.....	39
CAPITULO 3 RESULTADOS Y DISCUSION	45
3.1 Justicia Reproductiva: Identificación de Barreras de Acceso a Salud Sexual y Reproductiva Durante la Pandemia	47
3.2 Priorización y Planificación de Políticas de Salud Sexual y Reproductiva en Tiempos de COVID-19: Criterios Éticos y Governanza Reproductiva	55
3.2.1 Medidas De Respuesta Del Sector Salud: Estimación de los Impactos de la Pandemia por Covid-19 y Estrategias de Recuperación en Salud Sexual Y Reproductiva.....	62
CAPITULO 4 CONCLUSIONES.....	67
4.1Criterios éticos en salud sexual y reproductiva durante la pandemia de COVID-19	67
4.2 De la ética del cuidado a la bioética feminista: un análisis crítico	69
4.3 Bioética feminista como herramienta de transformación	71
REFERENCIAS	74

RESUMEN

Esta tesis examina el impacto de la pandemia de COVID-19 en Ecuador, con énfasis en las desigualdades preexistentes en la salud sexual y reproductiva y su exacerbación durante la crisis sanitaria. El estudio plantea un análisis argumentativo desde la ética feminista y la justicia reproductiva, explorando cómo la pandemia afectó desproporcionadamente a grupos vulnerables, especialmente a las mujeres, en la garantía de sus derechos.

La presente investigación aborda la relación entre determinación social y salud en el marco de los estudios de género, la bioética feminista y la justicia reproductiva. Se resalta la importancia de la justicia, equidad y acceso a servicios sanitarios, analizando el impacto de las medidas de contención en las economías regionales y su efecto particular en los derechos de las mujeres.

El trabajo destaca la histórica invisibilización de las mujeres en la medicina y la salud pública, y cómo la pandemia agudizó problemas preexistentes en salud sexual y reproductiva. Se argumenta que la crisis sanitaria reveló y profundizó las desigualdades estructurales en la región, afectando especialmente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La tesis enfatiza la necesidad de políticas públicas que consideren estas disparidades y la importancia de un enfoque ético feminista en la toma de decisiones sanitarias, especialmente en emergencias, para garantizar la equidad y el acceso a servicios de salud reproductiva.

AGRADECIMIENTOS

Toda tesis es un camino, un proceso de aprendizaje que tiene como principal característica el modelaje del investigador, su forma de ver el mundo, entenderlo y nuevamente re presentarlo a través de su trabajo.

Esta tesis, forma parte de un camino maravilloso de aprendizaje donde los encuentros y desencuentros han transformado mi forma de ver el mundo, pero a su vez la forma como el conocimiento es capaz de transformarlo.

Quiero agradecer profundamente al programa de Bioética de FLACSO Argentina (Ana Lía, Sandra y Sabina), por la oportunidad de cursar un programa desafiante, pero ante todo enriquecedor. A cada una de mis profesoras y profesores, por los desafíos constantes y permanentes. Como docente sé que la educación virtual y a distancia siempre requiere extra-paciencia. Gracias por entender y permitirnos crecer en el aprendizaje.

A Irene por la paciencia, la compañía y las constantes discusiones sobre el tema, la investigación y la escritura de la tesis, sin ella esto no sería posible. Finalmente, a Florencia Luna y Ruth Macklin, ciertamente es un privilegio poder decir que uno ha conocido a sus ídolos, pero además tener la oportunidad de aprender directamente y conocerlas en persona es un regalo inimaginable.

A Rodrigo, Isabella, Gastón, Juan Martín y Lupita, por el amor incondicional y la paciencia, a las feministas ecuatorianas por la inspiración y la fuerza.

INTRODUCCION

Esta investigación aborda temas fundamentales relacionados con la salud sexual y reproductiva, un campo complejo que requiere una comprensión clara de diversos conceptos interrelacionados. Para facilitar la lectura y comprensión de este trabajo, es esencial establecer las definiciones operativas de términos clave como sexualidad, reproducción, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, y servicios de salud sexual y reproductiva. Estos conceptos, aunque relacionados entre sí, tienen características y alcances específicos que determinan la forma en que se abordan tanto en la investigación como en la práctica de la salud pública.

Johana Agudelo (2017), realiza un recorrido histórico sobre la situación de la sexualidad y la reproducción en Ecuador desde mediados del siglo XX, en su trabajo, propone definir la sexualidad y la reproducción desde la teoría feminista, los estudios de género y las dinámicas del poder que atraviesan el control y disciplinamiento de los cuerpos de las mujeres, situándolos como punto de partida para entender las condiciones estructurales y sistémicas de la sexualidad y reproducción en desde lo social- cultural hasta lo político-institucional como parte del proceso de implementación de la planificación familiar en Ecuador:

“ Desde mi perspectiva, la sexualidad es una dimensión ineludible del análisis social de la producción de las desigualdades. Con base en la diferencia biológica entre hombres y mujeres, se ha condensado un sistema social que fundamenta su jerarquía sobre la capacidad reproductiva del cuerpo de las mujeres. Mi objetivo es encontrar pistas analíticas sobre el control de los cuerpos y de la sexualidad de las mujeres, para pensar la sexualidad en tanto experiencia problematizada y en consonancia con la libertad”(Agudelo Echeverri, 2017).

Desde aquí, es igualmente importante, llegar a la definición de la salud sexual y reproductiva como conceptos estructurales en este trabajo, para lo cual me referiré al concepto propuesto por la organización de la Salud en 2021:

“Estado de completo bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Implica que las personas tienen la capacidad de tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la libertad de decidir si quieren o no tener hijos, cuando y con qué frecuencia, y la capacidad de llevar a cabo embarazos y partos sin riesgos y criar a los hijos de manera saludable”(Organización Panamericana de la Salud, 2021).

A lo largo de este trabajo, se presentan articulaciones e intersecciones entre sexualidad, reproducción, salud sexual y reproductiva de las mujeres como ejes transversales que se miran desde los planteamientos de la teoría feminista y los estudios de género en un el espacio social y cultural, tomando en cuenta el alcance de este trabajo, es necesario llevar el análisis hacia el nivel político cuando nos referimos a la definición de los Derechos Sexuales y Reproductivos como:

“ Conjunto de derechos humanos fundamentales relacionados como la autonomía, la integridad y la dignidad de todas las personas, sin importar su género, orientación sexual o estado civil, en relación con su vida sexual y reproductiva” (Declaración Universal de Derechos Sexuales, 1997)

Esta definición resulta especialmente importante para adentrarnos en la institucionalización de la salud sexual y reproductiva, que, se describe y analiza en el contexto de la pandemia, de tal forma que cuando hablamos de garantía o vulneración, nos referimos a los Derechos Sexuales y reproductivos. Finalmente uno de los ejemplos más claros de estas intersecciones y su importancia, se establece a partir de la creación de mecanismos que garanticen el acceso a la Salud sexual y reproductiva para la población como un elemento esencial en la organización de los sistemas de salud a nivel global. En este sentido la el **Programa de Acción**

Aprobado en la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994) establece la necesidad de crear Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva, y se relaciona directamente con elementos de la justicia sanitaria como son el acceso y la distribución:

"El conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar, previniendo y solucionando los problemas de salud reproductiva. También incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales, y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual y debe incluir:

- *Asesoramiento, información, educación, comunicación y servicios en materia de planificación familiar.*
- *Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y atención postnatal*
- *Prevención y tratamiento de la infertilidad.*
- *Prevención del aborto y gestión de sus consecuencias.*
- *Tratamiento de infecciones del aparato reproductor.*
- *Prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.*
- *Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad humana y salud reproductiva.*
- *Servicios de referencia para la planificación familiar y complicaciones del embarazo*
- *Atención a otros problemas de salud reproductiva.*
- *Eliminación de prácticas nocivas como la mutilación genital femenina"*(Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014).

Es así que, la pandemia por COVID-19 en América Latina y el Caribe ha irrumpido en un contexto de bajo crecimiento económico, elevados niveles de informalidad laboral y debilidad de los sistemas de protección social y de salud, que han exacerbado la vulnerabilidad de la región(CEPAL-OPS, 2020). La crisis sanitaria refleja, entre otras cosas, afectaciones directas a grupos poblacionales históricamente vulnerables, quienes no cuentan con el acceso adecuado a atención sanitaria de calidad, en el caso de las mujeres por ejemplo, la afectación incluye un

impacto económico debido a la sobre representación en las actividades productivas más afectadas por las medidas de contención de la pandemia; por otro lado se produjo una sobre carga en las actividades de cuidado, que también incrementaron el riesgo de contagio(CEPAL-OPS, 2020).

Desde el inicio de la emergencia, fue posible evidenciar el impacto directo en los sistemas de salud y protección social, así como también en la economía y productividad a escala mundial. A diferencia de otras emergencias sanitarias, nunca había sido tan evidente que esta sería considerada como la pandemia de la desigualdad y la pobreza(E. Ortiz-Prado & Cevallos, 2021). En las construcciones de la ***Epidemiología crítica latinoamericana*** propuesta por Jaime Breilh(Breilh, 2013) , la estrecha relación entre la determinación social y la salud devela la importancia de las condiciones de justicia, equidad e igualdad, la pobreza y garantía del derecho al acceso a la salud en las dinámicas sociales como elementos estructurales y dinámicos de la calidad de vida y el bienestar de las personas, con efectos transversales hacia todas las esferas, por ejemplo, la económica y del cuidado(Breilh, 2013).

En el informe de COVID-19 desarrollado por la CEPAL en colaboración con la Organización Panamericana de la salud en 2020, se analiza el impacto de la pandemia en las esferas económicas de desarrollo y productividad y su relación con las respuestas sanitarias generadas para combatir la emergencia sanitaria a partir de los gobiernos y sus sistemas de salud. En América Latina, por ejemplo, las restricciones a la movilidad a través de la implementación de periodos prolongados de confinamiento y aislamiento social, y que, en algunos casos podrían ser consideradas como exitosas desde el punto de vista de la efectividad en relación con

la prevención de nuevos contagios, en otros casos resultaron ser devastadoras para las ya, debilitadas economías de los países de la región.

“El COVID-19 llega a una región marcada por una matriz de desigualdad social, cuyos ejes estructurantes —el estrato socioeconómico, el género, la etapa del ciclo de vida, la condición étnico-racial, el territorio, la situación de discapacidad y el estatus migratorio, entre otros— generan escenarios de exclusión y discriminación múltiple y simultánea, que redundan en una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad. Estas desigualdades también se expresan en el ámbito de la salud, tanto en la cobertura, el acceso efectivo y los resultados de los servicios de salud como en las condiciones basales de salud de las personas y las comunidades. Por ende, es clave considerar esta desigualdad en la respuesta a la pandemia”(CEPAL-OPS, 2020)

Si bien las mujeres constituyen uno de los grupos vulnerables prioritarios en el contexto de la pandemia, nos referimos a un proceso acelerado de precarización de condiciones sanitarias deficientes en términos de acceso a servicios de salud de calidad, pero además a un proceso de exclusión y discriminación patriarcal¹ y machista que atraviesa los sistemas políticos y sociales a nivel mundial en general y a la salud de forma particular. Este proceso, visto desde la lente de la historia, incluye aspectos éticos, políticos y culturales que resultan claves en términos del camino hacia el reconocimiento, visibilización y reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como parte de la lucha permanente hacia el ejercicio de la ciudadanía como rol estructural de la sociedad y que, depende en gran medida del ejercicio de la autonomía y la libertad como garantía de dignidad humana. Como parte del proceso de transformación política y de participación ciudadana donde se destaca la participación de los movimientos feministas y de mujeres en el Ecuador, el reconocimiento y reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos, fueron elementos centrales en los debates constitucionales enfocados en mejorar las condiciones estructurales de la salud sexual y reproductiva:

¹ En el Nuevo Diccionario de Feminismos y Estudios de Género, Marta Fontenla define al Patriarcado como: **“Un concepto central para el feminismo, que define al sistema que organiza la subordinación de las mujeres y su desigualdad con relación a los varones por el simple hecho de ser mujeres, así como las instituciones básicas de su opresión, entre ellas la familia, la maternidad, la heterosexualidad obligatoria, la prostitución y la explotación reproductiva”**(Fontenla, 2021), de forma general esta definición respalda el análisis que se plantea en este trabajo

“El proceso de elaboración de la Constitución de 1998 derivó en cambios fundamentales del estatus de la ciudadanía sexual de las ecuatorianas. Fue, sin dudas, un momento de ruptura, pues los derechos de las mujeres se convirtieron en norma constitucional, pero contrastó -y contrasta- con la matriz cultural que justifica la discriminación y violencia contra ellas. En el caso de las mujeres la ciudadanía es un espacio de disputa que siempre pasa por un cuestionamiento formal a la biología. Así el proceso constituyente incluyó en sus debates, por una parte, la identificación exclusiva de ellas en su rol materno, de sujeto dócil y débil y, por otra, la reivindicación del derecho a una sexualidad placentera, al control del cuerpo, a decidir sobre la maternidad y participar, equitativamente, en los espacios públicos de toma de decisiones.”(Valladares, 2020)

Para la médica española Carme Valls(2020), la escasa visibilidad de las mujeres en la medicina es un proceso histórico que se remonta a los primeros registros de las actividades médicas, donde se mantienen ausentes e invisibles, como sujetos del acto médico, pero también como beneficiarias de procesos de investigación clínica o políticas públicas en salud. La relación permanente entre el cuerpo femenino, la sexualidad y la reproducción como elementos centrales en este proceso, constituyen a su vez un punto de partida para los procesos de reivindicación y legitimación en el ámbito sanitario históricamente liderados por las luchas feministas de la mano de los estudios de género(Valls-Llobet, 2020)

La situación de las mujeres en términos de la salud sexual y reproductiva debe analizarse desde un punto de vista histórico, donde su salud está atravesada por las construcciones e imaginarios sociales relacionados con la reproducción social, la maternidad y el cuidado; y la sexualidad como herramienta de placer para otros. La construcción de las políticas públicas y la implementación de estrategias sanitarias destinadas a la garantía del derecho al acceso a la salud, las consideraciones bioéticas en la planificación y toma de decisiones a nivel comunitario y universal,

especialmente en tiempos de emergencia sanitaria, presentan una serie de nuevos desafíos frente a viejos problemas que, durante la pandemia se vieron mucho más afectados. La historia nos permite reconocer que, en el caso de las mujeres en general, y la salud sexual y reproductiva en particular, existe un continuo de invisibilización, omisión y negligencia en términos de la garantía y acceso a derechos sexuales y reproductivos, que ya existía previo al inicio de la emergencia sanitaria por COVID-19.

Desde las reflexiones éticas tradicionales, por ejemplo, los enfoques utilitaristas reconocen la corrección de las acciones en base a los resultados, promueven el beneficio colectivo como consecuencia primordial de una acción, en este caso sanitaria, que puede situarse en el campo de las políticas públicas y su justificación en un contexto dado (Sánchez, 2021), como por ejemplo el caso de una emergencia o si afectan a poblaciones específicas. Sin embargo, la función esencial de la ética en la búsqueda de la excelencia y el buen comportamiento de los individuos y la sociedad que, en ocasiones, se ha diluido en interpretaciones, supuestos e imaginarios que refuerzan y reproducen instrumentos de discriminación, vulneración de derechos y violencia en poblaciones tradicionalmente precarizadas.

En este contexto, la salud y los derechos sexuales y reproductivos de muchas mujeres se han visto afectados por la falta de continuidad de servicios de planificación familiar, así como de servicios de atención a la salud materna y víctimas de violencia, debido al desvío de recursos hacia la emergencia sanitaria. La pandemia interviene en una región donde la necesidad insatisfecha de planificación familiar alcanza a un 10% entre las mujeres de entre 15 y 49 años, casadas o que viven en relación de pareja en América Latina, y a un 17%, en el Caribe. Por otra parte, la tasa de prevalencia de

métodos anticonceptivos de cualquier tipo es del 74% para América Latina y del 61% para el Caribe (UNFPA et al., 2020).

Con estos antecedentes, es de interés reflexionar desde la siguiente pregunta y los objetivos de investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia de COVID-19 se vio afectado por dificultades relacionadas con la priorización de estrategias sanitarias frente a la pandemia ¿Cuáles son los criterios éticos que atraviesan la toma de decisiones en el acceso a salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Ecuador durante la pandemia de COVID-19?

De acuerdo con la pregunta de investigación me he planteado la siguiente hipótesis de trabajo para el desarrollo de esta investigación.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Los criterios éticos que predominaron en la toma de decisiones sobre el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador reprodujeron patrones históricos de invisibilización y discriminación hacia las mujeres, evidenciando la necesidad de incorporar principios de la bioética feminista en la planificación y priorización de políticas sanitarias para garantizar los derechos sexuales y reproductivos.

