



REPÚBLICA DEL ECUADOR

**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS NACIONALES
UNIVERSIDAD DE POSTGRADO DEL ESTADO**

ESPECIALIDAD EN GESTIÓN PÚBLICA

**IMPACTO Y FUNCIONALIDAD DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN RELACIÓN A LOS EMBARAZOS EN
ADOLESCENTES, CASO DISTRITO LA JOYA DE LOS SACHAS-ORELLANA
2011-2013.**

Tesina para optar al título de Especialista en Gestión Pública

Autor: STEPHANIE LEONOR ROBLES LARA

Director: Dra. MEYSIS CARMENATI GONZÁLEZ

Quito, diciembre 2014

ACTA DE GRADO

En la ciudad de Quito, a los dieciséis días del mes de diciembre del año dos mil catorce, **STEPHANIE LEONOR ROBLES LARA**, portadora de la cédula de ciudadanía: 1722632518, **EGRESADA DE LA ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN PÚBLICA**, ha cumplido con los requisitos académicos y económicos puntualizados en la Ley Orgánica de Educación Superior y la normativa institucional, previos a la obtención del título de: **ESPECIALISTA EN GESTIÓN PÚBLICA**.

Habiendo obtenido las siguientes notas:

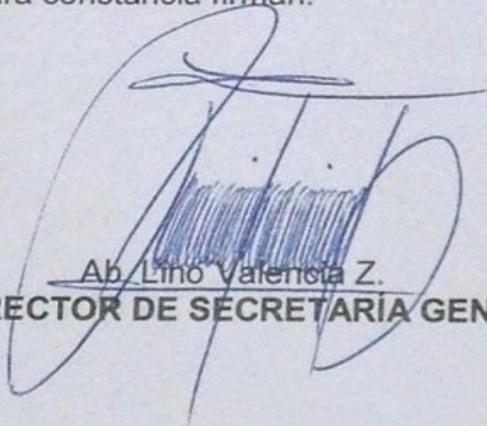
Promedio Académico: 8,07

Tesina Escrita: 8,50

Nota Final Promedio: 8.28

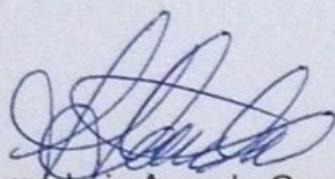
En consecuencia, **STEPHANIE LEONOR ROBLES LARA**, se ha hecho acreedora al título mencionado.

Para constancia firman:



Ab. Lino Valencia Z.

DIRECTOR DE SECRETARÍA GENERAL



Dr. Jorge Luis Acanda González

DECANO GENERAL ACADÉMICO (E)

AUTORÍA

Yo, Stephanie Leonor Robles Lara, con cédula de ciudadanía número 1722632518, declaro que las ideas, juicios, valoraciones, interpretaciones, consultas bibliográficas, definiciones y conceptualizaciones expuestas en el presente trabajo; así cómo, los procedimientos y herramientas utilizadas en la investigación, son de absoluta responsabilidad de la autora de la Tesina bajo el título de: “Impacto y Funcionalidad de la Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva en Relación a los Embarazos en Adolescentes, Caso Distrito La Joya de los Sachas-Orellana 2011-2013”.

.....
Firma.
C.C. 1722632518

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN

Autorizo al Instituto de Altos Estudios Nacionales (IAEN), la publicación de esta Tesina, de su bibliografía y anexos, como artículo en publicaciones para lectura seleccionada o fuente de investigación, siempre dando a conocer el nombre del autor y respetando la propiedad intelectual del mismo.

Quito, diciembre, 2014

.....

FIRMA

STEPHANIE LEONOR ROBLES LARA
1722632518

Resumen:

El presente estudio se basó en el análisis de la política pública de salud sexual y reproductiva implementada por el Estado ecuatoriano debido al elevado índice de embarazos en adolescentes. Se profundizó en destacar relaciones de género y poder en torno al anclaje de esta política pública que abarca de manera directa la protección de derechos, y en especial de un grupo de atención prioritaria como lo son los adolescentes, lo cual demuestra la importancia de esta política pública respecto de dotar de las herramientas necesarias a las y los adolescente para que la toma de decisiones en estos temas sean de una manera acertada y responsable.

Nuestro país, al presentar diversidad económica, política y cultural, dificulta en algunos aspectos el fomento de una educación e información en planificación familiar; por ello la población objetivo son los adolescentes que se presentan como un grupo vulnerable y en materia de derechos sexuales y reproductivos.

El análisis se realizó en el Cantón de La Joya de los Sachas en la provincia de Orellana, cuya sede, la Dirección Distrital de Salud N° 22D01 es garante del cumplimiento de disposiciones ministeriales en alineación al Plan Nacional del Buen Vivir.

Al no existir documentos o investigaciones profundas y relevantes que resalten la problemática enunciada en esta investigación, respecto del impacto y la funcionalidad de la política pública de salud sexual y reproductiva, desarrollada en esta localidad, se hizo necesario realizar este proyecto investigativo, ya que solo así se podrá generar una visión más clara de cómo se efectiviza dicha política basada en la implementación, educación y uso de métodos anticonceptivos para la prevención de embarazos en adolescentes.

Índice:

Capítulo I.....	6
INDICADORES RELEVANTES DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL ECUADOR:	6
1.1 Contexto Situacional.	6
1.1.1 Contexto Geográfico:	8
Capítulo II	15
LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL ECUADOR: 15	
2.1 Políticas Públicas Juveniles:.....	15
2.1.1 Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva:	16
2.1.2 Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva en La Joya de los Sachas:	20
2.2 La Interculturalidad existente en el Distrito de La Joya de los Sachas, provincia de Orellana.	22
Capítulo III.....	25
LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO:.....	25
3.1 Género y Violencia.....	27
3.1.1 Género y poder.	28
3.2 El Sistema Patriarcal y las relaciones de Política Pública en Salud Sexual y Reproductiva.	35
3.2.1 Confrontaciones existentes en la política pública de salud sexual y reproductiva.	37
Capítulo IV.....	39
LA ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES (E.N.I.P.L.A).	39
4.1 Configuración de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar.	42
4.1.1 Ejes de acción de la ENIPLA	47
4.1.2 Lineamientos generales de implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva a través de la ENIPLA.....	49
Conclusiones:	53
Bibliografía:	59

Capítulo I

INDICADORES RELEVANTES DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL ECUADOR:

1.1 Contexto Situacional.

Se denomina embarazo en adolescentes al que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS, como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz, en atención a que se presenta antes de que la madre haya alcanzado la suficiente madurez emocional para asumir la compleja tarea de la maternidad.

La OMS considera como embarazo de riesgo al que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad de las jóvenes adolescentes que tienen entre 15 y 19 años de edad debido a complicaciones relacionadas con el parto, y los abortos practicados en condiciones de riesgo.

De acuerdo al Informe realizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el 2013, la Región Andina presentó cifras elevadas respecto al embarazo en adolescentes. El porcentaje oscila entre el 12.7% y el 20.5%, correspondiendo el 60% a embarazos no planificados.

El Ecuador es parte de la problemática de la Región Andina, según la serie histórica del Registro de Defunciones 1999-2006 del INEC los indicadores más altos de adolescentes muertas por embarazo o causas relacionadas con este se concentran en las provincias de Orellana (54,02%); Pastaza (30%) e Imbabura con el 27,45%. (INEC, 2006)

En 2008 el grupo etario de 10 a 19 años registró una mortalidad de 70,9 por 100.000 habitantes, 38,8% debido a causas externas.

Entre las principales causas de egresos hospitalarios en adolescentes, alrededor de 60% se relacionan con el embarazo, el parto y el puerperio 28% parto único espontáneo, 8,4% cesáreas y 4,5% abortos, tasas que sitúan a los adolescentes en situación de riesgo. En el año 2009 el egreso hospitalario de adolescentes por embarazo representó el 74,7%. Para el año 2010 fue del 74, 4%; el porcentaje de adolescentes que fallecieron por el embarazo representó el 30,786% (INEC, 2010).

De acuerdo al Ministerio de Salud Pública, la tasa específica de fecundidad es de 91 por 1.000 mujeres.

Se estima que 2 de cada 10 embarazos y aproximadamente 2 de cada 10 muertes maternas corresponden a adolescentes. En el 2010 el 19,26% de los embarazos ocurrieron en adolescentes de 15 a 19 años de edad (INEC, 2010).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, la iniciación sexual en el país es muy temprana, alrededor de los 14 años, el uso de anticonceptivos en la primera relación sexual fue de 10.5% (ENDEMAIN, 2004).

Respecto al último Censo de Población y Vivienda, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el año 2010 de 346 700 niñas (de 10 años a 14 años), 2 080 ya han sido madres, situación preocupante tanto para padres de familia como para autoridades y organizaciones sociales e internacionales. Si bien esta cifra representa menos del 1% del total, da cuenta de un incremento del 74% en los 10 últimos años.

El 20% de los partos en el país fue de adolescentes entre los 15- 19 años de edad, quienes dieron a luz a más de 60.600 niños.

Dos de cada tres adolescentes de 15-19 años sin educación son madres o están embarazadas por primera vez. Las proporciones de maternidad adolescente son hasta cuatro veces más altas entre las que no tienen educación (43%), comparadas con las de niveles educativos más altos, sólo el 11% con secundaria completa (INEC-2010).

Teniendo en consideración los datos estadísticos respecto de la problemática que enfrenta el país en relación a los embarazos en adolescentes, dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el país debe reducir en 75% la tasa de mortalidad materna hasta el 2015. Lo cual equivale a la reducción media anual del 5,5%. La tasa actual es: por cada 100 mil nacimientos, 77 muertes de madres (ONU, 2013).

El embarazo adolescente es una de las causas que ha contribuido a los matrimonios en menores de edad, de acuerdo al Registro Civil en el 2009 se casaron 236 adolescentes, la cifra se ha ido incrementando hasta la actualidad, con un crecimiento de 8.5 veces al 2014 con aproximadamente 2251 matrimonios de menores de edad. (El Comercio, 2014)

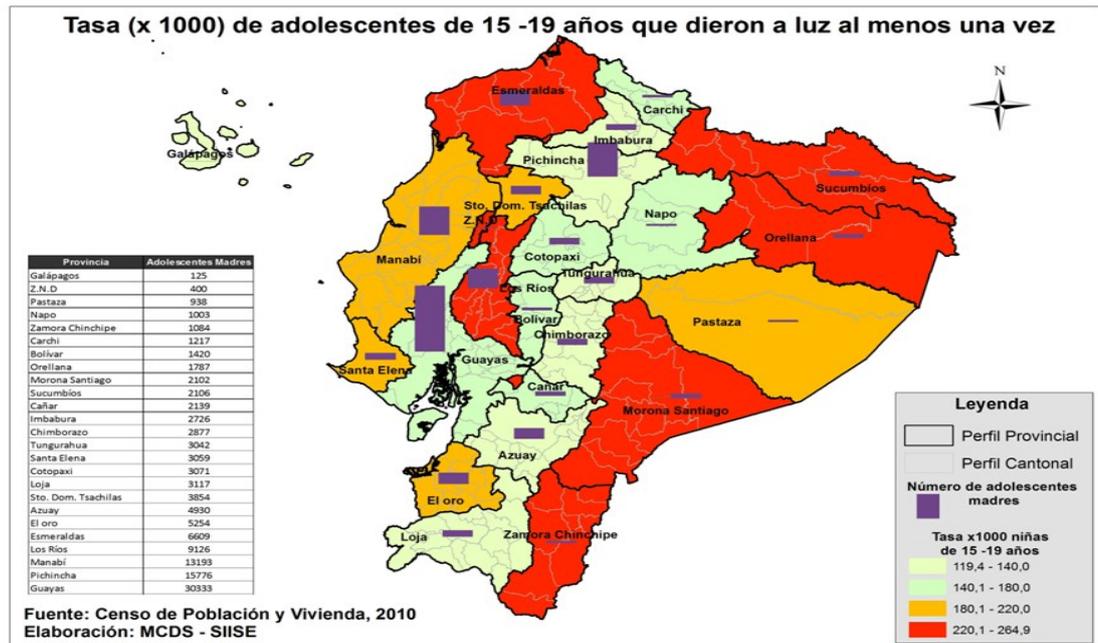
La reducción de embarazos en adolescentes es una meta proyectada en la Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva con la que cuenta el país desde el 2004 la cual se ha ido adecuado y modificando frente a las necesidades que enfrenta la población y en este caso el grupo vulnerable de las y los adolescentes ecuatorianos.

1.1.1 Contexto Geográfico:

El Ecuador ocupa actualmente el primer país en la Región Andina de embarazos en adolescentes y el segundo en América Latina después de Venezuela. El 17.2% de adolescentes entre 15 y 19 años son madres, y de ellas el 37% de las mujeres habría querido postergar por más tiempo su embarazo (INEC,2010).

La provincia de Orellana es una de las que presenta elevados índices de embarazos en adolescentes.

En el año 2013, datos arrojados por el Departamento de Estadística de la Dirección Provincial de Salud de Orellana determinaron que de 5.427 embarazos, 1.158 pertenecían a adolescentes de 10 a 19 años, cifra que sigue en crecimiento.



El presente proyecto de investigación se enfoca en el cantón La Joya de los Sachas, el cual se encuentra ubicado en la provincia de Orellana, al Nororiente de la República del Ecuador, con una superficie de 1.195,4 Km²; población aproximada de 39.003 habitantes; temperatura promedio de 29°C; con nueve parroquias que son: La Joya de los Sachas, San Sebastián del Coca, Pompeya, Enokanqui, San Carlos, Unión Milagreña, Lago San Pedro, Rumipamba y Tres de Noviembre (AME).

Cantones de la Provincia de Orellana



1.1.2 Población aproximada en el Distrito La Joya de los Sachas entre los años 2011-2013

A continuación se presenta tres cuadros de la población aproximada de La Joya de los Sachas entre los años 2011 al 2013, presentándola por parroquias y por grupos programáticos, haciendo énfasis en las adolescentes embarazadas.

Población del cantón La Joya de los Sachas en el año 2011:

ÁREA DE SALUD No. 2 JOYA DE LOS SACHAS	TOTAL POBLACIÓN 2.011	GRUPOS PROGRAMATICOS											
		Menor de un año	12 a 23 meses	1 a 4 años	2 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 64 años	65 a 74 años	75 y más años	Embarazadas	Adolescentes embarazadas
TOTAL	36.814	1.073	892	3.702	2.809	4.664	4.383	3.766	18.114	733	379	1.341	321
JOYA DE LOS SACHAS	14.652	427	355	1.473	1.118	1.856	1.745	1.499	7.210	292	151	534	128
SAN CARLOS	3.942	115	96	396	301	499	469	403	1.940	78	41	144	34
SAN SEBASTIAN DE COCA	5.365	156	130	540	409	680	639	549	2.640	107	55	195	47
ENOKANKI	3.706	108	90	373	283	470	441	379	1.824	74	38	135	32

DIEZ DE AGOSTO	1.162	34	28	117	89	147	138	119	572	23	12	42	10
UNION MILAGREÑA	1.743	51	42	175	133	221	207	178	857	35	18	63	15
3 DE NOVIEMBRE	1.930	56	47	194	147	245	230	197	950	38	20	70	17
LAGO SAN PEDRO	1.158	34	28	116	88	147	138	118	570	23	12	42	10
RUMIPAMBA	927	27	22	93	71	117	110	95	456	18	10	34	8
RIVERASDEL RIO NAPO	2.229	65	54	224	170	282	265	228	1.097	44	23	81	19

Fuente: Departamento de Estadística Dirección Distrital de Salud N° 22D01 La Joya de los Sachas.

Respecto a este cuadro podemos denotar que, en el año 2011 el Distrito de La Joya de los Sachas contaba con una población aproximada de 36. 814 habitantes, 3.766 adolescentes, 1.341 mujeres embarazadas de las cuales 321 fueron adolescentes en un equivalente al 23,93%.

Población del cantón La Joya de los Sachas en el año 2012:

AREAS DE SALUD N° 2 JOYA DE LOS SACHAS	Total Población	< 1 año	12-23 meses	1-4 años	2-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-64 años	65-74 años	75 y más años	Embarazadas	Embarazadas adolescentes
TOTAL	41494	944	1038	4244	3208	5239	4940	4353	20212	1089	473	1180	368
Joya de los Sachas CS (24 Hrs)	19794	396	482	1898	1417	2282	2193	2039	10298	457	231	495	170
Enokanki SCR	2608	50	63	252	190	359	317	267	1263	72	28	62,5	23
Diez de Agosto SCR	1280	35	28	129	101	159	151	150	598	40	18	44	11
San Carlos SCR	3141	68	87	310	223	389	406	337	1480	111	40	85	29
San Sebastian del Coca SCR	3702	114	104	439	335	549	476	379	1631	87	27	142,5	36
Lago San Pedro PS	2054	43	43	189	145	268	259	224	967	68	36	53,75	19
Rumipamba PS	2201	52	49	237	188	290	297	256	961	80	28	65	21
3 de Noviembre PS	3464	78	95	386	291	481	450	341	1602	91	35	97,5	32
Riveras del Rio Napo PS	1329	56	45	210	166	224	164	135	514	23	3	70	12
UnionMilagreña PS	1921	52	42	194	152	238	227	225	898	60	27	65	16

Fuente: Departamento de Estadística Dirección Distrital de Salud N° 22D01 Joya de los Sachas.