OBJETIVO GENERAL

Analizar desde la justicia sexual y la gobernanza reproductiva, como marcos conceptuales, los criterios éticos de priorización y planificación de políticas de salud

sexual y reproductiva adoptados en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19 en Ecuador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Contrastar los principios de la ética del cuidado con las barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y su relación con las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres en Ecuador durante la pandemia por COVID-19.
2. Identificar los principios éticos de la bioética feminista vs la justicia reproductiva como punto de partida en la transversalización del enfoque de género para el análisis bioético en salud sexual y reproductiva.
3. Proponer el análisis bioético feminista como herramienta de transversalización del enfoque de género en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Para contestar la pregunta de investigación y cumplir con los objetivos de esta investigación se propone la siguiente estrategia metodológica.

METODOLOGIA

Como estrategia metodológica, se propone una investigación basada en la en el Análisis documental y la reflexión argumentativa bioética, teniendo como punto de partida los resultados de la investigación **“Monitoreo del estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en Ecuador”**, desarrollada por la ONG SURKUNA a través de la recopilación y análisis de información recabada en reportes gubernamentales y de instituciones como el Ministerio de Salud Pública, a partir de entrevistas a usuarias de los servicios de salud y personal sanitario, mediante la aplicación de la “Encuesta

virtual sobre el acceso a servicios de salud sexual y salud durante la pandemia por COVID-19 reproductiva en Ecuador”, desarrollada desde el mes de julio hasta el 30 de agosto de 2020 y finalmente un proceso de observación participante a través del seguimiento y monitoreo de disponibilidad y acceso de servicios de salud sexual y reproductiva desarrollado en 5 provincias del Ecuador correspondientes a las regiones de la Sierra, Costa y Amazonía(Godoy, 2021). La información recopilada pertenece a mujeres y diversidades sexo-genéricas que incluyen a población trans y no binaria, que requirieron atención en servicios de salud sexual y reproductiva en Ecuador. En el caso de la encuesta, las respuestas incluyen a 23 provincias del Ecuador a excepción de la provincia de Pastaza:

“El levantamiento de información se realizó entre el 13 de julio al 30 de agosto de 2020, extendiéndose a los meses de septiembre y octubre la realización de las entrevistas a informantes clave y personal de salud que, por propias dificultades del contexto de la pandemia, no se pudieron fijar con anterioridad. También se ha incluido información recibida posterior a estas fechas por parte del MSP (Ministerio de salud Pública), la misma que constituye una respuesta a varias solicitudes de acceso a la información realizadas”(Godoy, 2021)

El desarrollo de este estudio responde a la alta prevalencia de reportes ciudadanos sobre los obstáculos para el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en 20 provincias del Ecuador. La encuesta virtual “Acceso y Atención en Servicios de salud Sexual y Reproductiva durante la Pandemia por COVID-19 en Ecuador” estuvo dirigida a mujeres, adolescentes mujeres y personas trans y no binarias, fue aplicada a través de redes sociales en el marco de una estrategia comunicacional de difusión semanal en las páginas institucionales de Facebook, Instagram y Twitter de las organizaciones sociales que participaron en la investigación, dicha estrategia se desarrolló en el marco de las restricciones y limitaciones de movilidad propias del periodo de pandemia que estaban vigentes en el país. Adicionalmente fue difundida

a través de correos electrónicos y perfiles de redes sociales de más de 43 organizaciones de la sociedad civil. Se obtuvo un total de 512 respuestas, donde la provincia de Pichincha tuvo el índice más alto de participación (Godoy, 2021)

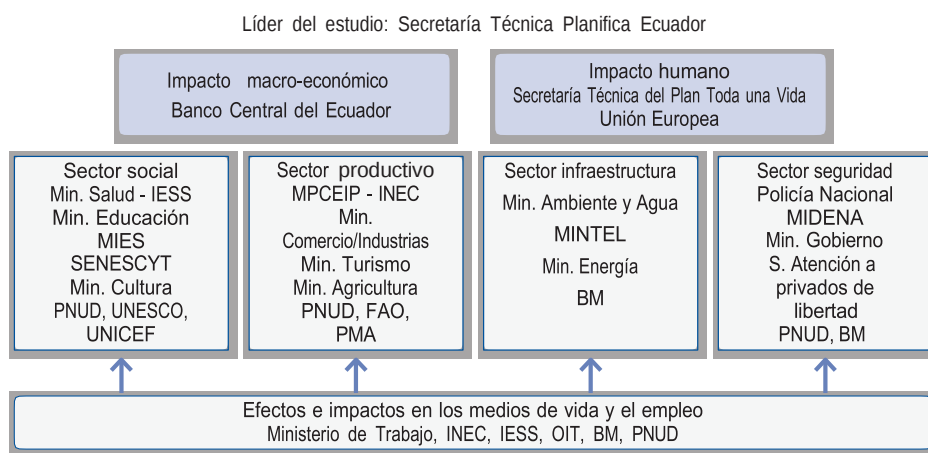
Los resultados de esta investigación se enmarcan en la situación regional y global de los derechos sexuales y reproductivos en el contexto de las barreras en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva durante la Pandemia de COVID-19, y que serán analizados en diálogo con datos reportados por el Gobierno Ecuatoriano a los organismos de Naciones Unidas y que forman parte del informe de **“Evaluación Socioeconómica PDNA COVID-10 Ecuador. Marzo-Diciembre 2020”**², y que incluye información gubernamental sobre disponibilidad y acceso de servicios de salud, con especial énfasis en Salud sexual y reproductiva como: anticoncepción, atención prenatal, interrupción del embarazo y emergencias obstétricas (Organización Panamericana de la Salud, 2021) durante la emergencia sanitaria, el esquema de este informe se detalla en la figura 1:

“La metodología PDNA es un estándar internacional promovido bajo acuerdo tripartito entre Naciones Unidas (UN), Unión Europea (UE) y el Banco Mundial (BM), utilizado globalmente por los países y las entidades de cooperación y asistencia humanitaria como referente común para articular las acciones post desastre con los actores nacionales” (Gobierno del Ecuador, 2020)

² Metodología de “Evaluación de Necesidades Post Desastre (PDNA) de Naciones Unidas (Gobierno del Ecuador, 2020)

Figura 1. Esquema de Evaluación Socioeconómica de los Efectos del COVID-19

Esquema de evaluación socioeconómica de los efectos del COVID-19.



Tomado de “Evaluación Socioeconómica: Informe PDNA COVID-19 Ecuador Marzo-Diciembre 2020”(Gobierno del Ecuador, 2020)

Para el análisis argumentativo, se plantea un diálogo entre marcos conceptuales que cuestionan la garantía de los derechos sexuales y reproductivos desde el principio bioético de la justicia como justicia sexual y gobernanza reproductiva planteados por Lynn Morgan y Elizabeth Roberts (2012), los cuestionamientos a las barreras de acceso de parte de los profesionales sanitarios, cuyo origen radica en una combinación de la ética del cuidado y los principios de la ética de la virtud y finalmente las respuestas epistemológicas y de bioética aplicada que se analizan desde la Bioética Feminista(Sherwin, 1996), frente a la garantía y reivindicación de derechos tanto sexuales como reproductivos, en el marco de los principios bioéticos modernos y el enfoque de género.

“Así, el debate sobre pluralismo, bioética y derecho engloba la trama de relaciones que no sólo se encuentran al nivel micro -la relación entre profesional y paciente- sino al nivel macro que corresponde a los sistemas de salud y cómo estos responden frente a los derechos de los y las pacientes, las prácticas clínicas y los contextos en que se entregan servicios”(Montero & Niño, 2016)

En el marco conceptual y de análisis, propongo un abordaje interseccional a partir de un recorrido histórico sobre las políticas sanitarias con relación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Ecuador, antes y durante la emergencia sanitaria por COVID-19, como un marco contextual que devela construcciones morales y supuestos, que atraviesan la cultura ciudadana y determinan la toma de decisiones sobre las políticas públicas y la garantía de derechos.

Aspectos Éticos: Desafíos y Limitaciones

La pandemia de COVID-19 presentó enormes desafíos para la investigación científica en América Latina, impactando tanto en los recursos como en la infraestructura disponible. El confinamiento y las restricciones sanitarias interrumpieron el acceso a laboratorios, centros de investigación y áreas de campo, lo que ralentizó o paralizó proyectos en curso. Además, hubo una significativa reasignación de fondos y personal hacia investigaciones relacionadas con el virus, lo que limitó la financiación para otras áreas científicas. Las dificultades en la cadena de suministro global también afectaron la obtención de insumos y equipos. Al mismo tiempo, la falta de infraestructura tecnológica adecuada complicó la colaboración a distancia y la realización de investigaciones que requerían interacción presencial. Uno de los aspectos más afectados fue la calidad ética de las investigaciones, ya que la urgencia y la incertidumbre en la población presionaron a los investigadores para obtener resultados rápidos, mientras que los comités de ética a nivel nacional enfrentaron serias limitaciones en su funcionamiento.

En el caso de Ecuador, se promulgó una ley específica a través del Acuerdo Ministerial 00006-2020³, que reformó el reglamento para el desarrollo de investigaciones en salud. Esta normativa buscó favorecer la producción científica a nivel nacional, con especial énfasis en estudios relacionados con la pandemia, ya fuera desde las ciencias biomédicas, la medicina o la salud pública (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020).

“El uso de los documentos que contienen información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a la atención de los/las usuarios/as, evaluación de la calidad de los servicios, análisis estadístico, investigación y docencia. Toda persona que intervenga en su elaboración o que tenga acceso a su contenido, está obligada a guardar la confidencialidad respecto de la información constante en los documentos antes mencionados” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020).

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos para garantizar la revisión ética a través de los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH), muchas organizaciones no gubernamentales (ONG) destinaron recursos para investigaciones desarrolladas bajo la modalidad de consultorías, donde generalmente no se acostumbra a realizar revisiones éticas. Esta situación complicó aún más la supervisión ética en proyectos de rápida ejecución. En este contexto, es importante señalar que la investigación desarrollada por SURKUNA, constituye una fuente sumamente relevante de información en un aspecto determinante de la salud pública en el contexto de la pandemia que permite evidenciar aspectos del impacto de la pandemia en aspectos relevantes de la salud pública, como es el caso del acceso a la salud sexual y reproductiva a través de la disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. De igual forma, es importante aclarar que el rigor científico está

³ <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/04/Reglamento-Investigaci%C3%B3n-en-salud-RO-504.pdf>

presente a lo largo del documento de SURKUNA y de esta investigación, especialmente en el manejo de los instrumentos éticos como el consentimiento informado y la confidencialidad de la información, la misma que ha sido debidamente anonimizada.

Esta investigación se ha desarrollado con un estricto apego a los principios éticos en la investigación académica. El estudio se basa exclusivamente en el análisis de información secundaria, la cual ha sido debidamente anonimizada para proteger la privacidad y confidencialidad de los individuos. De acuerdo con la normativa vigente en Ecuador, este trabajo se clasifica como una investigación de riesgo mínimo, ya que no implica intervención directa con seres humanos ni el manejo de datos personales identificables. Por estas características, y en conformidad con las regulaciones ecuatorianas actuales sobre ética en investigación, el presente estudio está exento de revisión por un Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos. No obstante, se han observado rigurosamente los estándares éticos en el manejo y análisis de la información, garantizando la integridad y validez de los resultados presentados. Sobre las lecciones aprendidas en relación con el desarrollo de esta investigación y los desafíos éticos a futuro en la ética de la investigación en salud sexual y reproductiva profundizaremos en el apartado de conclusiones. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2020)

ESTRUCTURA DE LA TESIS

Para facilitar la comprensión de la presente investigación, a continuación se describe la estructura y organización de esta tesis. El trabajo está dividido en cuatro capítulos que desarrollan de manera sistemática el objeto de estudio y permiten alcanzar el objetivos planteados. La organización de estos capítulos responde a una lógica que

permite contrastar los principios de la ética del cuidado, identificar los principios éticos de la bioética feminista, y proponer el análisis bioético feminista como herramienta de transversalización del enfoque de género para la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Capítulo 1

Establece el contexto social de la emergencia sanitaria en Ecuador, analizando las respuestas institucionales del gobierno central y del Ministerio de Salud Pública. El capítulo examina la determinación social de la salud en Ecuador y cómo las desigualdades estructurales se profundizaron durante la pandemia. Un elemento central es la introducción al estudio del Monitoreo del Estado de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva desarrollado por SURKUNA, como uno de los recursos centrales para el análisis que se desarrolla en los siguientes capítulos en relación a las afectaciones en el acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva y la garantía de derechos durante la emergencia sanitaria.

Capítulo 2

El Capítulo desarrolla el marco teórico estableciendo el enfoque de género como categoría central de análisis, a través de tres ejes fundamentales: primero, presenta un recorrido histórico del reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como derechos de las mujeres en Ecuador; segundo, aborda los desafíos éticos que emergen en las discusiones sobre derechos sexuales y reproductivos en el contexto de la salud de las mujeres; y tercero, examina las teorías éticas que fundamentan el debate sobre derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la ética del cuidado, el principialismo, la ética feminista y su relación con la justicia reproductiva.

Capítulo 3

Este capítulo presenta los resultados del estudio utilizando el género como categoría de análisis y contrastando todos los hallazgos con los principios de la ética feminista y la justicia reproductiva. Incluye un mapeo de las principales barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva identificadas durante la pandemia, el análisis de los criterios éticos utilizados en la priorización de políticas públicas y la gobernanza reproductiva, así como la evaluación de las medidas de respuesta del sector salud, sus impactos y las estrategias propuestas para la recuperación de estos servicios esenciales.

Capítulo 4

El Capítulo 4 presenta las conclusiones del estudio desde una mirada de género y derechos humanos en salud, articulando cómo los principios de la bioética feminista confrontan los abordajes tradicionales de la ética de principios y la ética del cuidado durante la pandemia por COVID-19. El análisis se fundamenta en el marco jurídico de los derechos humanos, los estudios de género y la determinación social en salud como nueva epistemología, para deconstruir desde una perspectiva interseccional los argumentos tradicionales sobre sexualidad, reproducción y justicia en el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva.

CAPITULO I. CRISIS SANITARIA EN ECUADOR: LA PANDEMIA DE LAS DESIGUALDADES

“Actualmente y siendo América Latina una de las regiones con mayor tasa de urbanización en el mundo, el acceso desigual a los servicios públicos como la vivienda adecuada, el agua y el saneamiento, incrementan la presión que la pandemia ha impuesto sobre la región”(E. Ortiz-Prado & Cevallos, 2021).

La llegada del COVID-19 a América Latina se produjo en los primeros días de febrero del 2020, ante la sorpresa de la comunidad científica y médica debido a la rápida propagación del virus. Si bien Brasil fue el primer país de la región en reportar un caso positivo, el Ecuador ya contaba con varios casos asintomáticos mucho antes de reportar el primer caso confirmado(E. Ortiz-Prado & Cevallos, 2021). De acuerdo con el investigador Esteban Ortiz(2022), el inicio de la pandemia en Latinoamérica desde el punto de vista sanitario se produce en el contexto de sistemas de salud fragmentados, es decir con brechas históricas de acceso, distribución y financiamiento, las mismas que varían de acuerdo con cada país, con excepción del caso de Cuba (E. Ortiz-Prado & Cevallos, 2021). A pesar de que encontramos un predominio de sistemas públicos de atención, cuya función radica en la rectoría en salud, la prevención, promoción y atención en los servicios de salud, en su mayoría, coexisten con subsistemas privados con fines de lucro, prestadores de los gobiernos locales, seguridad social y de fuerzas armadas, entre otros que dependen de copagos y gasto directo de bolsillo por parte de la ciudadanía(E. Ortiz-Prado & Cevallos, 2021).

La preocupación y temor desencadenada por la emergencia sanitaria a nivel mundial, toma una dimensión especial en países con condiciones precarias ya existentes en lo que a salud y protección social respecta.

El análisis bioético desde el principio de justicia planteado por Norman Daniels (2001), las condiciones relacionadas a la distribución de recursos en salud, el acceso universal y la calidad, condicionan el funcionamiento adecuado de la sociedad y deben considerarse como elementos estructurales de todo sistema de salud. Los criterios generales de aplicación de este principio, en la actualidad, aterrizan en el marco del cumplimiento del derecho universal que garantiza el acceso a la salud y bienestar (Fumo, 2020). En este sentido, Daniels plantea el análisis de la distribución de recursos en salud desde una teoría de justicia sanitaria que permite responder las preguntas más importantes en relación con la distribución de lo que se conocen como los bienes sanitarios y su relación con el funcionamiento social ideal:

“La importancia moral central, para los fines de la justicia, de prevenir y tratar la enfermedad y la discapacidad con servicios de salud efectivos (interpretada ampliamente para incluir medidas ambientales y de salud pública, así como servicios médicos personales) se deriva de la forma en que la protección normal el funcionamiento contribuye a proteger la oportunidad. Específicamente, al mantener a las personas cerca del funcionamiento normal, la atención médica preserva a las personas la capacidad de participar en lo político, social, y la vida económica de su sociedad. los sustenta como ciudadanos plenamente participantes —colaboradores y competidores normales— en todas las esferas de la vida social”(Daniels, 2001).”