En el levantamiento de la información que se realizó para esta investigación, podemos apreciar que de la población total aproximada del Distrito en el año 2012, de 41.494 habitantes, 4.353 son adolescentes, de las 1180 mujeres embarazadas, 368 son adolescentes embarazadas, es decir el 31,18% sin contar con los casos no registrados debido a la dificultad geográfica.

Población del cantón La Joya de los Sachas en el año 2013:

2013	Total Población	< 6 meses	< 1 año	12-23 meses	1-3 años	1-4 años	2-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-64 años	65-74 años	75 y más años	EMBARAZADAS		
														Grupo general	10-14 años	15-19 años
Joya de los Sachas CS (24 Hrs)	18608	277	553	570	1714	2286	1716	2543	2150	1840	8635	409	192	691	80	68
Enokanki SCR	2451	36	73	75	226	301	226	335	283	242	1137	54	25	91	10	9
Diez de Agosto SCR	1204	18	36	37	111	148	111	164	139	119	559	26	12	45	5	4
San Carlos SCR	2953	44	88	90	272	363	272	404	341	292	1370	65	30	110	13	11
San Sebastian del Coca SCR	3479	52	103	107	320	427	321	475	402	344	1615	77	36	129	15	13
Lago San Pedro PS	1931	29	57	59	178	237	178	264	223	191	896	42	20	72	8	7
Rumipamba PS	2068	31	61	63	190	254	191	283	239	204	960	45	21	77	9	8
3 de Noviembre PS	3256	48	97	100	300	400	300	445	376	322	1511	72	34	121	14	12
Riveras del Rio Napo PS	1249	19	37	38	115	153	115	171	144	124	580	27	13	46	5	5
Union Milagreña PS	1805	27	54	55	166	222	166	247	209	178	838	40	19	67	8	7
TOTAL ÁREA DE SALUD 2	39003	580	1159	1195	3592	4791	3596	5330	4506	3856	18101	858	402	1449	167	143

Fuente: Departamento de Estadística Dirección Distrital de Salud N° 22D01 Joya de los Sachas.

Dentro de la búsqueda de información se pudo obtener que en el año 2013, el Distrito de La Joya de los Sachas contó con 30.003 habitantes aproximadamente, 3856 son

adolescentes, de 1449 mujeres embarazadas, 310 son adolescentes, en un equivalente al 21,39%.

Del mismo modo se puede observar que existe una disminución de adolescentes embarazadas, en torno a la población en general pero no es considerable respecto al número existente de mujeres embarazadas en el cantón, pese a la importancia sobretodo en recursos con los que el Estado ha buscado garantizar el acceso efectivo a la información, orientación, servicios de salud sexual y reproductiva y métodos de anticoncepción, en la que se trata de generar una transformación de patrones socio-culturales debido a la zona geográfica en que se encuentra ubicado este cantón.

Estos datos estadísticos aproximados conforme a la población del cantón La Joya de los Sachas visibilizan en cierto modo que pese a la implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva, la reducción de embarazos en adolescentes no es muy concreta en el sentido de la inversión que genera este programa, tomando en cuenta que debido a la dificultad local y de acceso a ciertas comunidades poblacionales no están registrados en su totalidad el número de adolescentes embarazadas existentes en el cantón.

Es importante presentar conforme a esta problemática, que existen datos más relevantes sobre los embarazos en adolescentes de este cantón, datos más técnicos que fueron establecidos por quienes conforman el programa de ENIPLA del Distrito, ya que muestran un total aproximado de embarazos y embarazos subsecuentes en las adolescentes.

Adolescentes embarazadas (10 a 19 años):

Año	Primera vez	Subsecuente
Año 2011	433	329
Año 2012	307	788
Año 2013	428	856

Fuente: Dirección Distrital de Salud 22D01 La Joya de los Sachas.

Como podemos observar, pese a la implementación de la política pública en el cantón de la Joya de los Sachas perteneciente Distrito de Salud 22D01, los embarazos subsecuentes en mujeres adolescentes tienen un incremento alarmante, es decir las adolescentes que quedaron embarazadas por primera vez no toman medidas de prevención en base a la planificación familiar para evitar embarazos subsecuentes.

Este es uno de los factores que demuestran que es importante que la política pública no deje de lado a las adolescentes que ya son madres, sino darles un mayor seguimiento ya que las conductas o agentes que provocaron el embarazo vuelven a repetirse de una manera cíclica por lo que la prevención debe ser integral, es decir antes y después.

Un estudio que se llevó a cabo en Ecuador en la provincia de Orellana, en la cuenca del Amazonas donde casi el 40% de las niñas de 15 a 19 años están o han estado embarazadas, mostró que los embarazos tienen menos que ver con una decisión personal que con factores estructurales como el abuso sexual, la ausencia de los progenitores y la pobreza. (Goicolea-2009:221-228).

Capítulo II

LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL ECUADOR:

2.1 Políticas Públicas Juveniles:

Algunas de las políticas públicas en el Ecuador, que enmarcan los derechos de grupos vulnerables son las políticas públicas sobre juventud. Estas políticas también han enfrentado dificultades en la ejecución por parte de los organismos gubernamentales creados para diseñar e implementar la política juvenil.

En los años ochenta se originaron desde la ONU políticas públicas que apuntaban a la población joven, las cuales debían centrarse especialmente en temas de la educación y el empleo; el cómo favorecer la inserción laboral de los jóvenes fue uno de los ejes primordiales en políticas públicas juveniles, y este ámbito abarcó de manera general el campo de acción de los especialistas en políticas públicas en el Ecuador. (Ayala, 2011:139).

Las políticas públicas y los instrumentos de acción política para atender problemas juveniles, surgieron a partir del hecho de que en diversas organizaciones juveniles se efectuaron constantes demandas y exigencias, lo que provocó presión política y social para conseguir las. Pero a pesar de haber obtenido resultados positivos, los factores económicos y sociales provocaron que los resultados tras la implementación de las políticas públicas de juventud hayan sido limitados, principalmente en la generación de empleo para los jóvenes, es decir jamás se pudo concretar la aplicación directa de este tipo de políticas. (Ayala, 2011:141).

Los decadentes resultados de las políticas juveniles en el país constituyen una realidad frecuentemente reconocida por los investigadores especializados en juventud y generalmente debido a la falta de presupuesto y la debilidad institucional que impide

que la implementación de una política pública pueda actuar de forma coherente y coordinada. Los principales problemas de ejecución se ven reflejados en el diseño institucional y la falta de análisis situacional del lugar donde se va a implementar dicha política; estos factores pueden ser subsanados mediante estructuración adecuada del presupuesto que puede ser resueltos mediante operaciones de reforma e inyección de recursos (León, 2006).

2.1.1 Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva:

Muchos de los trabajos de investigaciones de políticas públicas en América Latina, evidencian la importancia de contar con un marco legal sólido y garantista de los derechos de las mujeres. Al hablar de políticas en salud sexual y reproductiva, la efectividad radica en la accesibilidad y sobre todo mayor cobertura en servicios de salud públicos.

Igualmente, los estudios demuestran que a menor nivel de desarrollo del país o la región, en localidades rurales, pobres y marginadas, los niveles de fecundidad son más elevados, por la incapacidad del Estado en la dotación de información oportuna y la gratuidad de los insumos anticonceptivos. (Lachaud, 2010:28)

Dentro del ámbito legal, en la última década el Ecuador ha aprobado políticas y leyes que están en concordancia con los tratados y acuerdos internacionales, por ejemplo, la Ley de Maternidad Gratuita R.O 349 del 5 de septiembre del 2006, el Programa de Educación de la Sexualidad y el Amor Acuerdo Ministerial 3152 del 16 de diciembre del 2003, la Ley contra la Violencia a la Mujer y la Familia R.O 839 del 11 de diciembre del 1995, la Política y Plan Nacional de Salud y Derechos Sexuales y

Reproductivos, el Código de la Niñez y Adolescencia R.O 737 del 3 de enero del 2003, y la Ley de la Juventud R.O 439 del 24 de octubre del 2001.