En términos del avance de la pandemia en el Ecuador, como en varios países de la región, las condiciones sociales estructurales, operaron como factores determinantes esenciales en las curvas de contagios y la mortalidad que se produjeron al inicio y en los picos más altos de la emergencia. En el caso de la Capital Quito, reconocida como la ciudad más poblada del país, las diferencias socioeconómicas como por ejemplo en lo que respecta al trabajo informal, la distribución de servicios de salud, impactan gravemente el tejido social, especialmente en los grupos más vulnerables de la población como mujeres, niños, adultos mayores y personas en situación de movilidad

humana, según los datos del municipio, se reconoce la relación entre las desigualdades e inequidades sociales como factores incidieron en el impacto del virus en la población:

“La pobreza por NBI, afecta al 29.7% de la población quiteña. En la zona rural de Quito, la pobreza por NBI alcanza el 40% y la extrema pobreza el 11.3%; es más del doble que en lo urbano. Por lo tanto, se evidencia cómo Quito está caracterizado por la inequidad y poca uniformidad entre los diferentes barrios, lo cual volvió claramente vulnerable a la transmisibilidad de un virus introducido”(E. Ortiz-Prado & Cevallos, 2021).

Si bien es comprensible que la situación de emergencia sanitaria a nivel mundial implicó un desafío en la precaria situación sanitaria de países de medianos y bajos recursos, desde el punto de vista de los derechos sexuales y reproductivos en el caso de las mujeres, la realidad es mucho más grave, cuando se considera que existe un antecedente histórico que marca el acceso y distribución de recursos sanitarios como los principios estructurales de la operación del patriarcado y el machismo en la dinámica de control de los cuerpos de las mujeres a través de la sexualidad y la reproducción(Fontenla, 2021). En el análisis de salud, no es posible abordar esta problemática solamente desde una mirada ética tradicional de la justicia distributiva ya que las barreras y limitaciones en el acceso trascienden a construcciones morales, imaginarios y supuestos sociales y culturales que también, atraviesan a los sistemas de salud y a los profesionales, especialmente cuando se trata de la salud sexual y reproductiva(Montero & Niño, 2016).

Es necesario comprender, por ejemplo, que, en la historia del acceso a la salud sexual y reproductiva en el Ecuador, el rol de los movimientos feministas y colectivos de mujeres es fundamental en la visibilización de la situación de la sexualidad y la reproducción como principales instrumentos de control, disciplinamiento y vulneración

de las mujeres(Goetschel, 2021). Lo cual deviene en un análisis desde las teorías feministas y estudios de género, en relación con la construcción de políticas públicas sanitarias, donde la institucionalidad médica opera en favor de la reproducción y legitimación del sistema patriarcal en el modelo médico hegemónico(Esteban et al., 1996).

En el caso de Ecuador, un estudio realizado por la ONG SURKUNA, en el año 2020 evaluó el acceso de las mujeres ecuatorianas a los servicios de salud sexual y salud reproductiva en el contexto de la pandemia por COVID-19 y cuyos resultados reflejan el cambio sustancial en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva que profundizaron las barreras, ya existentes , de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva agravando la vulneración de derechos sexuales y reproductivos previo el inicio de la crisis sanitaria.

En las múltiples investigaciones y publicaciones desarrolladas como respuesta a la pandemia y sus impactos en la humanidad, los estudios relacionados con la situación de la salud sexual y reproductiva durante los meses más complejos de la emergencia detallan las barreras de acceso a estos servicios y su relación con la focalización en la atención y manejo de las condiciones asociadas al COVID-19 mientras que otras situaciones, como la sexualidad y la reproducción fueron claramente desatendidas(VanBenschoten et al., 2022).

“La pandemia entrecruza distintas problemáticas, lo que hace de esta situación un escenario crítico. La sobredemanda en el sistema de salud y la priorización de atenciones por COVID-19 afectó la capacidad de respuesta para otro tipo de enfermedades o consultas, entre ellas las de salud sexual y reproductiva (SSR). Investigaciones en la región señalan que las restricciones a la movilización para acudir a los centros de atención producto de las cuarentenas, más el temor de las personas a contagiarse del virus, agravaron el problema de atención”(MILES, 2020)

El abordaje desde los determinantes sociales de la salud, derechos humanos fundamentales y el género como marco transversal e interseccional, permiten identificar la profundización de brechas en relación al acceso a la salud como derecho, la calidad de la atención como uno de los ejes centrales, pero adicionalmente los debates bioéticos en relación al reconocimiento de derechos, respeto y autonomía, en el marco de la necesidad de establecer prioridades en la atención, el manejo de recursos y la implementación de políticas sanitarias emergentes que atraviesan la historia de la salud sexual y reproductiva, vista como un derecho humano que se ha logrado traducir en políticas públicas(Lamas, 1996).

En este sentido, es importante reconocer que, en el caso de la salud sexual y reproductiva, la situación de emergencia sanitaria tuvo un impacto relevante en un espacio tradicionalmente adverso para las mujeres (Baron, 2022). El cuestionamiento permanente a su condición de autonomía, la capacidad moral en la toma de decisiones, pero adicionalmente, construcciones deontológicas tradicionales de los profesionales sanitarios, que operan a favor de la reproducción de patrones patriarcales de modelaje, dominación y control como reafirmación del rol social de las mujeres establecido previamente establecido por el patriarcado.

“A su vez, el campo de la salud sexual y reproductiva nos lleva a situarnos en un camino aún más difícil en que no solo se entreteje la biología, sino que además lo político y lo cultural. La biología nos plantea, en la mayor parte de los casos el binario macho/hembra, pero a partir del hecho biológico, sexo, se desprenden consideraciones políticas y culturales sobre los roles de las mujeres y hombres sobre la reproducción y la sexualidad. La entrega de los servicios de salud se puede evaluar a través del tamiz de la construcción social de las diferencias biológicas, lo que se suele denominar la perspectiva de género.”(Montero & Niño, 2016).

Desde el punto de vista Bioético, la pandemia de COVID-19 generó el debate frente a los criterios de priorización de las respuestas sanitarias frente al nuevo virus y el abordaje de los problemas de salud existentes, como es el caso de la salud sexual y reproductiva que, en Ecuador presenta barreras en el acceso y la distribución de recursos que garanticen los derechos sexuales y reproductivos mucho antes del inicio de la emergencia, lo que profundizó barreras existentes como por ejemplo la disponibilidad de métodos anticonceptivos, el acceso a servicios de salud materna, manejo de emergencias obstétricas como aborto e incluso disponibilidad de tratamiento para infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA.

Para el análisis argumentativo, propongo un diálogo entre marcos conceptuales como el de la justicia reproductiva y la ética feminista que cuestionan la garantía de los derechos sexuales y reproductivos desde el enfoque de género y derechos humanos en salud (Sánchez, 2021), y desde la justicia sanitaria a través de los cuestionamientos a las barreras de acceso que se establecen desde de los profesionales de salud:

“Así, el debate sobre pluralismo, bioética y derecho engloba la trama de relaciones que no sólo se encuentran al nivel micro -la relación entre profesional y paciente- sino al nivel macro que corresponde a los sistemas de salud y cómo estos responden frente a los derechos de los y las pacientes, las prácticas clínicas y los contextos en que se entregan servicios.” (Montero & Niño, 2016)

En este contexto, cuando los efectos de la pandemia aún se sienten a nivel mundial, es necesario analizar la situación de los derechos sexuales y reproductivos en relación con el acceso a servicios de salud, implementación de políticas públicas y estrategias sanitarias implementadas durante la emergencia sanitaria, como factores determinantes en la precarización de la calidad de vida de las mujeres en general y su salud sexual y reproductiva en particular.

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

.Para abordar la situación de la salud sexual y reproductiva durante la pandemia, este marco teórico parte del género como categoría de análisis propuesta por Joan Scott, que permite examinar cómo las relaciones de poder han configurado históricamente la comprensión y el abordaje de la sexualidad y la reproducción (Scott, 1996). Esta perspectiva analítica facilita trazar el proceso histórico de reconocimiento y reivindicación de la sexualidad y reproducción como elementos sustanciales de la salud integral, particularmente para niñas, adolescentes y mujeres. Siguiendo el análisis de Joana Agudelo, este recorrido histórico evidencia cómo la lucha feminista ha sido fundamental en la transformación de la sexualidad y la reproducción, desde su conceptualización biomédica hasta su actual reconocimiento como derechos en el marco de las políticas de salud pública en Ecuador.

*“En análisis inicial de los impactos potenciales del COVID-19 en el acceso a anticonceptivos se ha enfatizado el efecto inmediato de la pandemia sobre la discontinuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular los provistos desde el sector público. Esa discontinuidad resulta de: a) disrupciones en la cadena de suministro de anticonceptivos (por ejemplo, la reducción en la fabricación de componentes farmacéuticos clave, así como las demoras en envíos internacionales de productos anticonceptivos terminados), **b) decisiones sanitarias que alteraron el funcionamiento de los sistemas de servicios de salud (como la suspensión o reducción de los servicios no vinculados directamente a la atención de la pandemia, la desviación de equipo y personal a la respuesta a la pandemia, así como la reducción de la oferta por carencia de equipamiento de protección personal); c) la retracción en la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva debido al temor de la población a acudir a los centros de salud por riesgos de contagios así como a las restricciones de movilidad”**(UNFPA et al., 2020) Negrillas propias.*

Para Johanna Agudelo (2017), historiadora de FLACSO-Ecuador, el análisis histórico de la sexualidad en el caso de las mujeres, constituye un elemento central para comprender la producción de desigualdades especialmente para las mujeres y que atraviesan la salud, calidad de vida y toma de decisiones en temas de sexualidad y reproducción, estableciéndose desde los espacios políticos, médicos y sociales. La investigadora traza una línea de tiempo que recorre los discursos, imaginarios y supuestos que rodean los debates y decisiones sobre la sexualidad, la reproducción y la anticoncepción, a lo largo de su investigación se establece un marco histórico que entrelaza elementos culturales como la influencia de la religión en los discursos conservadores que se oponen al control de la natalidad por ser considerados contrarios a la idea tradicional de familia, y cómo desde este punto central, en la descripción cultural e histórica del Ecuador del siglo XX, dichos argumentos atraviesan y se establecen como criterios técnicos, a través de las posturas por parte de los colegios médicos o sociedades científicas, para finalmente constituirse en políticas públicas que determinan lo que identifica como la “**construcción social de la sexualidad**” en términos del control y regulación a partir de la intersección de varios elementos que operan en conjunto con un fin establecido y que se pueden explicar a partir de la teoría del Biopoder y la biopolítica de Michel Foucault (Agudelo Echeverri, 2017)

“Según Foucault, el sexo era uno de los sitios ejemplares para el despliegue del biopoder en los estados europeos modernos. El sexo biológico vinculó la anatomo-política -la disciplina de los cuerpos individuales- con la biopolítica, la producción a gran escala y la gestión de las poblaciones. -El sexo era un medio de acceso tanto a la vida del cuerpo como a la vida de la especie. Fue empleado como estándar para las disciplinas y como base de regulación-. El sexo está relacionado con la reproducción, por supuesto, pero en una era en la que el sexo

y la reproducción se han vuelto más separables, también pueden ser analizados como distintos dominios”(Morgan & Roberts, 2012) Traducción propia.

Desde lo político y sanitario, es posible identificar un contexto de control, regulación y disciplinamiento a partir de una idea conservadora y patriarcal de la sexualidad y la reproducción como elementos estructurales en la reproducción social, como señalan Ana Maria Goetschel y Gioconda Herrera (2020), investigadoras de FLACSO-Ecuador en su trabajo sobre las disputas y desafíos en los Derechos sexuales y Reproductivos en Ecuador (2020), el tránsito y camino hacia el reconocimiento y reivindicación de los derechos sexuales y reproductivos y su posterior inclusión en los debates en términos de salud y políticas públicas es un proceso permanente que, se mantiene preocupantemente ligado, a argumentos morales propios de la tradición patriarcal que atraviesa a la sociedad:

“En un primer momento, estos derechos aparecieron ligados, sobre todo, a la reproducción biológica y social. Aunque desde los inicios de la República, las mujeres participaron en la construcción de las naciones latinoamericanas como gestoras y benefactoras de orfanatorios y casas asistenciales (García Jordán y Dalla-Corte 2006), la protección a la maternidad se concibió como parte de los derechos sociales que comenzaron a ser planteados durante la primera mitad del siglo XX en relación con las políticas poblacionales”.(Goetschel et al., 2020)

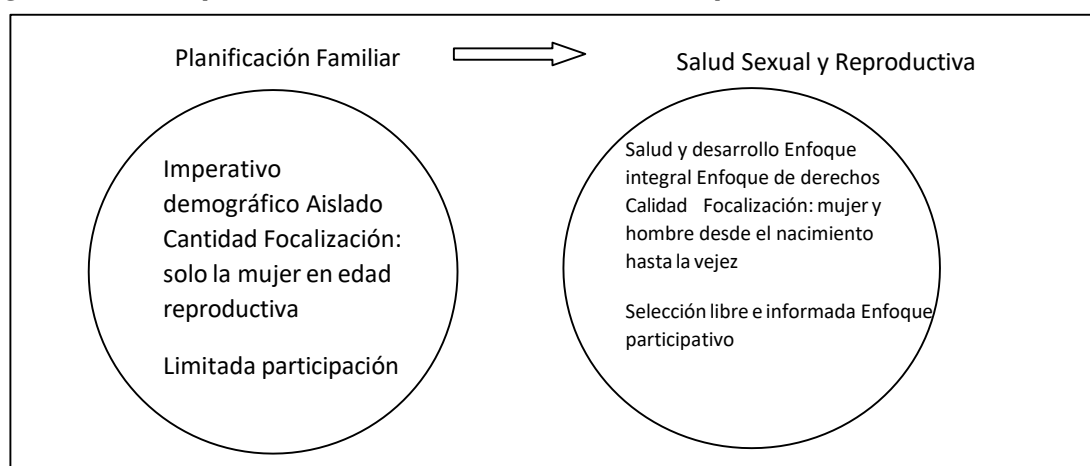
Las aproximaciones analíticas y argumentativas en la epistemología ética tradicional se enmarcan en relaciones estructurales entre el conocimiento científico y la moralidad social. En el campo de la salud, el análisis bioético se enmarca en las discusiones sobre el profesionalismo médico, la estructura de la relación clínica, que incluye los aspectos deontológicos de la relación “médico-paciente”, las condiciones en las cuales los pacientes toman decisiones y finalmente el contexto estructural y sistémico que permite el funcionamiento de estos elementos con relación a los sistemas sanitarios, la distribución y acceso a la salud (Sánchez, 2021).

En el campo de la salud, donde los dilemas que se debaten inciden directamente o indirectamente en la vida de las personas y en quienes brindan atención y cuidados, el reconocimiento de los derechos y libertades constituye uno de los grandes desafíos en la investigación, práctica profesional y regulación en distintos niveles de la sociedad(Montero & Niño, 2016).

La relación entre la ética y la moral no sólo es estrecha pero además histórica, de tal forma que se han utilizado ambos términos de forma indistinta e incluso como sinónimos, atravesando distintas esferas de la sociedad, donde se incluye a las ciencias, el derecho, la religión y por su puesto al estado, adicionalmente se establece un papel determinante en la regulación social de los comportamientos(Goetschel, 2021), conductas y decisiones de las personas a partir de la formulación de principios y normas morales, que se transforman en leyes, decretos y protocolos que permiten la convivencia y funcionamiento social.

Tomando como punto de partida este contexto histórico, es posible situarnos en el análisis de la salud sexual y reproductiva como un proceso paulatino de afirmación, reivindicación y permanente lucha, que pasa por el reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres en general y los derechos sexuales y reproductivos en particular como elementos sustanciales en el ejercicio de ciudadanía de las mujeres, la toma de decisiones, la justicia y la autonomía en su total expresión, en la siguiente figura (Figura 2) podemos identificar el proceso de transformación en el abordaje de sexualidad y la reproducción desde la planificación familiar con un enfoque más bien demográfico, hacia el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos.