Como parte de las acciones para contrarrestar la problemática de los embarazos en adolescentes en el país, el Ministerio de Educación en coordinación con el Ministerio de Salud Pública, en el año 2000 se propuso el “Plan Nacional de Educación para la Sexualidad y el Amor” (PLANESA), consolidándose en el 2003 el “Programa Nacional de Educación Sexual y el Amor” (PRONESA); de este modo se enfatizó en una verdadera política pública de garantía y protección al derecho de los adolescentes de recibir información oportuna, clara y veraz sobre temas de índole sexual como la planificación familiar, propiciando así que la persona pueda vivir su sexualidad libre, placentera, saludable y responsable basada en valores como el respeto, la autovaloración y el conocimiento dentro de un enfoque humanista.

Una de las características de este programa se basó en la reeducación de conceptos y aspectos que no contribuyen a desarrollar una sociedad equitativa, implantando un nuevo modelo educativo en el cual se considere cambiar las concepciones, percepciones y prácticas que han configurado erróneos estereotipos sobre género y sexualidad, los cuales han marcado significativamente a nuestra sociedad, volviéndola mitómana respecto a temas de esta índole.

Desde el año 2013 el Ministerio de Salud Pública, como ente rector ha venido formulando políticas y programas en pro de una atención integral en salud sexual y reproductiva, en cumplimiento con lo que dispone el Art. 6 y 20 de la Ley Orgánica de Salud R.O 423 del 22 de diciembre del 2006.

Por ello mediante R.O 919 del 25 de abril del 2013, se acordó expedir el “Reglamento para Regular el Acceso y la Disponibilidad de Métodos Anticonceptivos en el Sistema

Nacional de Salud”, el mismo que busca poner a disposición de mujeres y hombres del territorio nacional, toda la información que sea requerida sin prejuicios morales ni religiosos sobre planificación familiar, anticoncepción, prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH-Sida, anticoncepción oral de emergencia (AOE), salud sexual y salud reproductiva y prevención de embarazos no planificados en la adolescencia.

Conforme a la política pública de Salud Sexual y Reproductiva, se han logrado importantes avances procurando siempre garantizar el derecho a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos de la población ecuatoriana.

Por ejemplo, en el año 2004 se implementó una Política Pública de Salud y Derechos Sexuales Reproductivos, con el objetivo estratégico de disminuir las brechas existentes en el ejercicio y goce de los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva (MSP, 2006).

En el año 2010 se publicó la Norma y Protocolo de Planificación Familiar, y actualmente también se desarrolla la Estrategia Nacional Integrada de Planificación Familiar y Prevención de Embarazo en Adolescentes ENIPLA (MSP,2010).

Parte de la Política Pública de esta última década es la implementación de Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar que se ha encargado en cierto modo a educar sexualmente a la población adolescente, implementando varias estrategias para contrarrestar esta problemática.

El ejercicio del derecho a la educación sexual integral forma parte de los derechos sexuales y reproductivos plasmados en la Constitución de la República en su art. 66 num. 9; lo cual debe orientarse a transmitir conocimientos acerca de la sexualidad y la reproducción, generando así un proceso que brinde herramientas conceptuales,

actitudinales, comunicativas y valorativas que permitan a los adolescentes tomar decisiones con relación a su sexualidad.

Goldstein considera a la sexualidad como el “conjunto de procesos emocionales y actitudinales en relación al sexo; el cual interviene en todas las etapas del ciclo de vida de un individuo a lo largo de su desarrollo. Es una condición interpretada y regulada por la sociedad y atravesada por la cultura” (Goldstein, B. y Glejzer, C., 2006).

Este proyecto es una apuesta por brindar a la población joven del cantón Joya de los Sachas un servicio integral de salud, enfocándose en el fortalecimiento de un programa ya implementado por el Estado, pero que requiere de mayor atención, enfocándose a recursos económicos, tecnológicos, de infraestructura y talento humano capacitado para brindar la atención requirente por la población.

El Ministerio de Salud Pública, es el principal involucrado en este proceso, pero se requiere también cooperación y apoyo con los Ministerios de Educación, Inclusión Económica y Social y Coordinador de lo Social, junto con los Gobierno Autónomos Descentralizados (GADS), quienes deberán comprometerse a fomentar y apoyar este proceso con el objetivo de garantizar los derechos sexuales y reproductivos, así como la transformación de patrones socioculturales relacionados con la sexualidad y planificación familiar.

Una de las aristas de implementación de la política pública en salud sexual y reproductiva y en respuesta a la demanda social en torno a los derechos sexuales e individuales es fortalecer el acceso a servicios médicos de calidad, asesoría adecuada en métodos de planificación familiar y sobre todo se busca profundizar el servicio de atención diferenciada para adolescentes a través de una educación formal y capacitada sobre temas relacionados a la sexualidad en adolescentes, así como la prevención de

embarazos por primera vez y sucesivos, permitiendo de este modo que los y las adolescentes construyan un plan de vida y sean autónomos para tomar toda clase de decisiones.

De esta forma se pretende encaminar a la población en general y especialmente a este grupo de atención prioritaria a la sensibilización respecto a este tópico, el cual repercute gravemente en el desarrollo del cantón y de la provincia de Orellana.

2.1.2 Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva en La Joya de los Sachas:

El Gobierno ecuatoriano dentro de sus asignaciones presupuestarias y considerando que el Cantón La Joya de los Sachas, fue considerado como un “Distrito Ideal” en relación a la entrega preferencial de presupuesto respecto a salud pública, en el año 2011 la Dirección de Salud de la Joya de los Sachas recibió \$43.291,37 dólares para la ejecución del Programa de Maternidad Gratuita, para los años 2012 y 2013 el presupuesto aumentó para este programa, recibiendo la cantidad de \$48.000,00 dólares de los cuales \$4.885,20 dólares fueron gastados en anticonceptivos. (Departamento Financiero de la Dirección Distrital de Salud 22D01).

Una de las formas de esta política pública en salud sexual y reproductiva para contrarrestar el alto número de embarazos en adolescentes, es a través de la entrega por parte de las entidades de salud pública de anticonceptivos de manera gratuita e informada, a toda persona sin importar su etnia, edad, sexo, identidad cultural, estado civil, idioma, filiación política, condición socio-económica, estado de salud, ser portador de VIH/sida, discapacidad u otra condición (Art. 27 RRADMASNS).

Tomando en consideración la información dada por la Dirección Distrital de Salud de La Joya de los Sachas 22D01, se puede apreciar que la inversión y preocupación por

parte del Estado ecuatoriano es alta, ya que busca disminuir el índice de embarazos en adolescentes a nivel nacional y en especial en esta provincia y cantón.

Como herramienta para llevar a cabo esta estrategia es mediante la dotación gratuita de métodos anticonceptivos, dentro de los insumos disponibles en la Dirección de Salud para su distribución en el Cantón La Joya de los Sachas tenemos: Mesigyna, Microgynon, Levonogestrel, T de Cobre Desogestral+Etquinertradio, Lyretrel, Implantes Estrogestral y Leurogatil, (Dirección de Salud 22D01).

Los más utilizados por las adolescentes conforme a la investigación realizada en este Distrito, son la Mesigyna, Microgynon más los preservativos, que los usan a partir de los 13 años de edad.

En cada unidad de salud, se encuentran los dispensadores gratuitos de preservativos, que diariamente deben contar con un stock de 35 preservativos siendo abastecidos hasta dos veces al día, a más de eso, en cada consulta previa a la información y asesoría correspondiente se entrega al paciente hasta 30 unidades. (Dirección de Salud 22D01)

Una de las formas de analizar la efectividad de una política pública en salud sexual y reproductiva es determinando el beneficio social que atribuye a la población objetivo, es decir si gracias al uso de los métodos anticonceptivos disminuyen los embarazos en adolescentes, y con ello se mejora la calidad de vida de toda la población de La Joya de los Sachas, generando así condiciones de vida más saludables para las familias y colectividades, en el marco del respeto a su diversidad.

Esta política pública también apuesta en pro de la disminución de la mortalidad materno infantil que enfrenta el país; brindando información técnica para prevenir embarazos y enfermedades; fomentando así la responsabilidad, la dignidad y sobre todo el

conocimiento sobre temas que aún en nuestros días siguen siendo un tabú para muchos sectores de la sociedad ecuatoriana.

Si bien es cierto, el Gobierno se encuentra promoviendo actualmente la “Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes”, denominado E.N.I.P.L.A., el incremento de embarazos en el país y en la localidad objeto del presente estudio no se ha reducido notablemente por lo que no se puede denotar claramente la incidencia de esta política así como comprobar su total efectividad.