Figura 2. De la planificación familiar a la salud reproductiva



Tomado de “ El Estado de la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe: Una Visión Global” (Flórez & Soto, 2008)

El tránsito conceptual desde la Planificación Familiar hacia la Salud Sexual y Reproductiva representa una profunda transformación que va más allá de un simple cambio terminológico, revelando importantes dimensiones éticas y morales. Este proceso evolutivo marca el abandono de una visión utilitarista, donde las personas - particularmente las mujeres- eran consideradas principalmente como medios para alcanzar objetivos demográficos, hacia un paradigma fundamentado en el reconocimiento de la dignidad inherente y la autonomía de las personas como agentes morales (Goetschel et al., 2020). Desde las posturas y planteamientos éticos, la sexualidad y la reproducción se presentan como elementos permanentes en el debate y análisis ético y moral, especialmente en temas relacionados con la anticoncepción, reproducción asistida, maternidad subrogada y el aborto, entre otros, las principales discusiones giran en torno a los criterios éticos frente a la toma de decisiones moralmente correctas frente a dilemas sociales que entran en conflicto con políticas públicas sanitarias, normas y regulaciones culturales y derechos humanos. En este sentido, las teorías éticas tradicionales y que el filósofo mexicano Gustavo

Ortiz Millán (2014) denomina como “éticas generalistas” presentan limitaciones e insuficiencias cuando se trata de abordar temas complejos como es el caso del aborto y los derechos sexuales y reproductivos y que no pueden ser resueltos desde lo que él identifica como principios abstractos y generales (Ortiz-Millán, 2014). Frente a estas limitaciones de las éticas generalistas para abordar la complejidad de los derechos sexuales y reproductivos, surgen perspectivas alternativas que incorporan las experiencias y realidades de las mujeres en el análisis ético. Como veremos a continuación, la ética del cuidado y la ética feminista emergen como marcos teóricos que permiten analizar los dilemas en salud sexual y reproductiva considerando las relaciones de poder, el género como categoría de análisis y las experiencias situadas de las mujeres en su búsqueda de justicia reproductiva(Ortiz-Millán, 2014).

Esta transformación incorpora principios fundamentales de justicia distributiva y equidad de género, reconociendo que el modelo inicial de planificación familiar, al centrarse exclusivamente en las mujeres, reproducía y perpetuaba desigualdades estructurales existentes. El nuevo paradigma de salud sexual y reproductiva se construye sobre un marco ético basado en derechos humanos, trascendiendo la lógica consecuencialista centrada en resultados demográficos, para abrazar principios como el derecho a la información, el consentimiento informado, la integridad corporal y la libertad de decisión. Esta evolución también refleja un importante cambio en la concepción de la responsabilidad social y colectiva, reconociendo la dimensión social de la reproducción y planteando debates éticos fundamentales sobre el rol del Estado como garante de derechos, así como sobre la necesaria tensión entre la autonomía individual y el bien común. En el ámbito de la práctica médica, este cambio paradigmático ha significado el abandono progresivo del modelo paternalista tradicional en favor de un enfoque que prioriza el respeto por la autonomía,

incorporando principios bioéticos esenciales como la no maleficencia, la beneficencia y la justicia en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva(Menéndez, 1998).

2.1 Ética del cuidado y ética feminista: Una cuestión de Género en el debate de la justicia reproductiva

La evolución desde la Planificación Familiar hacia la Salud Sexual y Reproductiva representa una transformación paradigmática que refleja las críticas fundamentales de la ética feminista y la ética del cuidado al modelo biomédico tradicional. Este tránsito evidencia el abandono de una perspectiva que, al igual que los estudios de Kohlberg sobre desarrollo moral, reproducía sesgos de género al fundamentarse exclusivamente en una racionalidad instrumental y principios abstractos que invisibilizaban las experiencias y subjetividades femeninas(Sánchez, 2021). El enfoque inicial de planificación familiar ejemplificaba esta problemática al reducir a las mujeres a objetos de intervención demográfica, sin considerar las relaciones de poder y las estructuras patriarcales subyacentes en la toma de decisiones sobre la reproducción. La transición hacia un paradigma de salud sexual y reproductiva incorpora elementos centrales de la ética del cuidado como la empatía, la responsabilidad y la compasión, reconociendo que las decisiones sobre reproducción no pueden abstraerse de sus contextos relacionales y afectivos(Agudelo Echeverri, 2017). Este nuevo marco ético-político cuestiona la supuesta neutralidad de los principios bioéticos tradicionales, reconociendo que la autonomía, la justicia y el acceso a derechos están atravesados por condicionantes de género . Así, la evolución no solo representa un cambio en la prestación de servicios de salud, sino una transformación en la comprensión de cómo las relaciones de género moldean la experiencia de la sexualidad y la reproducción. Este paradigma integra las críticas de

Gilligan sobre la necesidad de reconocer las "sensibilidades especialmente femeninas" en la toma de decisiones morales, superando la dicotomía tradicional entre racionalidad y emotividad que ha servido históricamente para deslegitimar las experiencias y decisiones de las mujeres en el ámbito reproductivo(Sherwin, 2014).

De acuerdo con Miguel Ángel Sánchez, bioeticista español (2021), desde su nacimiento a finales de los años 70, la bioética como disciplina busca resolver los dilemas y debates relacionados con las ciencias de la vida, en el caso de la salud y la medicina, sus principales objetivos están orientados a los problemas que se originan en la investigación científica con seres humanos, las dinámicas propias de la relación médico-paciente y las condiciones de acceso a atención en salud y la distribución de recursos sanitarios:

“La bioética ha logrado un éxito extraordinario. Ha servido para fundamentar éticamente la investigación. Ha contribuido a transformar el modelo paternalista de relación con los pacientes, y ha cambiado significativamente la forma de tomar decisiones médicas. Y el campo de reflexión bioética ha ido extendiéndose. Ha llegado a abarcar todo tipo de problemas relacionados con la vida, así como los problemas que suscitan las organizaciones sanitarias y la distribución de recursos. También se ha extendido al ambiente y a las generaciones futuras, haciendo que se hable de una bioética ambiental o global”(Sánchez, 2021) .

En este contexto, se desarrollan diferentes métodos de análisis que permiten su aplicación, es aquí donde Sánchez sitúa a la ética del cuidado como una de las escuelas metodológicas de la bioética moderna, cuyo principal objetivo radica en el análisis de las relaciones interpersonales desde una aproximación que reafirma valores como la empatía, la responsabilidad y la compasión, los mismos que se vuelven ejes centrales en los cuestionamientos de los modelos de atención sanitaria a nivel mundial, y que han sido reivindicados por profesiones como la enfermería y la

medicina familiar distanciándose de los principios planteados por Beauchamp y Childress y que son considerados como fundamentos epistemológicos de la bioética médica.

Desde el punto de vista teórico, la ética del cuidado nace a partir de las investigaciones sobre el desarrollo moral desarrolladas por Jean Piaget (1896-1980) y Lawrence Kohlberg (1927-1987), quienes se dedicaron a establecer las condiciones de desarrollo moral, y donde las mujeres tienen un rol especialmente importante ya que señalan que, en términos de la toma de decisiones, su naturaleza afectiva y basada en las subjetividades, es incompatible con la racionalidad necesaria para el proceso moral (Sherwin, 1996):

“Kohlberg amplió los trabajos de Piaget sobre el desarrollo moral. Estudió las formas de razonamiento que se utilizan para resolver dilemas morales y encontró que existe un progreso en etapas que comienza en el egocentrismo y culmina en el universalismo. Observó que las niñas alcanzaban en los test de Kohlberg, por término medio, estadios morales inferiores a los de los niños. Y estos resultados podían interpretarse como pruebas de debilidad moral en la mujer” (Sánchez, 2021)

En 1982, la investigadora Carol Gilligan, quien había trabajado con Kohlberg, cuestiona sus resultados señalando que los estudios desarrollados no contemplaban elementos de género en términos de las diferencias entre hombres y mujeres en los procesos cognitivos y desarrollo moral ya que las herramientas utilizadas nunca fueron probadas en mujeres, por lo que reafirmaban sesgos machistas y paternalistas que terminaron por reafirmar los argumentos sobre la inferioridad moral de las mujeres, limitando su posibilidad de toma de decisiones y autonomía, ya que se basa en emociones y afectos, a diferencia de los hombres que desarrollan la razón y la asertividad como elementos claves en la toma de decisiones y ejercicio de derechos (Sánchez, 2021).

Este es uno de los primeros cuestionamientos que marcan un cambio en el desarrollo epistemológico de la ética del cuidado y lo que se conocería más adelante como las éticas femeninas, Gilligan, se desmarca y establece que lo planteado por Kohlberg, constituye un sesgo que da demasiada importancia a la racionalidad, individualismo a partir de principios abstractos que, dejan de lado e incluso invisibilizan las sensibilidades especialmente femeninas.

Figura 3. Diferencias entre la ética del cuidado propuesta por Kohlberg y Gilligan

CUADRO 1. Diferencias entre la ética del cuidado propuesta por Kohlberg y Gilligan

Kohlberg	Gilligan
1. Entendimiento egocéntrico de la imparcialidad, basado en la necesidad individual (podríamos decir que es no tener en cuenta a los demás).	1. Atención al Yo para asegurar la supervivencia (también es mirar solo por sí mismo).
2. Concepto de la justicia anclado en las convenciones propuestas del acuerdo social (basarse en las normas sociales; por ejemplo, en lo que es legal o no).	2. Entendimiento de la conexión entre el yo y los otros, mediante el concepto de responsabilidad. Lo bueno es la atención a los demás (por lo tanto, posponerse a sí misma).
3. Entendimiento de los principios de la justicia: igualdad y reciprocidad (se entiende que puede no coincidir lo justo y lo legal. Lo que se hace es aplicar por sí mismo los principios de la justicia).	3. La responsabilidad del cuidado incluye a la vez al yo y a los otros. Hay que hacer equilibrios entre el poder y el cuidado de sí mismo, por una parte, y el cuidado a los demás, por la otra.

Fuente:La ética del cuidado (Alvarado García, 2004)

Si bien estos planteamientos resultan relevantes en términos de transformar el pensamiento ético tradicional, los principales aportes y fortalezas de la ética del cuidado resultan mucho más relevantes para las ciencias de la salud en el marco de la construcción y replanteamiento de la atención desde la empatía, compasión y reconocimiento de derechos y preferencias de los pacientes, de acuerdo con la investigadora Alejandra Alvarado García (2004), como se puede ver en la Figura 3, las principales diferencias entre las propuestas de Kohlberg y Gilligan resultan uno de los elementos importantes en el posicionamiento actual de la ética del cuidado como un eje central en la educación sanitaria de cara al fortalecimiento de la empatía y la

compasión como herramientas de aplicación y garantía de los principios de beneficencia y no maleficencia, sin embargo, los avances en la construcción teórica no están exentos de cuestionamientos por parte de la bioética especialmente cuando se plantea la posibilidad de considerar a la ética del cuidado como una teoría ética completa y complementaria al enfoque basado en principios de Beauchamp y Childress, este argumento es mucho más claro cuando se aplica en los debates sobre la ética en enfermería, considerada como una profesión de cuidado por excelencia:

“La enfermera, como cualquier otra persona es un ser moral que debe estar constantemente en una reflexión ética, la cual le permita reevaluar sus compromisos con el cuidado de la vida en cualquiera de las etapas del ciclo vital. Como primera medida el mayor compromiso es el de defender la vida en sí misma, reconociéndole a cada persona su dignidad, autonomía, capacidad de autorregularse, entre otros factores, siempre aplicando los principios y valores morales, durante la elaboración del proceso de atención que debe brindar”
(Alvarado García, 2004)

En este contexto, dichos cuestionamientos y avances son importantes y reafirman la necesidad de transversalizar la empatía, compasión y reconocimiento del otro como elementos estructurales en formación y construcción de las relaciones interpersonales en salud ya que se posicionan como alternativas transformadoras de las asimetrías tradicionales en las relaciones entre profesionales y pacientes. Desde la mirada del género como categoría de análisis, la ética del cuidado presenta deficiencias estructurales a los planteamientos que buscan reivindicar la importancia del cuidado, pero no cuestionan la reafirmación mismo del como un rol de género, históricamente asociado a las mujeres(Ortiz-Millán, 2014), En su análisis de estas relaciones en el marco de los debates sobre aborto, Gustavo Ortiz-Millan hace especial énfasis a esta debilidad teórica en el planteamiento de la ética del cuidado, y amplía su argumento cuando se refiere a la reproducción de la construcción de las

mujeres desde una idea de inferioridad moral relacionada a las subjetividades y afectos, sugiriendo que no es posible un razonamiento objetivo ya que éste es propiamente característico y exclusivo de los hombres (Ortiz-Millán, 2014).

2.2 Justicia reproductiva: Ética y derechos humanos en salud sexual y reproductiva

Para Allison Jaggar, filósofa estadounidense (2014), las desigualdades de género que atraviesan las epistemologías y el conocimiento, incluyen los debates y cuestionamientos abordados por la teoría ética, especialmente cuando sitúan a las mujeres y sus preocupaciones como elementos exentos o bien marginados del análisis ético, por considerarlos menos relevantes o incluso sugerir que son inferiores en relación a los que se relacionan con los hombres, sostiene que, el lugar de las mujeres desde el análisis ético clásico, reafirma los roles patriarcales secundarios de las mujeres que se plasman en planteamientos de los pensadores clásicos:

“Aristóteles, por ejemplo, afirmaba que la esposa debe obedecer y servir a su esposo porque él ha pagado un precio elevado por ella. Tomás de Aquino escribió que la mujer fue creada para ayudar al hombre: pero sólo en la procreación [...] pues para cualquier otra cosa el hombre tendría solo en otro hombre mejor ayuda que en la mujer. Por su parte Rousseau aseveró que la mujer está hecha especialmente para complacer al hombre. Es así que las filósofas feministas han evidenciado lo que Susan Okin denomina el trato funcionalista de las mujeres en la obra de Platón, Aristóteles, Tomás de Aquino, Hobbes, Locke, Rousseau, Kant, Hegel, Nietzsche y Rawls, entre otros”.(Jaggar, 2014)

Este proceso de exclusión no es accidental en el caso de las mujeres ya que se desarrolla como eje fundamental e histórico en el sistema patriarcal. El conocimiento, la teoría en general y la ciencia en particular, se comportan de forma tal que se produce lo que Miranda Fricker (2007) filósofa estadounidense, identifica como

“injusticias epistémicas”, aquellas que desconocen o anulan deliberadamente, posturas, argumentos y posicionamientos teóricos y científicos en dependencia del origen de donde provienen. En el caso de la salud sexual y reproductiva, Fricker afirma que los planteamientos, preocupaciones y posicionamientos de las mujeres, quedan intencionalmente marginados (Fricker, 2007)

Por su parte, la bioética feminista avanza desde la ética del cuidado, resolviendo los principales cuestionamientos a la teoría de Gilligan en relación con el peligro de plantear que el proceso de cuidar corresponde “naturalmente” a las mujeres, citando como ejemplo central a la maternidad, este argumento se hace especialmente evidente cuando la ética del cuidado se pone a prueba en las discusiones éticas sobre la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones sobre sus cuerpos versus las posturas religiosas, culturales y políticas e incluso sanitarias, cuando se trata de la salud sexual y reproductiva en general y la anticoncepción y aborto en particular. Alison Jaggar (2014), plantea una evolución epistemológica que busca re pensar el impacto del pensamiento ético cuando se plantea desde una mirada de género que reconoce diferencias y asimetrías entre hombres y mujeres:

La conciencia de que el género es una variable prominente para la práctica ética ha convencido a algunas feministas de que también es una categoría indispensable para la teoría ética. Quienes defienden esta perspectiva argumentan que a la ética no puede bastarle con conceptualizar a los humanos de manera tan abstracta que sus diferencias inevitables – entre ellas las de género – se vuelvan invisibles. Sostienen también que una teoría ética adecuada no puede conceptualizar a los humanos como seres indiferenciados e ignorar el género y las características relacionadas como la edad, las capacidades, la clase y la raza. Entonces más bien se requiere un aparato ético más complejo que refleje las diferencias inevitables entre las personas (Jaggar, 2014)

En el caso de la salud sexual y reproductiva, las discusiones históricas entrañan un debate ético profundo y centrado en la reafirmación de muchos de los principios que

se proponen nuevamente desde la ética del cuidado. Gustavo Ortiz Millán, filósofo mexicano (2014), contrasta los principios de la ética del cuidado, con los de la ética feminista liberal.

Ortiz Millán considera que el cuidado como teoría ética, cuando se trata de las preocupaciones y reivindicaciones feministas en torno a los derechos sexuales y reproductivos, presenta limitaciones y omisiones importantes que no pueden desconocerse, por ejemplo, cuando se refiere a la reafirmación de la maternidad como un rol social de las mujeres y la asociación entre lo femenino y la subjetividad:

“...la ética femenina debe distinguirse de la ética feminista. Aunque comparten una preocupación básica por los intereses y los puntos de vista de las mujeres, estas dos teorías morales no son equivalentes, porque argumentar a partir de una perspectiva femenina no es necesariamente equivalente a feminismo. En términos generales, y a reserva de que analice con cuidado estas teorías más adelante, mientras que la ética femenina intenta desarrollar una filosofía moral a partir de lo que considera una perspectiva y valores propiamente femeninos, la ética feminista se propone analizar y criticar cualquier forma de injusticia de género y poner fin a la discriminación, desigualdad, exclusión y opresión de las mujeres”(Ortiz-Millán, 2014)

En el caso de la salud sexual y reproductiva, vistas desde los enfoques de género y derechos humanos, estos sesgos se hacen mucho más evidentes, al punto de que llegan a inclinar la balanza ética en términos de las posturas, imaginarios y supuestos que atraviesan las discusiones y debates relacionados con las mujeres, el rol de género en clave patriarcal y las implicaciones sociales, culturales y políticas que esto implica(Jaggar, 2014).

En este contexto, los enfoques tradicionales de la ética clásica y bioética actual, se enfrentan a la necesidad de avanzar a hacia nuevas aproximaciones epistemológicas desde una mirada que incluya el contexto histórico del patriarcado y la

transversalización del machismo en los diferentes espacios sociales, culturales y políticos hacia los nuevos enfoques y epistemologías como la teoría feminista, los estudios de género y la transversalidad en temas como salud, ética y política pública; con las consecuencias que esto implica en la forma como la sociedad responde ante los debates y discusiones que se vuelven urgentes y determinantes para el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas.

En el abordaje de la sexualidad y la reproducción, la teoría feminista y los estudios de género han desarrollado varios instrumentos teóricos que permiten analizar y contrastar los argumentos históricos con los contemporáneos, en el marco de los debates clásicos que siguen siendo polémicos especialmente aquellos que impactan de forma directa o indirecta a las mujeres y sus derechos como es el caso de los derechos sexuales y reproductivos.

En el caso de la bioética por ejemplo, el principio de justicia sanitaria, como fue planteado por Tom Beauchamp y James Childress desde el enfoque de los principios de finales de los años 70, plantea el desafío de la igualdad y equidad en el acceso a la salud y la distribución de los recursos sanitarios en el marco de la Salud Pública(Sánchez, 2021).

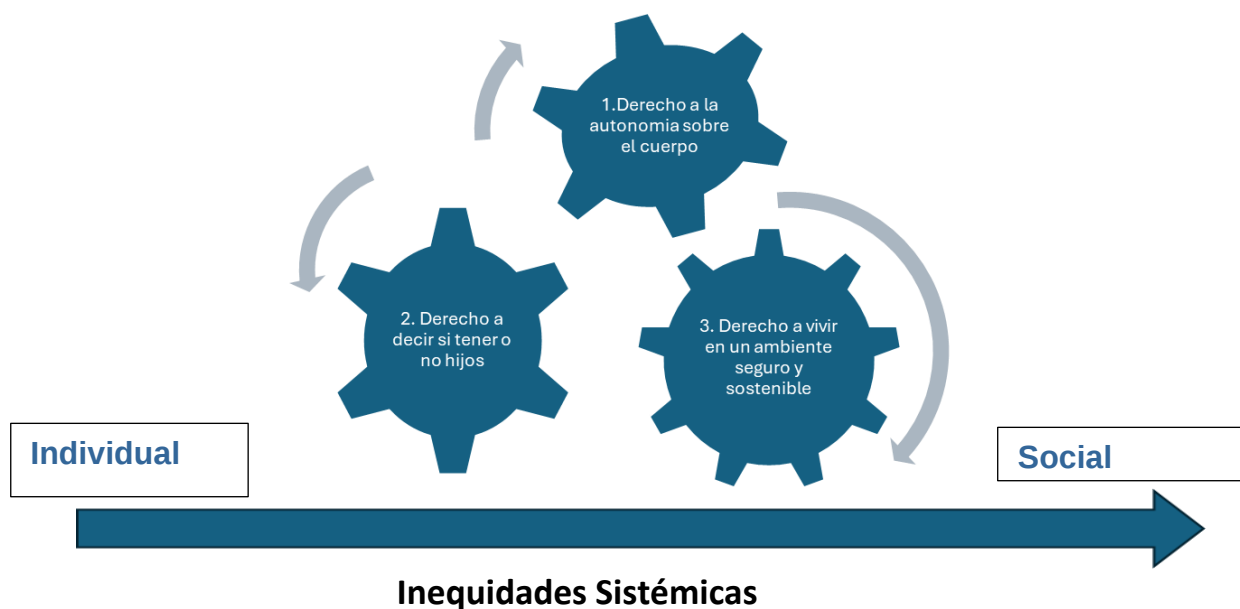
En el marco conceptual de la justicia reproductiva, la teoría feminista y los estudios de género, proponen una mirada adicional que permite aproximarse a las asimetrías que afectan a los derechos de las mujeres como la autonomía, la libertad de los cuerpos, enfocado en el campo de la sexualidad y la reproducción en que se fundamenta el análisis argumentativo bioético de este trabajo:

“La justicia reproductiva permite un análisis crítico de los derechos ciudadanos y reproductivos de una población. Ha transformado el campo de los derechos reproductivos al reconceptualizar la 'elección' reproductiva como 'justicia' para

grupos desfavorecidos. Nos permite abordar las lagunas en la literatura específicas a las intersecciones de encarcelamiento, violencia sexual, género, clase, raza y derechos reproductivos y civiles"(Crawford et al., 2022)

En la siguiente figura (Figura 4), es posible identificar las articulaciones que se producen en el marco conceptual de la justicia reproductiva, desde el análisis de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y los principios bioéticos como la autonomía y la justicia:

Figura 4. Marco Conceptual de la Justicia Reproductiva



Tomado de: "I did whatever they wanted me to do": a qualitative secondary analysis using reproductive justice to explore sexual violence among justice-involved Latina mothers"

(Crawford et al., 2022). Traducción propia

En ese capítulo hemos abordado los elementos teóricos que sustentan el análisis de la salud sexual y reproductiva en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19, desde las aproximaciones teóricas de la bioética feminista y la justicia reproductiva, proponiendo el enfoque de la transversalización del enfoque de género para trabajar los conceptos de justicia sanitaria, autonomía y beneficencia y llevarlos al campo de los debates sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

En el siguiente capítulo y partiendo de este marco conceptual y teórico analizaré los resultados de la investigación: **“Monitoreo del estado de los servicios de salud sexual y salud reproductiva durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en Ecuador”** desarrollada por la ONG SURKUNA en 2020 y 2021y que se enfocan en los impactos directos e indirectos de la pandemia en el acceso a salud sexual y reproductiva en Ecuador.

CAPITULO 3 RESULTADOS Y DISCUSION

La pandemia encontró a Ecuador en un contexto económico y social complejo, y agravó varios de sus signos. Aunque el contagio se concentra en las ciudades (más del 50% del contagio confirmado por PCR ocurre en ocho de las 221 ciudades²), los impactos alcanzan todos los ámbitos del desarrollo”(Gobierno del Ecuador, 2020)

En los primeros capítulos hemos abordado el análisis desde una mirada histórica que recorre los desde la sexualidad y la reproducción como elementos demográficos de la sociedad, pasando por el proceso de reivindicación y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos y que alcanza especial trascendencia para la salud de las mujeres cuando se establece la salud sexual y reproductiva como un elemento central dentro de la salud pública a través de la creación de servicios especializados en los sistemas de salud.

Así mismo, desde el enfoque de género es posible profundizar en el análisis de las desigualdades e inequidades estructurales en términos de acceso y distribución de servicios, insumos y medicamentos para garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el contexto de la pandemia por COVID-19.

Si bien la Pandemia por COVID19 constituye un escenario oportuno para analizar las condiciones sanitarias a nivel mundial, en el caso de la salud sexual y reproductiva, la situación previa en términos de disponibilidad y acceso de las mujeres en general ya era bastante precaria y constituyen elementos esenciales para el análisis actual y desde una mirada bioética que propone cuestionar el desarrollo e implementación de políticas públicas en salud (Goetschel et al., 2020).

“Emergencias de salud pública anteriores han demostrado que el impacto de una epidemia en la salud sexual y reproductiva a menudo pasa

desapercibido, porque los efectos a menudo no son los mismos y, debido a que los efectos no son resultado directo de la infección, sino que responden a las consecuencias indirectas de los sistemas de atención médica, como la sobrecarga, las interrupciones en la atención y la reorganización de recursos. Adicionalmente, las respuestas a las epidemias exacerban aún más las desigualdades de género relacionadas con la salud”(Riley et al., 2020). Traducción Propia

Para profundizar el análisis bioético de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en salud en condiciones de emergencia sanitaria por COVID19 en Ecuador, la bioética feminista como aproximación teórica y transversal permite una visión más profunda y específica que complementa los criterios de distribución y acceso propios de la salud pública aplicados a las situaciones de emergencia y crisis sanitaria que son centrales en esta investigación:

“No será rápido ni sencillo medir el impacto que la pandemia ha significado y que seguirá teniendo en la población. Por lo general, la experiencia respecto de otras crisis sanitarias como el brote del Ébola en Sierra Leona, muestra que el impacto de las emergencias en la salud sexual y reproductiva de las personas tiende a pasar desapercibida y se ve como un efecto colateral fruto de prestaciones restringidas, tratamientos interrumpidos y/o la redistribución de recursos”(MILES, 2020).

En este escenario, la reproducción es uno de los principales espacios de regulación y disputa que sucede en los cuerpos femeninos y donde menos participación de mujeres existe. Los documentos políticos históricos de principios del siglo XX detallan las discusiones sobre la salud reproductiva con las mujeres al margen de los debates y las leyes más bien en un contexto social, cultural y religioso. La participación de la institución médico-científica, como operador técnico de la iglesia y el sistema moral conservador, se encargó de afianzar a la reproducción como una herramienta de crecimiento poblacional y regulación de las mujeres, persiguiendo a las disidencias sexuales y académicas que se materializan en aquellas que deciden abortar o

deciden sobre su salud reproductiva y aquellas profesiones y profesionales comprometidos con la salud y derechos de las mujeres. A partir de la implementación de políticas públicas poblacionales con la finalidad de contrarrestar las altas tasas de mortalidad infantil, se presentan los cuestionamientos permanentes a las medidas de control de la natalidad y la regulación del trabajo sexual.

En el Ecuador el abordaje de la sexualidad y la reproducción constituye una ventana hacia la historia misma de las mujeres desde la restricción, control e invisibilización de sus derechos y el control de sus cuerpos. Las construcciones patriarcales y misóginas que dan sustento a imaginarios y supuesto en las voces científicas del ámbito médico inciden en la construcción e implementación de políticas públicas que reafirman y legitiman las posturas más conservadoras de la iglesia católica como actor político y social, reafirmando los roles históricos del patriarcado: la maternidad y el cuidado en el marco de la protección de la familia como base de la sociedad.

Por lo tanto, las discusiones y debates sociales en torno a la salud reproductiva aterrizan irremediablemente en el aborto y el ejercicio disidente de la sexualidad femenina, como polos negativos del debate que empieza y termina en el control y regulación de los cuerpos de las mujeres, donde la autonomía como principio, valor social y derecho se percibe como una transgresión de los pilares sociales de la familia y la maternidad y que, como veremos en los siguientes apartados determinan las condiciones de posibilidad para el ejercicio y garantía de los derechos sexuales y reproductivos en Salud(Zaragocín et al., 2018).

3.1 Justicia Reproductiva: Identificación de Barreras de Acceso a Salud Sexual y Reproductiva Durante la Pandemia

En la investigación desarrollada por la ONG SURKUNA(Godoy, 2021), uno de los principales elementos de análisis tiene como punto de partida las estrategias

adoptadas por parte del estado Ecuatoriano a partir de la declaración de emergencia sanitaria emitida en marzo del 2020, y que se relacionan, entre otras, con la reorganización de Sistema Nacional de salud como parte de las medidas generales adoptadas para el manejo de la emergencia:

“Las disposiciones en el ámbito de la salud pública se han centrado en la reorganización de la atención en los establecimientos de la Red Pública Integral de Salud (RPIS); la adopción de medidas preventivas de bioseguridad; la guía al personal de atención, administrativo, y auxiliar; y la actualización de la información sobre el comportamiento del virus con base a la evidencia científica disponible. A su vez, se han dirigido fundamentalmente a la prevención y atención de casos con sospecha o contagio de COVID-19 en diferentes espacios, y grupos de personas de atención prioritaria y en condiciones de vulnerabilidad”(Godoy, 2021)

Como se presenta en la siguiente tabla (Tabla 1), los testimonios de las usuarias del Sistema Nacional de Salud a nivel nacional, dan cuenta de las dificultades y barreras de acceso a la atención en salud sexual y reproductiva durante los meses más críticos de la pandemia, de igual forma es posible identificar que en muchos casos las barreras no corresponden a las justificaciones oficiales que el Gobierno Ecuatoriano presentó como parte del Informe para la relatora de Unidas, y que más bien se relacionan con argumentos morales de los profesionales de salud frente a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y que se vieron exacerbados a propósito de la pandemia:

Tabla 1. Acceso a Métodos Anticonceptivos (MAC) y consultas en SSYSR

Testimonios sobre dificultades para acceder a MAC mediante consultas	
Esmeraldas	“[En abril] me dijeron que no había métodos y que no se podía agenda citas por la pandemia [...] Estoy sin método anticonceptivo porque recién me dieron cita para el 18 de agosto”. (Mujer entre los 18 a 24 años, ecuatoriana, de etnia negra, sin ingresos propios en centro de salud del MSP)
Lago Agrio	“Tenía varios meses tratando de conseguir un turno, aproveché porque mi hijo estaba enfermo para pedir la cita y me la dieron esta semana [julio] y me puse una inyección”. (Mujer entre los 18 a 24 años, venezolana, de etnia mestiza, en centro de salud del MSP)
D.M. Quito	“Durante la pandemia necesitaba una consulta de planificación familiar para saber qué método usar porque tengo una relación y no quiero quedar embarazada, pero como no hay citas no pude acceder porque tampoco tengo medios económicos para acudir a otro lugar. Fui a un centro de salud y no había preservativos en los dispensadores y no te dejaban entrar para entregarte condones después de esperar la fila”. (Mujer entre los 18 a 24 años, ecuatoriana, de etnia mestiza, centro de salud del MSP durante el mes de marzo)

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

Tomado de “Informe de resultados del Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador” (Godoy, 2021)

En este sentido, la reorganización y redireccionamiento de los esfuerzos en materia de salud pública con respecto al acceso, atención y disponibilidad de los servicios se vio afectado debido a las restricciones propias de la emergencia sanitaria, lo cual se identifica en la disminución de las atenciones y prestaciones del sistema nacional de salud y que coinciden con los datos presentados por el Gobierno ecuatoriano en el Informe de **“Evaluación socioeconómica: PDNA COVID-19 Ecuador⁴”** como parte de una relatoría en el Sistema de Naciones Unidas para evaluar las respuestas gubernamentales a la pandemia (Gobierno del Ecuador, 2020)

⁴ PDNA: Evaluación de necesidades post Desastre (Gobierno del Ecuador, 2020)

Tabla 2: Impacto en las prestaciones de Salud Sexual y Reproductiva ⁵

Disminución interanual (2019-2020) en siete prestaciones seleccionadas para personas y grupos de atención prioritaria, en establecimientos del MSP.

23

Prestaciones	2019	2020	Diferencia	%
Consultas preventivas prenatales de primer trimestre.	13.053.777,09	10.523.955,09	-2.529.822,00	19,38%
Consultas de adulto mayor bajo protocolo específico.	1.359.469,95	861.903,95	-497.566,00	36,60%
Consultas a personas con discapacidad.	1.100.975,42	823.309,42	-277.666,00	25,22%
Consultas de control de Niño Sano.	726.423,40	465.637,40	-260.786,00	35,90%
Consultas de planificación familiar.	697.427,54	524.186,54	-173.241,00	24,84%
Egresos (personas atendidas en los establecimientos de salud, que egresan vivos o muertos).	568.848,18	396.487,18	-172.361,00	30,30%
Consultas a mujeres por VIH.	44.341,69	34.608,69	-9.733,00	21,95%
Consultas por violencia contra la mujer.	25.528,43	16.325,43	-9.203,00	36,05%
Consultas a mujeres por ITS (infecciones de transmisión sexual)	27.354,75	18.926,75	-8.428,00	30,81%

Fuente: MSP, 2021.