2.2 La Interculturalidad existente en el Distrito de La Joya de los Sachas, provincia de Orellana.

El Ministerio de Salud Pública a través de la ENIPLA ha venido realizando actividades provinciales, de tipo informativas y de capacitación y fortalecimiento de conocimientos, no solo dirigidas a la población en general sino también a los profesionales de salud, pero especialmente en la provincia de Orellana y sus diferentes cantones como lo es La Joya de los Sachas, se encuentra con barreras como el idioma y las barreras que impone la misma cultura, ya que la concepción indígena es diferente a la mestiza, y no existe en ellos la cultura de prevención al momento de hablar de salud sexual y reproductiva, y de temas relacionados a la planificación familiar, por lo que pese a que se dan ferias informativas, capacitaciones, talleres, etc., aún se mantienen ciertos patrones de conducta que implican el no uso de métodos anticonceptivos ni planificación familiar.

Esta política pública de salud sexual y reproductiva desde el enfoque de la interculturalidad ha encontrado varios inconvenientes, ya que establecer líneas de acción sobre salud sexual y reproductiva en la población kichwa, huaorani y shuar es

complejo respecto de su cultura y creencias por lo que se ha tenido que desarrollar y fortalecer relaciones sustentadas en el reconocimiento y respeto de la diversidad.

En Orellana, y especialmente en el cantón la Joya de los Sachas objeto de este estudio, el índice de atención médica a las adolescentes embarazadas es bajo, ya que muchas pertenecen a comunidades indígenas alejadas de las unidades de salud, lo cual genera uno de los problemas respecto a la implementación de esta política pública. Otro inconveniente es la falta de educación sobre este tópico, ya que la educación sexual y reproductiva pese a los avances tecnológicos sigue siendo un tabú, el Ministerio de Educación intervenir de manera directa y oportuna en la transformación de patrones socioculturales en relación a la sexualidad de las y los adolescentes.

Esta política pública de salud sexual y reproductiva, debe implementarse con herramientas útiles desde el punto de vista del género y la interculturalidad, ya que los factores estructurales en el cantón de La Joya de los Sachas están demarcados por el machismo, la pobreza y la violencia intrafamiliar, las comunidades existentes en esta zona como son kichwas, huaorani y shuar no comparten la misma visión respecto de los servicios de salud que los mestizos, por lo que coordinar o intervenir en estos grupos se vuelve complicado y más aún en los adolescentes que muy poco acuden a las unidades de salud por atención o asesoría respecto de la planificación familiar, pese a que el Ministerio ha implementado salas de parto culturalmente adecuadas para estas comunidades.

Es necesario establecer un proceso de autoeducación y capacitación del talento humano que va intervenir en este proceso que permita entender que, a lo largo del devenir humano hasta hoy, han coexistido nacionalidades, pueblos, colectivos y comunidades con diferentes concepciones de la realidad, lenguas, cosmovisiones y racionalidades lógicas, que no están dispuestos a hacer suyas tradiciones o concepciones hegemónicas

sobre la sexualidad practicadas por los mestizos, por lo tanto es imprescindible establecer lazos de comunicación y capacitación sobre la planificación familiar que favorezcan a estas comunidades indígenas.

Esta particularidad de la provincia de Orellana y lo que es el cantón de la Joya de los Sachas ha impedido eliminar los imaginarios culturales sobre la sexualidad y la reproducción; por lo tanto se hace evidente que la Política de Salud Sexual y Reproductiva aún no logra impactar de manera significativa en la salud de los adolescentes, y en particular en la disminución de los de embarazos en adolescentes; es más, se evidencian dificultades en relación a los esquemas socio- culturales de implementación.

Capítulo III

LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO:

La política pública de salud sexual y reproductiva en el Ecuador nace a partir de la aplicación de derechos, es decir que utiliza la normativa legal constitucional como base para su desarrollo.

Abramovich dice que “los derechos humanos no formulan políticas, sino que establecen estándares que sirven de marco a las políticas que cada Estado define” (Abramovich, 2006), es así como nuestra política pública se origina a partir de un derecho constitucional, el cual se encuentra plasmado en el artículo 32 inciso segundo de la Constitución Política de la República del Ecuador sobre el derecho a la salud que dice:

“El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional” (Constitución, 2008).

Como se puede apreciar la política pública de salud sexual y reproductiva tiene su base constitucional dentro de la configuración de un derecho que es el de la salud y como uno de sus principios el enfoque de género, ya que se trata de dar prioridad de atención a un grupo que se encuentra vulnerable y es objeto del presente estudio como son las adolescentes embarazadas.

Factores existentes y predominantes en nuestra sociedad como la pobreza, la discriminación, el sexismo, el machismo, la violencia a la mujer son constantes en

grupos de atención prioritaria como mujeres, adultos mayores, adolescentes, pueblos indígenas quienes lastimosamente se encuentran en una situación de desventaja y vulneración de sus derechos.

La aplicación directa de los derechos en la ejecución de las políticas públicas y dentro de estas el marco de género son de vital importancia para que los resultados sean eficaces, el análisis de género dentro de la política pública de salud sexual y reproductiva proporciona una visión más integral para su implementación.

Que se encuentren plasmados los derechos y además se considere la perspectiva de género pone de relieve la que surge en la formulación de una política pública, ya que surge una importante interacción entre los actores, quienes crean dicha política frente a los titulares de derechos que van a ser beneficiarios de esa política pública y más aún en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.

Este análisis parte de la importancia de reconocer las relaciones de género-poder que se presenta en la política pública, ya que se encamina a la introspección de las actitudes de los las y los adolescentes sobre sus decisiones sexuales y reproductivas.

El enfoque de género cobra relevancia dentro de la implementación de esta política pública, ya que el grupo más afectado son las mujeres adolescentes, razón por la cual surge esta investigación en el Distrito de La Joya de los Sachas provincia de Orellana.

Desde la perspectiva de género es importante destacar que muchos de los embarazos adolescentes son engendrados por hombres mayores, y hay diferencias marcadas entre el estatus socioeconómico y nivel educativo; de acuerdo a las estadísticas arrojadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), a nivel nacional en el Ecuador, para el año 2011 existieron 13.673 mujeres adolescentes de entre 15 a 19 años que se casaron y una de las razones principales fue su embarazo, en un equivalente al 18,6% de

la población, mientras que en hombres de la misma edad la cifra fue de 5.377 en un equivalente al 7,3%, dichas cifras reflejan que las mujeres adolescentes no se casaron precisamente con hombres de su edad, sino mayores que ellas. (Anuario de matrimonios 2011-INEC)

También cabe destacar que en el mismo año, el número de niños nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años fue de 44.144 equivalente al 19,2%. (INEC, 2011)

La mortalidad y morbilidad materna aumenta entre las madres ya que ellas presentan un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad por su edad y poco desarrollo físico y psicológico, estos embarazos se encuentran también asociados a factores socioeconómicos y educativos, ya que por ejemplo en comunidades indígenas el 26,7% son mujeres analfabetas frente al 13,7% de los hombres. (INEC, 2011).

3.1 Género y Violencia.

Dentro de este análisis de género en la política pública de salud sexual y reproductiva es importante recalcar que uno de los factores más importantes que afecta directamente a los embarazos en adolescentes es la violencia de género.

Como antecedente de esta problemática social podemos denotar que en los años 80 la violencia de género fue denunciada por grupos activistas de género, ya en la década de los 90 se fueron conceptualizando más ampliamente términos de derechos y protección a la mujer respecto de la violencia de género reflejada principalmente en lo que es violencia intrafamiliar, por lo que en el año de 1994 se constituyen las Comisarías de la Mujer y la Familia y, el 11 de diciembre de 1995 bajo Registro Oficial N° 839 como Ley 103 se promulga la Ley Contra la Violencia a la Mujer y la Familia cuya última reforma se dio el 10 de febrero del 2014 (ENRFVGCM, 2011).

Ya en el año 2007, se promulga el Decreto Ejecutivo N° 620, en el cual se declara como política de Estado la erradicación de la violencia de género hacia la niñez, adolescencia y mujeres; y como base para ejecutar dicho decreto se formuló el Plan Nacional de Erradicación de la Violencia de Género.

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos en el año 2011, se puede apreciar el elevado índice de violencia de género en el país; respecto del área en la que habitan, el 58,7% en el área rural frente al 61,4% del área urbana mujeres que han sufrido alguna vez violencia de género (ENRFVGC, 2011).

Mujeres que han sufrido violencia de género por sus parejas: el 87,3% violencia física; el 53,5% violencia sexual y el 76,3% violencia psicológica.

El 67,8% se presenta en las mujeres de comunidades indígenas.

Por el nivel de instrucción formal existe violencia de género en las mujeres analfabetas en un equivalente al 66,9%; de instrucción básica el 64,1; instrucción universitaria el 52,4% y nivel de postgrado el 52,8% (INEC,2011).