Tomado de: Evaluación socioeconómica: Informe PDNA COVID-19 Ecuador Marzo-Diciembre 2020 (Gobierno del Ecuador, 2020)

Contrastando los testimonios y percepciones de las usuarias con los datos de los servicios y prestaciones del sistema sanitario, es posible profundizar en el análisis de la situación de la salud sexual y reproductiva durante la pandemia en el Ecuador, si bien los datos presentados por el gobierno del Ecuador coinciden con la información recolectada y analizada por SURKUNA (Godoy, 2021) sobre el estado de los servicios la disminución en la disponibilidad y acceso a atención, insumos y dispositivos, las narrativas de las usuarias develan imaginarios y supuestos por parte del personal de salud que se relacionan con prácticas que buscan limitar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

Desde la justicia reproductiva como marco conceptual y de análisis, es posible correlacionarla con la justicia distributiva como elemento teórico bioético, central para

⁵ En la tabla se señalan específicamente las prestaciones relacionadas con salud sexual y reproductiva en mujeres, que se vieron afectadas durante la pandemia.

el análisis de la justicia sanitaria y los principales problemas que aborda en los debates sobre la salud pública desde una mirada teórica. Miguel Ángel Sánchez, bioeticista español, señala que la distribución de los bienes sanitarios, como medicamentos, dispositivos y personal, tiene un efecto directo en el acceso a la atención, por lo que, constituyen dos de los principales desafíos a los que se enfrenta la salud pública históricamente(Sánchez, 2021). En el caso de la salud sexual y reproductiva, desde su reconocimiento universal como derechos fundamentales de las personas, el análisis bioético experimenta un giro importante hacia la implementación de los derechos humanos y la justicia en salud, donde la bioética feminista se posiciona como un elemento teórico central que permite dimensionar los debates en torno a la historia de la salud de las mujeres, develando el rol del patriarcado en los sistemas sociales y políticos que marcan las decisiones en políticas públicas y finalmente los efectos negativos en la calidad de vida y el bienestar de las mujeres. Dichos elementos se reconocen desde la interseccionalidad de forma clara en el informe de la Relatora Especial Tlaleng Mofokeng **“Derechos de salud sexual y reproductiva: retos y oportunidades durante la pandemia de COVID-19”** donde establece que:

“La Relatora Especial demuestra cómo la pandemia de COVID-19 ha frustrado aún más la realización de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, las adolescentes, las niñas y todas las personas capaces de quedarse embarazadas. Dentro de un marco de interseccionalidad, examina el impacto de la legislación y la política, los servicios y la financiación en los servicios de salud materna, neonatal e infantil, la planificación familiar y la anticoncepción, la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, el apoyo integral a los supervivientes de la violencia sexual y de género, el VIH/sida y los cánceres reproductivos.”(Mofokeng, 2021)

Adicionalmente, en una revisión sistemática realizada por investigadoras de la Universidad de Columbia sobre el impacto de la Pandemia por COVID-19 en la Salud

Sexual y Reproductiva desde la justicia reproductiva, se hace especial énfasis en el contexto y antecedentes históricos de la Salud Sexual y reproductiva como una dimensión tradicionalmente precaria en el panorama de la Salud Pública Global, señala que, durante la pandemia, los constantes esfuerzos por mantener a la Salud Sexual y Reproductiva al margen de los servicios esenciales de salud pública, fue mucho severo y evidente durante la emergencia sanitaria, a pesar de que, epidemias pasadas como las de MERS y Ébola , ya habían demostrado la vulnerabilidad de la salud sexual y reproductivos como prestaciones de salud, con un impacto mucho más profundo en las poblaciones más desprotegidas de los países afectados, como es el caso de las niñas, adolescentes y mujeres

“Incluso antes de la pandemia de COVID-19, las personas afroamericanas/negras, latinas, inmigrantes y las mujeres y niñas con un nivel socioeconómico más bajo experimentaban mayores disparidades en salud sexual y reproductiva (SSR). Por lo tanto, es crucial aplicar un marco de justicia reproductiva para garantizar un acceso equitativo y sostenido a servicios de SSR de calidad para todas las poblaciones durante la pandemia de COVID-19”
(Mukherjee et al., 2021)

A partir de estos elementos, podemos hablar de un efecto potenciador de la pandemia sobre diferentes determinantes sociales de la salud como la pobreza, las desigualdades y la calidad de la atención y los servicios de salud pública en una región donde las estas condiciones previas a la emergencia ya eran precarias afectando considerablemente la calidad de vida y el bienestar de las personas. Hemos visto como la justicia sanitaria funciona como un lente social y derechos que, desde la bioética profundiza en los debates sobre las condiciones básicas, la distribución y el acceso a los bienes sanitarios, pero que se limita a las discusiones generales sin adentrarse en las intersecciones de otros elementos como el análisis de género, y la determinación social, como herramientas teóricas útiles para abordar problemáticas

complejas como es el caso de la sexualidad y la reproducción (Guzmán Ordaz & Jiménez Rodrigo Luisa, 2015). Sin embargo, las teorías éticas son diversas en las propuestas epistemológicas que se ponen al servicio del análisis de distintos temas que preocupan a la sociedad, tal es el caso de la ética del cuidado, que si bien se plantea como un elemento dentro del debate sobre los roles sociales, más recientemente ha experimentado un resurgimiento desde los cuestionamientos a la calidad de la atención desde la relación entre profesionales y pacientes, el cuidado como una dimensión amplia de la atención y las diferentes aristas que lo componen, más allá de un servicio, transformándolo en un valor profesional y social que incide directamente en la forma como se percibe a la salud y las dinámicas que se establecen entre los diferentes componentes. En una recopilación de la Profesora Colombiana Alejandra Alvarado García, resume la definición de la ética del cuidado como un valor social de solidaridad y deber colectivo:

“La ética del cuidado se basa en la comprensión del mundo como una red de relaciones en la que nos sentimos inmersos, y de donde surge un reconocimiento de la responsabilidad hacia los otros. Para ella, el compromiso hacia los demás se entiende como una acción en forma de ayuda. Una persona tiene el deber de ayudar a los demás; si vemos una necesidad, nos sentimos obligadas a procurar que se resuelva” (Alvarado García, 2004)

Sin embargo, la autora reflexiona en los elementos argumentativos fundamentales de esta teoría como los señalamientos que se refieren a las diferencias y roles de género de hombres y mujeres, y que, en el contexto del cuidado, vuelven a inclinarse hacia las mujeres como principales responsables de cuidar. En este sentido, y como lo hemos abordado en los apartados anteriores, resulta inevitable que el reconocimiento del cuidado como un elemento moral de comportamiento social y que, resulta altamente valioso en el análisis de las dinámicas de la relación médico-paciente, o

sistema-usuario, pero que resulta insuficiente o incluso negativo cuando se trata de abordar desigualdades estructurales de género que han sido trascendentales para la teoría feminista, los estudios de género y los derechos humanos en salud. En este contexto, es fundamental evidenciar la importancia en la intersección del análisis que es posible desde el género y los derechos humanos en salud, a través del lente de la teoría feminista y que aterriza en los derechos sexuales y reproductivos, la justicia reproductiva y el acceso al derecho a la salud para las mujeres. Es aquí donde el planteamiento de Gustavo Ortiz Millán en su análisis sobre el debate del aborto como derecho reproductivo; es relevante para la discusión de los hallazgos en este trabajo, en especial en el contraste de la bioética del cuidado con la bioética feminista cuando señala que:

“ Finalmente presento, una crítica a la ética del cuidado a partir del feminismo liberal basada en la idea de que apelar a relaciones interpersonales, afectos y cuidado, como lo hace la ética del cuidado, no es suficiente para proteger el espacio de decisión y la libertad individual de una mujer que quiere practicarse un aborto: en un mundo ideal tal vez sí lo sería, pero, en el mundo real donde están fácil que las cosas salgan mal, es necesario proteger ese espacio de decisión y libertad a través del lenguaje de los derechos, como lo hace el feminismo liberal”(Ortiz-Millán, 2014)

De acuerdo a lo planteado por Ortiz Millán, autoras como Carol Gilligan (1982) y Nel Noddings (1984), proponen que existen diferencias en la construcción moral de los valores y las decisiones entre hombres y mujeres. Señalan que los valores de la preocupación, empatía y solidaridad son propiamente femeninos y se distancian de la racionalidad masculina que caracteriza a la autonomía, la imparcialidad y los derechos(Ortiz-Millán, 2014)

En lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, la crítica que desarrolla Ortiz Millán corresponde a un análisis desde la ética feminista liberal, situado en el debate

del aborto como un derecho reproductivo de las mujeres; y establece la necesidad de reconocer y reivindicar a las mujeres como sujetos de derechos y “agentes morales autónomos” con absoluta capacidad de decisión y libertad. Finalmente, el autor se refiere a las críticas adicionales a la ética del cuidado por parte de otras corrientes del feminismo que señalan que estos preceptos reafirman roles de género patriarcales como la maternidad y el sacrificio, desconociendo la racionalidad y autonomía de las mujeres en las decisiones sobre su sexualidad y reproducción(Ortiz-Millán, 2014)

3.2 Priorización y Planificación de Políticas de Salud Sexual y Reproductiva en Tiempos de COVID-19: Criterios Éticos y Governanza Reproductiva

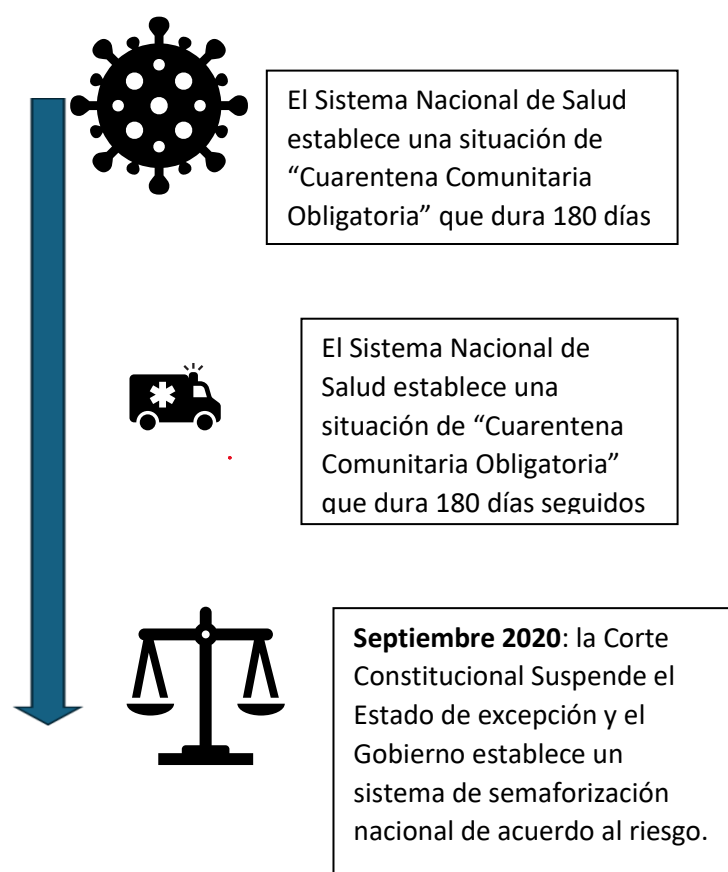
Uno de los principales elementos para este análisis, constituye el análisis de los impactos de la emergencia sanitaria en la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Ecuador, así como también los mecanismos de respuesta y manejo por parte del Sistema Nacional de Salud que, como hemos detallado en apartados anteriores, presenta debilidades considerables en términos de calidad, acceso y disponibilidad, en el detalle de las conclusiones y resultados de la Investigación desarrollada por SURKUNA, la continuidad histórica de la situación de la salud sexual y reproductiva, afectada por recortes presupuestarios, falta de planificación estratégica y voluntad política en el Ecuador determinó que la pandemia afecte aún más a las poblaciones más vulnerables:

“Lo mencionado se torna relevante en países donde el sistema de salud pública es frágil y arrastra barreras estructurales en el acceso a los servicios de SS y SR, como es el caso del Ecuador, que además se ha visto exacerbado previamente a la pandemia debido a políticas de ajuste económico que han reducido el presupuesto y el gasto público en salud. Al respecto, entre 2019 y 2020, se registra una reducción del presupuesto asignado al Ministerio de Salud Pública (MSP) del 5,32%3 incluso iniciativas imprescindibles para garantizar los

derechos de niñas y adolescentes, como es el Proyecto de Prevención del embarazo en niñas y adolescentes, quedaron sin presupuesto en el año 2020. A esto se suma, el insuficiente presupuesto asignado en la implementación de la Ley para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres durante este período, un total de USD 876.862 para garantizar la eficacia del sistema de protección y atención integral a nivel nacional”(Godoy, 2021)

En este análisis, resulta importante establecer una línea de tiempo (Figura 5) en relación con los decretos presidenciales y estrategias emergentes de respuesta al desarrollo de la pandemia en el país, para evidenciar el panorama en el que las acciones gubernamentales de respuesta a la crisis sanitaria se pusieron en marcha:

Figura 5. Respuesta Gubernamental y del Sistema Nacional de Salud frente a la Pandemia.



Fuente: Monitoreo del Estado de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador. (Godoy, 2021) **Elaboración Propia**

Ecuador fue uno de los primeros países de la región en implementar el confinamiento general de la población desde etapas tempranas de la pandemia, esta medida incluyó

la suspensión de las actividades productivas, educativas y de movilización a nivel nacional, generando afectaciones importantes en la economía del país, pero además con un impacto directo en el Sistema Nacional de Salud que se vio permanentemente desbordado. Desde el inicio de la emergencia y a lo largo del confinamiento, es posible observar una disminución progresiva del agendamiento de citas relacionadas con salud sexual y reproductiva, en la siguiente tabla (Tabla 3) se presentan dichos resultados, que fueron descritos en los resultados de la investigación desarrollada por SURKUNA:

Tabla 3. Gestión de Citas Telefónicas Ministerio de Salud Pública. Línea 171

GESTIÓN DE CITAS DE LÍNEA 171 DEL MSP (AÑO 2020) ⁵⁵				
Mes	Citas registradas	Citas entregadas	% Citas asistidas	% Citas no asistidas
Febrero	624.550	612.260	71,90%	25,08%
Marzo	487.803	688.791	50,19%	42,11%
Abril	57.639	280.744	17,27%	65,94%
Mayo	71.966	72.247	53,82%	39,97%
Junio	232.391	178380	67,30%	29,57%
Julio	s/d	s/d	s/d	s/d
Agosto	412.741	306.192	71,84%	25,18%

Fuente: CNT, Informes de Gestión Mensual de la Línea 171 del MSP. Oficio MSP-SNPSI-2020-0185-O.

Tomado de “Informe de resultados del Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador (Godoy, 2021)

La disminución en la demanda de citas a través del agendamiento telefónico no fue el único de los indicadores considerados por el estudio de SURKUNA, a pesar de las condiciones de restricciones y confinamiento las usuarias que acudían a los servicios de salud en busca de atención ginecológica, obstétrica y neonatal, encontrándose con distintas barreras en el acceso que van desde la falta de profesionales, medicamentos e insumos, la re programación unilateral de las citas previamente asignadas o la negativa frontal de atención, a pesar de que al tiempo que se emitieron los decretos de emergencia y estado de excepción por parte del estado, el mismo Ministerio de

Salud emitía acuerdos ministeriales con lineamientos operativos para la aplicación de normativas y protocolos de atención como emergencias obstétricas y prevención de la violencia basada en género, en la siguiente tabla (Tabla 4) se presentan las barreras descritas por usuarias en atención ginecológica.

Tabla 4. Barreras en la atención Ginecológica

Testimonios sobre dificultades para la atención ginecológica	
Lago Agrio	<i>"Tenía una hemorragia por un implante y dolores muy fuertes en el vientre. Fui por emergencia, pero no me atendieron. La enfermera salió y dijo gritando: usted es la que viene todas las semanas, y la gente me miró feo. Yo tenía una hemorragia y pensaba que era un embarazo, no me quedé a esperar y me fui de ese lugar [...] Con mi mamá fuimos a pedir ayuda a la Fundación Alas de Colibrí y pude ir a otro lugar para que me den el tratamiento". (Adolescente de 17 años, de nacionalidad venezolana, en establecimiento del MPS durante el mes de abril)</i>
Lago Agrio	<i>"Siempre me dicen que llame en la siguiente semana y llamo y dicen que están saturados tengo un problema de sangrado y dolor luego de haberme colocado la T de cobre y necesito que me digan algo, pero como no tengo dinero no puedo ir hacia otro lugar". (Mujer entre los 18 a 24 años de edad, venezolana, de etnia mestiza, con ingresos inferiores al sueldo básico, en centro de salud del MSP durante los meses de abril y mayo)</i>
Lago Agrio	<i>"Fui con dolor y la persona que me atendió en estadística me dijo que era normal los sangrados que estaba teniendo, pero tenía 12 días sangrando. No me quisieron atender y me regresé a mi casa". (Mujer entre los 36 a 45 años, venezolana, de etnia mestiza, en centro de salud del MSP durante los meses de abril y mayo)</i>
D.M. Quito	<i>"El 24 de julio tuve un accidente haciendo unas prácticas de mis estudios y me di cuenta que el implante se ha habido movido. La zona empezó a ponerse morada y tenía un dolor permanente. Intenté pedir cita por internet y llamar al 171 pero no pude, incluso llamé al centro directamente, pero me dijeron que no había citas, que estaban atendiendo a muchos pacientes. Me indicaron que no había citas en ningún centro. Lo intenté al menos 8 veces por 171 y unas 5 por internet. Nunca me llamaron de mi centro de salud ni me dieron la opción de telemedicina. [...] Conseguí acudir a un consultorio de un médico de la familia porque no tenía recursos para ir a un centro privado". (Mujer de 21 años de edad, ecuatoriana, de etnia mestiza, sin ingresos propios, sobre centro de salud del MSP)</i>
D.M. Quito	<i>En marzo, tenía cita para extirpar un mioma que me produce muchos sangrados, pero me cancelaron sin avisarme. En julio me enteré que me habían reagendado para junio, pero tampoco me avisaron y se pasó el tiempo. Cuando quise volver a pedir cita ya no estaba apartando y me dijeron que no me cubría el seguro. [...] La telemedicina no me servía porque yo ya tenía un diagnóstico. (Mujer entre los 36 a 45 años, ecuatoriana, de etnia mestiza en centro de salud del IESS)</i>