Estas cifras claramente reflejan que el factor violencia de género está fuertemente arraigado en el país, por lo que las políticas públicas deben abordar dicho problema en todos sus ámbitos y más aún en lo que se refiere a la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres y en especial de las adolescentes.

3.1.1 Género y poder.

Es importante que en el planteamiento de la política pública de salud sexual y reproductiva, dentro del enfoque de género, las mujeres se empoderen de sus derechos,

como titulares de los mismos, que se informen que tienen derecho a tomar decisiones libres y consentidas respecto a su sexualidad y reproducción; y esto no sólo significa ser titular del derecho, sino de accionarlo, de actuar libremente, de tomar la decisión informada sobre intervenir directamente en su salud sexual y reproductiva, de tener la capacidad de elegir y de influir en las estructuras y hacer una diferencia a lo que intrínsecamente le pertenece y decide, lo cual está estrechamente relacionado con la conceptualización de Giddens sobre género y poder en base a las estructuras sociales (Giddens, 1984).

La política pública de salud sexual y reproductiva va más allá de la prestación de un servicio integral a las y los adolescentes, busca una actuación mucho más amplia concerniente a la salud sexual, busca abordar también la planificación familiar, la salud materna, la promoción de la sexualidad responsable, la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en todo ámbito físico, sexual y psicológico.

Es aquí donde se aplica la máxima de los derechos fundamentales y constitucionales como es la libertad, detallado en el artículo 66 numeral 9 de la Constitución de la República que determina: “El derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, y su vida y orientación sexual. El Estado promoverá el acceso a los medios necesarios para que estas decisiones se den en condiciones seguras” (Constitución. 2008).

Por lo tanto una política pública debe consagrarse en un derecho humano y constitucional y en nuestro caso el derecho a la salud sexual y reproductiva en el ejercicio de la libertad de la persona que lo ejerce tomando decisiones libres e informadas sobre la salud sexual y reproductiva, tomando como grupo focal a los adolescentes ya que este grupo requiere una mayor atención del Estado, y por ende se

debe propender a desarrollar herramientas que le permitan poner en práctica un sistema de protección de la salud sexual y reproductiva a través de los servicios integrales de salud.

La obligación del Estado no debe limitarse a administrar y gobernar, sino que debe ser el principal precursor y garantista de los derechos y con especial atención a grupos prioritarios como lo son las y los adolescentes.

Dentro del enfoque proteccionista por parte del Estado, el actual sistema de salud pública debe cumplir con los principios de accesibilidad, disponibilidad, información oportuna, atención integral de buena calidad, no discriminación, promoción, prevención, entre otros que deberán aplicarse al momento de atender a un adolescente, y mucha más prioridad tiene la adolescente embarazada.

Es importante que la política pública de salud sexual y reproductiva desde el punto de vista de las relaciones de género, realcen la importancia de vulnerabilidad de la adolescente embarazada, ya que el medio social en el Cantón de la Joya de los Sachas, lo fijan como una concepción negativa para las adolescentes, es decir buscan tratar al embarazo como un situación aislada y no le brindan la atención que este requiere.

Es importante destacar que dentro de la conceptualización del género en las políticas públicas, la definición de Connell adquiere relevancia para esta investigación, ya que él denomina como género a "la estructura de las relaciones sociales que se centra en el ámbito reproductivo, y el conjunto de prácticas (que se rigen por esta estructura) que trae distinciones reproductivos entre los organismos en los procesos sociales" (Connell, 1987).

Los diferentes movimientos de mujeres a lo largo de la región han concretado mediante la acción política la noción de equidad de género en las políticas públicas para una mejor construcción de la democracia, y en consecuencia logrando lentamente una mejor consecución de los sistemas de relaciones y prácticas genéricas que anteriormente eran controlados por la masculinidad (Guzmán, 1996).

De ahí que consecutivamente las políticas públicas han ido enfocándose más en el género y la importancia de la igualdad, entendida como la participación paritaria y el poder de decisión de las mujeres, y más aún en el ámbito reproductivo que es la marca crucial dentro de las perspectivas de género y más aún si una política pública de salud sexual y reproductiva quiere prevalecer en el tiempo y plasmar los derechos que la originaron debe llevar consigo un enfoque primordial como el de género.

Y este enfoque debe atarse a otras variables que presenta la política pública de salud sexual y reproductiva como edad, clase social, grupo étnico, educación formal, uso o conocimiento de métodos anticonceptivos, entre otras.

Las tasas de fecundidad son elevadas particularmente en mujeres de ciertos grupos poblacionales como son las adolescentes e indígenas, y estando el Distrito de la Joya de los Sachas ubicado en una provincia de la Amazonía ecuatoriana, donde el grupo poblacional indígena es mayor, podemos deducir el porqué de la problemática encontrada además de la falta de acceso y permanencia en el sistema educativo.

Conforme lo especifica Martín González en su investigación denominada “Embarazo Adolescente y Pobreza en Ecuador”, las mujeres que no terminan los estudios tienen menos oportunidades de trabajo y por ende sus ingresos son más bajos en comparación a mujeres con profesión, y es más probable que aumenten sus condiciones de pobreza y las de su descendencia, debido a que un embarazo adolescente, de acuerdo a esta

investigación equivale a 2.5 años de escolaridad menos para las mujeres, y por cada hijo adicional, las mujeres disminuyen un año más de escolaridad, tiempo de estudio que se ve perjudicado para la adolescente (González, 2010).

El ejercicio de la libertad en las y los adolescentes es muy complicado de accionar, ya que ellos aún no están en la capacidad de discernir y decidir adecuadamente sobre su salud sexual y reproductiva, por lo que el papel de la educación e información es imprescindible para garantizar este derecho.

Los adolescentes son un grupo de atención prioritaria por el Estado, esta etapa corresponde desde los 12 a 19 años de edad.

El psicólogo norteamericano Stanley Hall en su “Tratado sobre la Adolescencia”, la define como una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que la persona se encuentra dividida entre tendencias opuestas. Fue descrita como una etapa de transición entre la infancia y la adultez (Hall, 1904).

Partiendo desde el punto de vista de que un adolescente no se encuentra preparado para tomar decisiones trascendentales sobre su sexualidad, por inestabilidad física y emocional; debemos considerar también que la sexualidad se enmarca en un hito muy importante desde la adolescencia, porque busca profundizar el eje de las relaciones humanas, sobre todo en los procesos sociales, las instituciones, las políticas, así como a las concepciones del mundo y la subjetividad en la que se enmarca la interacción social.

Foucault realizó uno de los análisis y conceptualizaciones relevantes contorno a la sexualidad, lo cual es tomado como base fundamental en América Latina, lo cual ha provocado un debate minucioso en las discusiones teóricas, epistemológicas y políticas a diferentes niveles. Considera a la sexualidad como una experiencia histórica singular

constituida por tres ejes: “la formación de los saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad (sujetos sexuales, deseantes)” (Foucault, 1984: 8).

Dentro de los adolescentes, la mujer adolescente sin duda es la más afectada en un embarazo no planificado, por ende ella debe ser el punto focal en materia de cuidado y prevención sin dejar de lado la gran responsabilidad que tienen los hombres adolescentes.

Una política pública de salud sexual y reproductiva debe contextualizarse en la población en la cual se enfoca, y al mismo tiempo promover el derecho de las y los adolescentes a obtener información y acceso a los métodos de planificación familiar de su elección, seguros, efectivos y de fácil acceso.

Una adolescente embarazada, automáticamente se vuelve prioridad estatal, en relación a protección de derechos, ya que el estar embarazada a temprana edad se considera un estímulo adverso en esta etapa de desarrollo humano; lo ideal es que las mujeres adolescentes posterguen el inicio de su fertilidad, o en todo caso accedan a una información real y efectiva de métodos anticonceptivos y salud integral en planificación familiar.

Las instituciones sociales como la familia, la escuela, y los servicios de salud influyen altamente la capacidad de las adolescentes para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, por ello la importancia de llevar a cabo procesos de transformación cultural respecto de conceptos y prácticas sexuales, haciendo énfasis en lo que es la planificación familiar.

Esta política pública de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género debe promover y consolidar una amplia participación de la mujer especialmente la adolescente en todo lo que se refiere a procesos de control social a través de las veedurías en temas relacionados con educación y acceso a métodos de anticoncepción dentro del respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

Se debe tomar en cuenta que la política pública de salud sexual y reproductiva busca generar un concepto integral basado en la autonomía de las personas para tomar decisiones responsables sobre su comportamiento sexual y reproductivo, basándose en criterios de que la planificación familiar no es solamente anticoncepción sino también la prevención de enfermedades de transmisión sexual, que la planificación familiar no fomenta o incita a comportamientos sexuales promiscuos en adolescentes sino que busca concientizarlos a evita embarazos no planificados y retrasar la edad de iniciación sexual.