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

Tomado de "Informe de resultados del Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador (Godoy, 2021)

En los testimonios recolectados, es posible evidenciar que las barreras de acceso no sólo corresponden a la situación de emergencia sanitaria por la pandemia, en algunos casos es posible identificar barreras relacionadas con elementos relacionados con las decisiones éticas del personal de salud frente a la provisión de los servicios de salud

sexual y reproductiva que incluso fueron percibidas como maltrato o violencia por parte de las usuarias entrevistadas, como por ejemplo la garantía de atención en casos de emergencias, la disponibilidad de personal capacitado para atención ginecológica y obstétrica y el acceso a información basada en evidencia científica y protocolos y guías vigentes, los mismos que se presentaron como parte de las estrategias adoptadas por el Estado, como respuesta a la pandemia, en este sentido se pusieron en marcha mesas técnicas de trabajo con la finalidad de emitir recomendaciones para enfrentar de forma efectiva la emergencia sanitaria, pero que, de acuerdo con los testimonios de las usuarias y del personal de salud que participó en el estudio de SURKUNA, fueron insuficientes, debilitando aún más a los servicios de salud sexual y reproductiva:

“En cuanto a la SR, entre abril y junio de 2020, se emitieron 5 documentos de recomendaciones relevantes dirigidas a los profesionales de la salud a nivel nacional para la atención de las mujeres embarazadas y neonatos con sospecha o confirmación de infección por coronavirus.¹⁹ Uno de ellos, son las Recomendaciones para los profesionales de la salud para el manejo y cuidado de la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto, puerperio, periodo de lactancia, anticoncepción y recién nacidos en caso de sospecha o confirmación de diagnóstico de COVID-19 emitidas por la Mesa Técnica de Trabajo 2 del COE-N, donde además se ubican lineamientos generales para asegurar el acceso a métodos anticonceptivos (MAC) ya que “salvan vidas y deben estar disponibles”.²⁰ También se encuentran sugerencias para garantizar la continuidad de la atención prenatal a usuarias con o sin COVID. Sin embargo, ni este documento ni las Recomendaciones de prevención, control y manejo materno en casos sospechosos o confirmados de COVID-19 elaboradas por el MSP en abril de 2020, con una segunda versión actualizada en el mes de junio, recogen los lineamientos específicos para la atención de las emergencias obstétricas y el aborto terapéutico en tiempos de COVID-19.²¹ Estos servicios son esenciales y deben ser proveídos incluso en contextos de emergencias humanitarias, sanitarias o conflictos armados. Además, en dichas recomendaciones se perciben notables ausencias respecto a la atención de

grupos prioritarios, dado que tampoco constan directrices especiales enfocadas en la atención de niñas y adolescentes embarazadas, mujeres con discapacidad, mujeres de la diversidad sexual, entre otras”(Godoy, 2021).

En la siguiente tabla es posible identificar el incumplimiento de las normativas vigentes antes descritas, y como fue percibido tanto por las usuarias de los servicios así como por los profesionales de salud.

Tabla 5. Disponibilidad de Anticonceptivos y Falencias en la aplicación de normativas

Testimonios de falta de MAC en establecimientos de salud y falencias en la aplicación de la normativa	
Cantón	Descripción
Machala	<i>“La atención es buena pero no hay preservativos en el dispensador desde marzo y ya estamos agosto”.</i> (Mujer trans entre los 36 a 45 años de edad, ecuatoriana, de etnia mestiza, sin ingresos propios, sobre centro de salud del MSP durante el mes de abril)
Machala	<i>“No tuvieron implantes en el subcentro, por lo que me tocó acudir a particulares”.</i> (Mujer entre 25 a 30 años, ecuatoriana, de etnia mestiza, sin ingresos propios, en centro de salud del MSP durante los meses de marzo y abril)
Esmeraldas	<i>“Ahora [septiembre], solo tenemos pastillas e inyectables, no hay ni AOE ni T de cobre. Es algo a nivel distrital porque las mujeres no encuentran tampoco en otros centros. En mayo y junio se nos acabaron los inyectables, solicitamos y nos dieron 3, que no alcanzan. Esto genera incomodidad en las pacientes porque hay meses que no tenemos todos los anticonceptivos que desean. Ya sucedía antes de la pandemia, pero ahora mucho más”.</i> (Obstetra de un centro de salud del primer nivel de la ciudad de Esmeraldas)
D.M. Quito	<i>“Cuando fui a por mis pastillas con mi carné, no me las querían entregar porque durante la pandemia estaba viviendo en otro domicilio. - Por hacerle un favor le damos para 3 meses-, me dijeron debido a que les insistí. Hasta puse una reclamación. Después en junio volví y ya no me quisieron dar. Decían que ya estábamos en semáforo amarillo y que me podía movilizar al centro donde estaba mi historia clínica. Pero yo vivía con mi abuela que es grupo de alto riesgo de contagio del virus. Intenté cambiar mi domicilio, pero no lo logré y suspendí mi tratamiento.</i> (Mujer de 23 años de edad, ecuatoriana, de etnia mestiza durante los meses de marzo a junio en un centro del MSP)

Fuente: elaborado por el Equipo Técnico de Surkuna a partir de las entrevistas no publicadas realizadas por las organizaciones participantes en la investigación.

Tomado de “Informe de resultados del Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador”(Gobierno del Ecuador, 2020)

Estos datos coinciden con lo presentado en el informe de Evaluación Socioeconómica PDNA COVID-19 presentado por el Estado Ecuatoriano a la Relatoría de Naciones Unidas y que detallan las cifras relacionadas con el impacto de la emergencia sanitaria en el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva que incluye

acciones de promoción y prevención, la considerable disminución en el número de consultas, así como también la atención en emergencias obstétricas, ginecológicas y neonatales, lo que a su vez afectó la razón de mortalidad materna y el riesgo de mortalidad neo y perinatal :

“Durante la pandemia se afectó el acceso a los servicios de salud. Si se toma como referencia el mismo período en 2019, en 2020 no se realizaron 19 millones de atenciones en prevención y promoción. La afectación mayor corresponde a salud sexual y reproductiva, salud materno infantil, adultos mayores, personas con discapacidad, y prevención y atención de la violencia basada en género. El número de atenciones preventivas en planificación familiar a mujeres de 10 a 49 años se redujo en un 25% en el período marzo - diciembre 2020 con respecto al mismo período del año anterior. El número de controles prenatales se redujo en un 19% en el mismo período. A nivel provincial, Guayas disminuyó el 21,5%, (807 mil atenciones menos), Pichincha el 17,6% (660 mil atenciones menos) y Manabí el 7,5% (281 mil atenciones menos). En adultos mayores las atenciones disminuyeron en el 36,6%, en prevención y atención de la violencia contra las mujeres 36,1%, en control del niño sano 35,9%, en personas con discapacidad con 25,2%, en planificación familiar 24,8%, y en controles prenatales 19,4%. Las mujeres y los niños fueron particularmente afectados por el debilitamiento de acciones de prevención y promoción de la salud (controles prenatales a embarazadas, consultas de anticoncepción y planificación familiar, detección y tratamiento de VIH y controles conexos de niño neonato y sano). La pérdida de atención en el sistema deteriora la capacidad de detección y corrección oportuna de situaciones de riesgo. Por ejemplo, en la semana epidemiológica 2 se puede observar un exceso de 16 muertes maternas entre 2019 y 2020; en la semana epidemiológica 27 de 2020, de 85 muertes maternas, 20 corresponden a COVID-19, convirtiéndose en la principal causa de mortalidad materna”(Gobierno del Ecuador, 2020)

La información presentada en ambos reportes coincide en la afectación directa y permanente a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en Ecuador durante la pandemia, desde el nivel macro a través de procesos de planificación estratégica ineficientes e insuficientes al no considerar aspectos como el género, la violencia o

bien las condiciones socio económicas y de riesgo derivadas de la propia pandemia, y a nivel micro en las actitudes y comportamientos de parte del personal de salud frente a la sexualidad y la reproducción como derechos humanos y de las mujeres. Este último aspecto, en especial, se relaciona con los supuestos e imaginarios que circulan alrededor de la salud sexual y reproductiva, la autonomía y la justicia, en el proceso de atención en salud y la toma de decisiones. El rol de las y los profesionales de salud frente a la autonomía y libertad de las mujeres para decidir sobre sus cuerpos, la maternidad y la sexualidad, se mantienen como elementos de juicio moral que determinan la vulneración permanente de derechos y la reproducción de prácticas machistas y patriarcales en salud.

Si bien los datos encontrados hablan de los impactos de la pandemia en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, la información disponible sobre las estrategias de respuesta gubernamental y la medición del impacto de la pandemia en el sector salud en general y en la salud sexual y reproductiva en particular, nos permiten profundizar en el análisis de los elementos de justicia y gobernanza reproductiva que hemos detallado a lo largo de este trabajo y que constituyen elementos éticos relevantes para el análisis de la salud sexual y reproductiva desde una mirada de género, interseccional y de derechos humanos.

3.2.1 Medidas De Respuesta Del Sector Salud: Estimación de los Impactos de la Pandemia por Covid-19 y Estrategias de Recuperación en Salud Sexual Y Reproductiva

En este apartado nos enfocaremos en la planificación de la respuesta por parte del sector salud frente al impacto de la emergencia sanitaria por COVID-19. Este análisis está basado en los datos presentados en el informe PDNA(Gobierno del Ecuador, 2020), nos enfocaremos en las estimaciones y respuestas implementadas en salud

que se enfocan principalmente en las prestaciones y servicios relacionados con la Salud sexual y Reproductiva, así como también la prevención y manejo de la violencia basada en género.

De acuerdo con el informe las acciones desarrolladas como respuesta a la emergencia y que se relacionan con los servicios y prestaciones de salud sexual y reproductiva incluyen:

- *“Generación de espacios de intercambio de conocimientos y prácticas entre el equipo de Atención Integral de Salud con las parteras/os ancestrales sobre COVID-19, a través de la metodología del diálogo de saberes.*
- *Emisión del documento para el primer nivel de atención Recomendaciones para la prevención, control y manejo de neonatos con sospecha de infección por SARS-CoV-2 o confirmación de COVID-19.*
- *Emisión de Recomendaciones de salud materna, lactancia, anticoncepción y recién nacidos en caso de sospecha o confirmación de diagnóstico de SARS-CoV-2 o COVID-19 y Recomendaciones y consideraciones generales de prevención, control y manejo materno en casos sospechosos o confirmados de COVID-19 (versión 2).*
- *Elaboración y difusión de mensajes sobre salud materna, planificación familiar, señales de peligro en embarazo, parto y postparto, con enfoque intercultural e inclusivo, en el marco del COVID-19.*
- *Aseguramiento del funcionamiento de 1.966 centros de salud del primer nivel de atención.*
- *Provisión de kits de salud sexual y reproductiva para atención a población de fronteras norte y sur, incluyendo población en movilidad humana.*
- *Ejecución de jornadas virtuales de consejería/ asesoría al sector educativo sobre COVID-19, agua segura, lavado de manos e higiene de alimentos, alimentación infantil, actividad física, educación integral para la sexualidad.*
- *Sensibilización en establecimientos de salud de prevención y rutas de atención a violencia de género (12.874 actividades).*
- *Capacitación en el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos en Salud Sexual y Reproductiva en respuesta a la emergencia en las zonas de frontera norte y sur.*
- *Fortalecidas las capacidades de agentes comunitarios para la vigilancia epidemiológica comunitaria en la frontera norte, articulado con el Sistema de*

Alerta, y Respuesta Temprana frente a la pandemia y frente a la vulneración de derechos, incluidos derechos sexuales y reproductivos”(Gobierno del Ecuador, 2020)

Sin embargo y, a pesar de dichas acciones, es posible identificar los principales efectos y pérdidas en la salud sexual y reproductiva, que, coinciden con lo recopilado en el análisis presentado por SURKUNA, en este caso vistos desde la planificación estratégica y mecanismos de gobernanza sanitaria:

“En el caso de los servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, las atenciones por primera consulta preventiva en planificación familiar a mujeres de 10 a 49 años se redujeron en un 25% en el período marzo-diciembre 2020, con respecto al mismo período del año anterior. Las atenciones por primera consulta preventiva de control prenatal se redujeron en un 19% en el mismo período. Este desplazamiento también ha ocurrido con la detección y tratamiento de VIH (reducción del 26%¹⁰²) y controles conexos de niños neonatos y sanos (reducción de 43%¹⁰³). En total se estima que entre marzo-diciembre del 2020 se redujeron en más de 19 millones las prestaciones regulares que se hicieron en el mismo período en el 2019, entre atenciones por morbilidad, preventivas, de promoción y de emergencia. Entre los efectos previsibles tenemos: desnutrición infantil y crecimiento no saludable de los menores, incremento de embarazos no planificados, complicaciones obstétricas e incremento de mortalidad materna. En el 2020, se registraron 163 muertes maternas (40 muertes maternas en exceso, en comparación con el año 2019)”(Gobierno del Ecuador, 2020)

En el marco de la justicia y gobernanza reproductiva, es interesante identificar que, si bien el Gobierno Ecuatoriano pudo implementar una serie de estrategias de respuesta frente a la emergencia y donde se incluyen los componentes de Salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos, los impactos directos e indirectos en la calidad de vida y bienestar de niñas, adolescentes y mujeres a partir de las interrupciones, barreras y debilitamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva no sólo se presentaron de manera inmediata durante la pandemia, pero

además se mantuvieron a lo largo de la crisis y será posible identificar efectos negativos a mediano y largo plazo.

De acuerdo con la revisión sistemática desarrollada por Mukherjee et al.(2021) sobre el impacto de la pandemia en la salud sexual y reproductiva:

“La priorización de la respuesta a la epidemia ha eclipsado la salud sexual y reproductiva (SSR), que históricamente ha sufrido una falta de inversión o ha sido deliberadamente descartada debido a desigualdades estructurales de género. Sin embargo, dado el aumento de las enfermedades infecciosas emergentes y los llamados cada vez más frecuentes a prestar atención a la SSR durante pandemias y epidemias, estos hallazgos subrayan la necesidad de evaluar todo el espectro de los efectos en la SSR. Esto incluye VIH/ITS; educación sexual integral; aborto seguro; prevención, detección y consejería en casos de violencia de género; prevención, cribado y tratamiento de la infertilidad y los cánceres ginecológicos; así como consejería y atención para la salud y el bienestar sexual”(Mofokeng, 2021).

A partir de esta revisión es posible ver que, a nivel mundial, se produjo una afectación importante a los servicios de salud sexual y reproductiva, caracterizada por la reorganización de los servicios, que incluyó el cierre de establecimientos y redistribución del personal capacitado para atención diferenciada, la disminución progresiva y desabastecimiento de medicamentos e insumos destinados para salud sexual y reproductiva, disminución en la demanda de consultas de atención prenatal, atención obstétrica, que incluye emergencias y atención neonatal y relacionada con violencia basada en género y manejo y prevención de Infecciones de transmisión sexual y VIH-SIDA.

Como hemos visto a lo largo de este capítulo, existe evidencia sobre los impactos negativos de la pandemia en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos en general, pero más aun en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, si bien es cierto, es posible pensar que dichos efectos fueron efectos inintencionados

de la respuesta emergente y muchas veces caótica por parte de los Gobiernos, que, en el caso de Ecuador, ya venían enfrentando desafíos importantes en salud pública con un sistema de salud fragmentado y donde la salud sexual y reproductiva no ha sido considerada una prioridad o un eje estratégico en las políticas de promoción y prevención. En los últimos datos presentados en el informe presentado a Naciones Unidas, el país reconoce el debilitamiento progresivo de los servicios sanitarios, especialmente los relacionados a salud sexual y reproductiva, si bien es cierto se describen acciones emergentes durante la pandemia, ninguna de ellas hace referencia al fortalecimiento de servicios ya existentes, mejoramiento de la calidad de la atención a grupos vulnerables o la garantía de la provisión de medicamentos, insumos, dispositivos y personal capacitado y sensibilizado para fortalecer la atención y garantizar derechos.

CAPITULO 4 CONCLUSIONES

Las conclusiones de esta investigación abordan los criterios éticos que atravesaron la toma de decisiones en el acceso a salud sexual y reproductiva durante la pandemia de COVID-19 en Ecuador, analizando específicamente las tensiones entre la ética del cuidado y la bioética feminista. El análisis se estructura en tres ejes: primero, la identificación de barreras de acceso a servicios desde una perspectiva de determinación social; segundo, el contraste entre los principios de la bioética feminista y la justicia reproductiva; y tercero, la propuesta del análisis bioético feminista como herramienta de transversalización del enfoque de género en la garantía de derechos sexuales y reproductivos.

4.1 Criterios éticos en salud sexual y reproductiva durante la pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19 profundizó desigualdades estructurales en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en Ecuador, evidenciando cómo los criterios de priorización sanitaria reproducen jerarquías de atención que vulneran los derechos de las mujeres. Los datos del Monitoreo de SURKUNA y el informe de Evaluación Económica del Gobierno revelan que la respuesta a la emergencia sanitaria reforzó patrones históricos de discriminación, evidente en la respuesta del sistema de salud a partir del reordenamiento de servicios para responder a la demanda durante la pandemia. Sin embargo, tanto este informe como el estudio de SURKUNA sugieren que los servicios de salud sexual y reproductiva fueron categorizados como "no esenciales", reproduciendo un patrón histórico de invisibilización de las necesidades específicas de las mujeres, especialmente aquellas reconocidas como derechos. Esta

categorización contradice directamente las obligaciones estatales de garantizar el derecho a la salud sin discriminación y revela cómo los criterios de priorización reproducen sesgos de género en la asignación de recursos sanitarios.

Las principales barreras identificadas revelan un problema sistémico en la aplicación de principios bioéticos especialmente cuando nos referimos a la distribución y el acceso a servicios de salud, contenidos en el principio de justicia sanitaria (Sánchez, 2021). Y que se refleja especialmente en el debilitamiento selectivo de servicios de salud sexual y reproductiva como atención en salud materna, anticoncepción, aborto y violencia basada en género.

Desde la mirada de la determinación social en salud y el enfoque de la interseccionalidad, es posible profundizar el análisis y entender cómo las barreras antes señaladas se articulan con otras formas de discriminación que también afectan a las mujeres como es el caso de las condiciones socio-económicas, la ruralidad y barreras adicionales para mujeres indígenas, afrodescendientes, en situación de movilidad humana, niñas y adolescentes (Godoy, 2021).

Adicionalmente, como señala Mofokeng (2021), estas decisiones reflejan estructuras patriarcales que controlan la sexualidad y los cuerpos de las mujeres, adaptándose y fortaleciéndose en contextos de crisis. La pandemia demostró que aplicar los principios éticos desde los enfoques tradicionales, resulta insuficiente cuando no se consideran las relaciones de poder y desigualdades estructurales en la toma de decisiones sanitarias.

4.2 De la ética del cuidado a la bioética feminista: un análisis crítico

La ética del cuidado, aparece como respuesta a las limitaciones de género de la ética principialista; y cuyo principal objetivo consiste en posicionar valores considerados como característicamente femeninos, como la empatía y la solidaridad, re planteando las discusiones sobre la humanización de las relaciones clínicas y la dinámicas entre profesionales y usuarios. Vista desde los estudios de género y la bioética feminista, la ética del cuidado presenta limitaciones fundamentales en su construcción epistemológica y su posibilidad pragmática las mismas que se amplifican desde la lente de los derechos en el espacio de la salud sexual y reproductiva(Ortiz-Millán, 2014). Su énfasis en la maternidad como rol definitorio del cuidado refuerza estereotipos de género que contradicen principios feministas fundamentales sobre autonomía corporal y libertad reproductiva de las mujeres. Además, mantiene la visión kantiana que cuestiona su capacidad moral, reduciéndolas a seres primordialmente afectivos cuya racionalidad no solo que es limitada pero además subestimada(Montoya Montoya, 2007).

En contraste, la bioética feminista emerge como un marco analítico más robusto que propone una mirada desde el género y los derechos de las mujeres, desde un contexto más amplio, cuando reconoce el recorrido histórico de las demandas y luchas feministas, la constante reivindicación de la autonomía sobre los cuerpos y decisiones que se relacionan con la maternidad, la sexualidad y la reproducción y la transformación de estos elementos en agentes transformadores sociales y culturales cuando se establecen como derechos (sexuales y reproductivos), volviéndose estructurales y sistémicos. Por lo tanto, la ética feminista, surge como una mirada

disruptiva y cuestionadora de la ética moderna, no sólo al reconocer y posicionarse como un elemento analítico de la situación social de las mujeres, avanza hacia la re interpretación de los cuatro principios, ampliando su dimensión y alcance hacia un panorama realmente universal.

Este proceso se inicia a partir del reconocimiento de las mujeres como sujetos morales plenos, con autonomía y capacidad de tomar decisiones sobre su cuerpo, su salud y su vida. Adicionalmente, la ética feminista constituye una herramienta elemental para cuestionar las dinámicas de poder, equidad y justicia que atraviesan las estructuras patriarcales especialmente en el espacio de la salud y los derechos. Finalmente, incorpora la interseccionalidad como un recurso importante para analizar y comprender cómo diferentes formas de opresión se entrelazan y operan.

Siguiendo a Ortiz-Millán (2014), esta perspectiva trasciende el cuidado al incorporar principios de justicia de género y autonomía en las decisiones sobre el cuerpo y la sexualidad. La pandemia evidenció que mientras la ética del cuidado se centra en mejorar la relación médico-paciente, la bioética feminista cuestiona las estructuras que determinan quién accede a los servicios y bajo qué condiciones.

Alison Jaggar (2014) demuestra cómo la injusticia epistémica permea las políticas públicas, privilegiando perspectivas e intereses masculinos sobre las necesidades específicas de las mujeres. En el Ecuador, durante la pandemia, esto se manifestó en la implementación de estrategias sanitarias que ignoró impactos por género y determinantes sociales (por ejemplo las restricciones de movilidad y confinamiento que afectaron a poblaciones empobrecidas, favoreciendo el contagio)(E. Ed. Ortiz-Prado, 2021). Decisiones sanitarias que reprodujeron sesgos de género preexistentes, como la reorganización de servicios de atención materna e infantil, disponibilidad y

provisión de anticonceptivos, emergencias obstétricas y cobertura de servicios de atención en casos de violencia basada en género. Y finalmente dejo ver la ausencia de mujeres en espacios de toma de decisiones sobre políticas de salud en el transcurso de la emergencia(Surkuna, 2020).

4.3 Bioética feminista como herramienta de transformación

La bioética feminista como herramienta teórico-metodológica, junto con el enfoque de género como categoría de análisis, proponen una transformación profunda y estructural del análisis de las acciones del sistema de salud durante la crisis sanitaria, partiendo de la justicia reproductiva como principio fundamental en los debates sobre acceso y distribución de servicios en el marco de la garantía del derecho a la salud.

La justicia reproductiva, como elemento central de la bioética feminista, plantea el reconocimiento de la interseccionalidad en el acceso a derechos: Las múltiples formas de discriminación y opresión se entrelazan afectando de manera diferenciada el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente para mujeres indígenas, afrodescendientes, rurales o en situación de pobreza(Sherwin, 1996).

La autonomía corporal como principio inalienable: El derecho a decidir sobre el propio cuerpo, la sexualidad y la reproducción es fundamental y no puede ser limitado por consideraciones culturales, religiosas o políticas que reproducen control patriarcal.

La transformación de estructuras de poder: Las jerarquías médicas y sanitarias tradicionales deben ser cuestionadas y transformadas para reconocer a las mujeres como sujetos de derechos y no como objetos de intervención.

La garantía de condiciones materiales: El ejercicio efectivo de derechos requiere acceso a servicios de calidad, información, recursos y apoyo social, especialmente para poblaciones históricamente marginadas.

La transversalización del enfoque de género, a través de la bioética feminista, permite:

- Cuestionar principios éticos tradicionales: La pretendida neutralidad de la bioética principialista ha servido para invisibilizar impactos diferenciados y perpetuar desigualdades en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva(Ortiz-Millán, 2014).
- Incorporar experiencias diversas: Las vivencias y necesidades específicas de diferentes grupos de mujeres deben guiar el diseño e implementación de políticas sanitarias para asegurar su pertinencia y efectividad.
- Desarrollar protocolos equitativos: Los criterios de priorización y atención deben reconocer necesidades diferenciadas y garantizar continuidad de servicios esenciales incluso en contextos de crisis.
- Promover participación efectiva: La presencia y voz de las mujeres en espacios de decisión es crucial para transformar estructuras de poder y asegurar políticas que respondan a necesidades reales.

La experiencia de la pandemia de COVID-19 en Ecuador revela la necesidad de un diálogo profundo sobre los criterios éticos que guían las decisiones en salud sexual y reproductiva. La bioética feminista y la justicia reproductiva emergen como marcos que favorecen la participación activa de las mujeres y el reconocimiento de sus derechos, proponiendo una transformación donde sus voces, experiencias y necesidades sean centrales en la construcción de políticas públicas.

El análisis bioético feminista ofrece una perspectiva transformadora que, al reconocer la plena capacidad moral de las mujeres y cuestionar las estructuras de poder en salud, abre espacios para construir sistemas sanitarios más justos y equitativos. Este enfoque no solo visibiliza las experiencias diversas de las mujeres, sino que propone un nuevo paradigma donde la justicia reproductiva y la autonomía corporal sean el centro del diálogo sobre derechos sexuales y reproductivos, permitiendo respuestas más efectivas incluso en contextos de crisis.

REFERENCIAS

- Agudelo Echeverri, J. (2017). *La planificación familiar. Discursos sobre la vida y la sexualidad en Ecuador desde mediados del siglo XX*. FLACSO-Ecuador .
- Alvarado García, A. (2004). La ética del cuidado . *Revista Aquichan*, 4(4), 30–39.
- Baron, T. (2022). *COVID-19, Care Ethics, and Vulnerability* (pp. 157–176). https://doi.org/10.1007/978-3-030-97982-9_10
- Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva) (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica)* .
- CEPAL-OPS. (2020). *Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe*.
- Crawford, A. D., McGlothen-Bell, K., & Cleveland, L. M. (2022). “I did whatever they wanted me to do”: a qualitative secondary analysis using reproductive justice to explore sexual violence among justice-involved Latina mothers. *BMC Public Health*, 22(1), 1453. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13865-8>
- Daniels, N. (2001). Justice, Health, and Healthcare. *American Journal of Bioethics*, 1(2), 2–16. <https://doi.org/10.1162/152651601300168834>
- Declaración Universal de Derechos Sexuales, XIII Congreso Mundial de Sexología (1997).
- Esteban, M. L., en, Ortiz, T., & Becerra, G. (1996). Relaciones entre feminismo y sistema medicocientífico. En *Mujeres en Ciencias. Mujer, feminismo y ciencias naturales, experimentales y tecnológicas* (pp. 143–184). Universidad de Granada .
- Flórez, C. E., & Soto, V. E. (2008). *El Estado de la salud Sexual y Reproductiva en América Latina y el Caribe: Una Visión Goblal* .
- Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014). *Programa de Acción Aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo. El Cairo 1994. Edición 20 Aniversario* (pp. 65–70).
- Fontenla, M. (2021). Patriarcado . En S. B. Gamba & T. Diz (Eds.), *Nuevo Diccionario de Estudios de Género y Feminismos*. Biblos .
- Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice_Power and the Ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Fumo, F. V. (2020). La justicia sanitaria en el contexto de la COVID-19: lectura bioética desde la justa igualdad de oportunidades de Norman Daniels. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 14, 01–15. <https://doi.org/10.14422/rib.i14.y2020.008>

- Gobierno del Ecuador. (2020). *Evaluación Socioeconómica: Informe PDNA COVID-19 Ecuador Marzo-Diciembre 2020*.
- Godoy, S. (2021). *Monitoreo del estado de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la Emergencia Sanitaria por COVID-19 en Ecuador* .
<https://surkuna.org/recurso/la-salud-sexual-y-salud-reproductiva-son-vitales/>
- Goetschel, A. M. (2021). *Historias de rebelión y castigo. El aborto en Ecuador en la primera mitad del siglo XX*. FLACSO Ecuador / Planned Parenthood Global.
<https://doi.org/10.46546/2021-22savia>
- Goetschel, A. M., Herrera, G., & Prieto, M. C. (2020). *Derechos sexuales y derechos reproductivos en Ecuador: disputas y cuentas pendientes* (Editorial FLACSO. Abya-Yala, Ed.). Flacso- Ecuador.
- Guzmán Ordaz, R., & Jiménez Rodrigo Luisa, M. (2015). La interseccionalidad como instrumento analítico de interpelación en la violencia de género. *Oñati Socio-legal Series*, 5(2), 596–612.
- Jaggar, A. M. (2014). Ética feminista. *Debate Feminista*, 49, 8–44.
[https://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30002-0](https://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30002-0)
- Lamas, M. (1996). La Bioética: Proceso Social y Cambio de Valores . En G. Careaga, J. G. Figueroa, & M. C. Mejía (Eds.), *Ética y Salud Reproductiva* (pp. 119–139). Editorial Porrúa.
- Menéndez, E. L. (1998). Modelo Médico Hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*, 1(51), 17–22.
- MILES, C. (2020). *Acceso a la Salud Sexual y Reproductiva durante la Pandemia*.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020). *ACUERDO No. 00006 – 2020 (REFÓRMESE EL REGLAMENTO PARA EL DESARROLLO DE INVESTIGACIONES EN SALUD)*. Ministerio de Salud Pública del Ecuador .
- Mofokeng, T. (2021). *Informe de la Relatora Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng Derechos de salud sexual y reproductiva: retos y oportunidades durante la pandemia de COVID-19*.
- Montero, A., & Niño, R. (2016). *Bioética en Salud Sexual y Reproductiva*. Editorial Mediterráneo.
- Montoya Montoya, G. J. (2007). LA ÉTICA DEL CUIDADO EN EL CONTEXTO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. *Acta bioethica*, 13(2).
<https://doi.org/10.4067/S1726-569X2007000200003>
- Morgan, L. M., & Roberts, E. F. S. (2012). Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19(2), 241–254.
<https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675046>
- Mukherjee, T. I., Khan, A. G., Dasgupta, A., & Samari, G. (2021). Reproductive justice in the time of COVID-19: a systematic review of the indirect impacts of

- COVID-19 on sexual and reproductive health. *Reproductive Health*, 18(1), 252. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01286-6>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Salud sexual y reproductiva: Definiciones*. .
- Ortiz-Millán, G. (2014). Ética feminista, ética femenina y aborto. *Debate Feminista*, 49, 70–93. [https://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30004-4](https://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30004-4)
- Ortiz-Prado, E., & Cevallos, D. (2021). COVID-19 en Ecuador, perspectivas desde la salud pública. En E. Ortiz-Prado (Ed.), *La enfermedad del Coronavirus-2019 (COVID-19) y el Virus del SARS-CoV-2* (Primera Edición, pp. 517–528). UDLA Ediciones .
- Ortiz-Prado, E. Ed. (2021). *La enfermedad del Coronavirus-2019 (COVID-19) y el virus del SARS-COV-2*. UDLA Ediciones.
- Riley, Sully, Ahmed, & Biddlecom. (2020). Estimates of the Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Sexual and Reproductive Health In Low- and Middle-Income Countries. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46, 73. <https://doi.org/10.1363/46e9020>
- Sánchez, M. A. (2021). *Bioética en Ciencias de la Salud* (Elsevier Limited, Ed.; 2nd ed.).
- Scott, J. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En PUEG (Ed.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG.
- Sherwin, S. (1996). Etica, Etica “Femenina” y Etica Feminista. En G. Careaga, J. G. Figueroa, & M. C. Mejía (Eds.), *Etica y Salud Reproductiva* (pp. 83–118). Editorial Porrúa.
- Sherwin, S. (2014). Feminismo y bioética. *Debate Feminista*, 49, 45–69. [https://doi.org/10.1016/S0188-9478\(16\)30003-2](https://doi.org/10.1016/S0188-9478(16)30003-2)
- Surkuna. (2020). *Investigación Libres e Informadas Salud sexual y salud reproductiva*. <https://surkuna.org/recurso/investigacion-libres-e-informadas-salud-sexual-y-salud-reproductiva/>.
- UNFPA, FORO LAC, & Reproductive Health Supplies Coalition. (2020). *El impacto de COVID-19 en el Acceso a los Anticonceptivos en América Latina y el Caribe*.
- Valladares, L. (2020). Entre discursos e imaginarios: los derechos sexuales y reproductivos en el debate de la Asamblea Nacional Constituyente de 1998. En A. M. Goetschel & G. Herra (Eds.), *Derechos sexuales y derechos reproductivos en Ecuador: disputas y cuentas pendientes* (pp. 23–36). Abya-Yala .
- Valls-Llobet, C. (2020). *Mujeres Invisibles para la Medicina* (Capitán Swing editores, Ed.; 3ra ed.).
- VanBenschoten, H., Kuganantham, H., Larsson, E. C., Endler, M., Thorson, A., Gemzell-Danielsson, K., Hanson, C., Ganatra, B., Ali, M., & Cleeve, A. (2022).

Impact of the COVID-19 pandemic on access to and utilisation of services for sexual and reproductive health: a scoping review. *BMJ Global Health*, 7(10), e009594. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009594>

Zaragocín, S., Cevallos, M.-R., Falanga, G., Arrazola, I., Ruales, G., Vera, V., & Yépez, A. (2018). Mapeando la criminalización del aborto en el Ecuador. *Revista de Bioética y Derecho*, 109–125.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872018000200009&nrm=iso