Otra de las ideas erróneas respecto de la planificación familiar que está cimentada en la sociedad ecuatoriana es que la planificación familiar fomenta el aborto, está científicamente comprobado que ningún método anticonceptivo moderno es abortivo. La función de los métodos anticonceptivos es “prevenir o bloquear la ovulación modificando la estructura del moco cervical, para impedir el paso de espermatozoides” (Eje del Discurso de Enipla, 2011).

El enfoque de género dentro de esta política pública de salud sexual y reproductiva tiene una base teórica desarrollada en lo que es la desigualdad social y la inequidad de género, el cual busca reflejar las inequidades que se pueden situar en el accionar de la política pública.

Este enfoque de género va de la mano con la protección de derechos que garantiza el Estado como tal, el derecho de las mujeres a la salud como un derecho humano fundamental, y el papel del Estado como instancia responsable y ejecutora, el cual debe resguardar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en especial de las adolescentes que se constituyen en un grupo de atención prioritaria y más aún una adolescente embarazada.

El Estado como tal debe tutelar los derechos de las adolescentes embarazadas dentro de la aplicación de la política pública de salud sexual y reproductiva, entendiendo a este estado como la consecuencia de las relaciones sexuales sin protección, o el desconocimiento de métodos anticonceptivos, la violencia, el amor, la curiosidad, el estatus, entre otros factores.

3.2 El Sistema Patriarcal y las relaciones de Política Pública en Salud Sexual y Reproductiva.

El reconocimiento desde el punto de vista del género de la importancia de las relaciones de poder en la toma de decisiones en materia sexual y reproductiva puede contribuir a un mejor entendimiento de todas las variantes que conlleva la estructuración de la política pública.

Según Robert Connell, las relaciones de poder en las que generalmente siempre se evidencia el dominio masculino y la subordinación de la mujer; dadas en sobre todo en las relaciones de producción que definen la acumulación de la riqueza en manos masculinas y la desvalorización del trabajo de las mujeres creando dependencia emocional que se relaciona con el deseo sexual y las relaciones que alrededor de éste se gestan (Connell, 1987).

Por lo tanto se pone en evidencia que coexisten regímenes de género dominantes, así como regímenes que transgreden los postulados hegemónicos, así como también se señala que no solo la fuerza y la opresión mantiene tales regímenes sino también la satisfacción que encuentran los sujetos dentro de un régimen determinado (Mc Dowell, 1999: 33).

Desde el punto de vista del género inclusive los derechos humanos giran en torno a un origen androcentrista, demostrando que el supuesto sujeto universal titular de tales derechos en la práctica tenía como sujeto portador al varón, blanco, heterosexual y por ende excluía al resto que no calzaba tal paradigma. En contrasentido la teoría feminista permitió considerar a los sujetos en sus contextos y especificidades de sexo, edad, color, raza y demás particularidades (Fries, 2000: 49).

Basándose en la concepción anterior acerca del androcentrismo de los derechos humanos, Alda Facio enfatizó que: “Cuando el hombre es el modelo de ser humano, todas las instituciones creadas socialmente responden solamente a las necesidades sentidas por el varón, o, cuando mucho, a las necesidades que el varón cree que tienen las mujeres. Cuando el hombre es sentido como representante de la humanidad toda, todos los estudios, análisis, investigaciones, narraciones y propuestas se enfocan desde la perspectiva únicamente masculina, pero esta no es sentida como una perspectiva masculina sino como una no perspectiva, como un hecho totalmente objetivo, universal, imparcial” (Facio, 1996: 82).

Acatando al teoría de Facio podemos entender uno de los puntos débiles de la política pública de salud sexual y reproductiva cuando no es tratada desde la arista del género, al ser creada por el varón es complicado que entienda las necesidades intrínsecas de la mujer, es decir que estructura una política de acuerdo a lo que él piensa o se imagina que necesita la mujer, y un área tan delicada como lo es la salud sexual y reproductiva

debe abordar todas las necesidades tanto de hombres como de mujeres por lo que es importante un trabajo en conjunto y que las decisiones sean tomadas en conceso. Es decir que en el desarrollo y ejecución de una política pública de salud sexual y reproductiva es de vital importancia la participación activa de hombres, mujeres y adolescentes de ambos géneros.

3.2.1 Confrontaciones existentes en la política pública de salud sexual y reproductiva.

Dentro de la política pública de salud sexual y reproductiva, es importante resaltar otro punto de análisis de la complejidad que conlleva la permanencia en el tiempo de un programa o proyecto de salud.

Es importante poder focalizar el contenido deontológico de la política pública para poder determinar el por qué muchas veces no se obtienen los resultados esperados o la acogida necesaria entre los beneficiarios. Se contextualiza así una importante teoría sobre esta temática, pues bien se aborda este problema desde el punto de vista de la confrontación de las ciencias sociales y naturales, más aún cuando se trata de analizar una política pública de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género en la cual se aborda el reconocimiento de los derechos y los factores que han provocado la inequidad social respecto de servicios de salud.

Este argumento declarativo pone en evidencia el por qué muchas veces una política pública de salud no posee el anclaje suficiente para llegar y cumplir sus metas en los grupos sociales y en este caso los grupos prioritarios como lo son los adolescentes.

Ya que muchas veces los objetivos y metas así como sus actividades son planteadas desde puntos de vista médicos por ser el Ministerio de Salud Pública el ente rector y

ejecutor de estas políticas pero lamentablemente se deja de lado la importancia que tiene el análisis sociológico de la población, no debe tomarse desde un punto de vista generalizado, ya que por ser el país multiétnico y pluricultural es difícil que la implementación de programas de salud tengan la misma eficacia en zonas urbanas que rurales, zonas de mayor población mestiza que indígena.

Claro ejemplo la provincia de Orellana y en especial el cantón de La Joya de los Sachas donde por motivos de cultura, acceso a los servicios de salud, distancia, desarrollo urbano y rural la política pública de salud sexual y reproductiva se topa con muchas trabas al momento de su implantación. Por ejemplo en la parroquia de Pompeya, que se encuentra alejada de la zona urbana del Distrito de la Joya de los Sachas, no existe transporte público a esa zona, por lo que el Ministerio de Salud no obtiene los resultados esperados para disminuir los embarazos en adolescentes, es más hasta no pueden ser registrados peor aún brindar un eficiente servicio integral de salud como tal.

El análisis del perfil epidemiológico es otro de los factores importantes que debe tomar en cuenta la política pública de salud sexual y reproductiva, la zona del oriente ecuatoriano posee un perfil epidemiológico muy delicado y complejo frente a otras regiones del país, estos factores y otros factores instituyen el asentamiento y la proliferación de formas de inequidad social y por consiguiente la ineficacia de las políticas públicas de salud

Capítulo IV

LA ESTRATEGIA NACIONAL INTERSECTORIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES (E.N.I.P.L.A).

Esta Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes denominada ENIPLA, nace como objetivo de la política pública de salud sexual y reproductiva en el Ecuador, con la evidente meta de intervenir directamente en la problemática del elevado índice de embarazos en adolescentes que enfrenta el país.

Conforme la Constitución en su capítulo tercero, sección quinta, las y los adolescentes son un grupo de atención prioritaria por parte del Estado, por lo que el Ministerio de Salud Pública conjuntamente con el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Ministerio de Educación y el Ministerio de Inclusión Económica y Social se han planteado acciones coordinadas para prevenir y disminuir el número de embarazos no planificados, la violencia sexual y las enfermedades de transmisión sexual (Constitución de la República, 2008)

Enipla ha venido trabajando varias en líneas de acción sobre promoción de salud sexual y reproductiva, específicamente diseñadas para las y los adolescentes ecuatorianos, ha sido de gran importancia llevar a cabo programas de participación e involucramiento tanto de las y los adolescentes como de los padres de familia.

Conforme al levantamiento de información realizado para esta investigación, se pudo constatar que esta estrategia se ha encargado de operativizar capacitaciones tanto al personal de salud como a los adolescentes ya sea en las escuelas y colegios como en las unidades de salud. Se han realizado charlas y desarrollo de conceptos a través de las redes sociales, educadores y padres de familia.

El Ministerio de Salud Pública ha generado líneas operativas a través de la Atención Diferenciada para Adolescentes en la cual se brinda servicios de atención integrales que responden a las necesidades y características propias de edad.

Muchas veces las y los adolescentes no acuden con facilidad a los servicios de consejería y atención en salud sexual y reproductiva por lo que fue indispensable llevar este programa a los colegios y conformar clubes de adolescentes para tratar este tema.

En la Joya de los Sachas se cuenta con el club de adolescentes denominado “Chibumui”.



A través de este club se dan charlas motivacionales e información oportuna sobre educación sexual y reproductiva, lo cual ha permitido en cierto modo crear mecanismos que les permitan aprovechar y hacer uso del sistema de salud integral, particularmente para suministrarles métodos de planificación familiar y de protección contra enfermedades de transmisión sexual.

Este tipo de grupos sociales de adolescentes ayudan a promover una verdadera educación sexual integral, ya que realizan actividades importantes respecto a temas de salud como: llevar una buena alimentación, el no uso de drogas, métodos anticonceptivos, educación prenatal en adolescentes embarazadas, entre otras.

Ayudan a promover información en los colegios y ferias locales junto con el auspicio de ENIPLA del Distrito, es decir personal médico calificado.

Esta estrategia intersectorial ha venido desarrollando programas en conjunto con la población adolescente sobre todo se ha buscado promover un proceso de transformación de patrones socio-culturales, trabajando contra los estereotipos, prejuicios y valores frente a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de pareja y familiares, que perpetúan relaciones complejas entre los sexos y han favorecido conductas de riesgo y la proliferación de embarazos no planificados en el cantón La Joya de los Sachas.

El embarazo en adolescentes en este cantón se constituyó en un problema de alto impacto en la sociedad, ya que su repercusión asienta cada vez más la inequidad social tanto en los derechos humanos y en la salud; configurándose así en un problema masivo que se evidencia cada día.

La política nacional de salud sexual y reproductiva desarrollada a través de la ENIPLA fue estructurada en junio del 2010 y se ejecutó en julio del 2011, difundida a través del Ministerio de Salud Pública, el cual ha venido asesorando a los gobiernos autónomos descentralizados desde ese momento. La política adopta como principios orientadores los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, la búsqueda de la equidad particularmente en términos de género y de justicia social, la atención de calidad, sin barreras de acceso, el empoderamiento, la intervención focalizada, y la concepción de la salud como servicio público que debe ser prestado con criterios de la no discriminación, eficiencia, universalidad, trato amigable a los adolescentes, información veraz y oportuna.

El embarazo adolescente es, hoy por hoy, una de las problemáticas más costosas para la Salud Pública y el Estado ecuatoriano, abordado conjuntamente en el programa

denominado “Maternidad Gratuita”, este problema compromete no sólo el proyecto de vida de la madre adolescente y del padre adolescente, sino que también su salud y bienestar, así como también la calidad de vida del bebé. Está ampliamente descrita la importante prevalencia de mortalidad materna y mortalidad perinatal de la gestante adolescente y de los bebés nacidos o nacidas de madres adolescentes, generando costos sociales, económicos y de calidad de vida, no sólo en este grupo poblacional, sino en general a toda la colectividad ecuatoriana.

Es así como la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en lo referente a las acciones dirigidas a las y los adolescentes a través de las diversas instituciones relacionadas con el objetivo nacional de disminuir los embarazos no planificados en adolescentes, insiste de manera sistemática en las acciones intersectoriales, es decir que cada uno de los campos en los que se desarrolla esta política y con especial énfasis en el sector de la educación; ya que es en las aulas de clase donde los adolescentes pasan el mayor tiempo de su día y donde adquieren conocimientos y herramientas útiles para el resto de su vida, por lo que es importante que este sector se empodere de la situación ya que la implementación de esta política muestra que no se logra aún incidir en dicho escenario; por tanto este proceso está, esencialmente liderado por el sector salud.

4.1 Configuración de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar.

La planificación familiar hoy en día se constituye como una de las estrategias más importantes para alcanzar una Salud Sexual y Reproductiva plena, y a través de esta evitar los embarazos no planificados en adolescentes, razón por la cual toda la colectividad deberían acceder integralmente, elegir y beneficiarse de los avances científicos respecto de métodos anticonceptivos; por ello la importancia de esta

política pública de salud sexual y reproductiva al garantizar el acceso efectivo a la atención integral en salud sexual y reproductiva mediante información, orientación y asesoría en sexualidad y planificación familiar.

En la búsqueda del mejoramiento de la calidad del servicio integral de salud sexual y reproductiva con énfasis en brindar una atención más humanista en relación a la salud sexual y reproductiva al control pre-concepcional, anti- concepción y atención de infertilidad.

De acuerdo a la Norma y Protocolo de Planificación Familiar del Ministerio de Salud Pública, la planificación familiar se compone de tres momentos:

El primer momento sirve para identificar a las y los usuarias/os que buscan un embarazo y que planifican su familia, es decir buscan el control preconcepcional.

El segundo momento comprende a las y los usuarias/os que ejercen su derecho a la sexualidad y no quieren un embarazo por lo que planifican, aquí se brinda información y asesoramiento sobre uso de métodos anticonceptivos.

El tercer momento está dirigido hacia las y los usuarios/as que buscan un embarazo, más no lo consiguen con facilidad por lo que, acuden a recibir asesoramiento para el manejo de la Infertilidad (NPPF, 2010)

Esta normativa habilita y apoya la implementación de Servicios Integrales de Salud Sexual y Salud Reproductiva con enfoque de derechos cuyo propósito es contribuir a la disminución de las inequidades en el acceso a la información y a los métodos anticonceptivos en sus tres momentos, para el ejercicio pleno de los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos en el Ecuador.

Basado en los tres momentos anteriores, la norma desarrolla el protocolo de atención integral a los usuarios.

Componentes del Protocolo de Atención:

1.- La Asesoría en planificación familiar es una acción profesional trascendente que pretende cambiar la relación en salud.

2.-Atención preconcepcional la cual permite identificar y modificar los riesgos de tipo conductual, social y biomédico para precautelar la salud de la usuaria-o y el desarrollo normal del futuro embarazo mediante su prevención y manejo.

3.- La asesoría en infertilidad debe ser ofertada con el objetivo de identificar riesgos existentes o potenciales de tipo conductual, social y biomédico que pueden ser corregidos o modificados y que sean las causas de la infertilidad.

4.- Atención en anticoncepción, consiste en brindar con calidad y respeto todas las herramientas necesarias para que la usuaria/o pueda elegir el método anticonceptivo más apropiado. Representa una estrategia fundamental que requiere una adecuada capacitación para lograr una anticoncepción eficaz (NPPF, 2010).

La norma también desarrolló un Protocolo Especial para atención de Adolescentes basado en la política pública de salud sexual y reproductiva, para lo cual es importante que se establezcan los siguientes parámetros:

1. Brinde prioridad de atención a los/las adolescentes, su disponibilidad de horario y la incompatibilidad con el horario de la unidad de salud puede impedir su acceso efectivo a la anticoncepción y sus ventajas.

2. Evite tener una actitud paternalista, crítica u hostil; el/la adolescente requiere confiar en usted para resolver sus necesidades y deseo actuales.

3. Brinde una asesoría en un lugar privado, fomente la reserva y asegure una mayor confidencialidad y dedicación.
4. La asesoría en usuarias jóvenes o menores de edad NO requiere que sus padres o tutores otorguen el consentimiento para recibir la información sobre métodos anticonceptivos.
5. Si la o el usuaria/o adolescente lo desea se debe garantizar la presencia y participación de la pareja en la asesoría. En lo posible fomente la participación de ambos en este proceso. La participación de la pareja se convierte en un factor determinante a la hora de prevenir ITS/VIH y SIDA y escoger y utilizar un método anticonceptivo para prevenir embarazos no planificados.
6. Demuestre que disfruta el trabajar con adolescentes.
7. Brinde un servicio con calidez, use lenguaje sencillo, evite términos médicos complicados.
8. Tómese el tiempo necesario para investigar si existe un proyecto de vida claro en las/los adolescentes.
9. Tómese el tiempo necesario para realizar una explicación clara, aclarar dudas y mitos sobre los anticonceptivos, relaciones sexuales, desarrollo sexual e infecciones de transmisión sexual.
10. Es muy importante evaluar el riesgo de ITS/VIH y SIDA y aplicar las estrategias para reducirlo.
11. Trabaje en equipo interdisciplinario integrado por médicos, enfermeros/ as, obstetricas, odontólogos/as, nutricionistas, educadores, psicólogos, trabajadoras sociales.

12. Prefiera métodos anticonceptivos de fácil uso y con menos efectos secundarios en lo posible. Asesore detenidamente acerca de los motivos reales de discontinuación del método por estos efectos no deseados.
13. Se deben preferir métodos anticonceptivos discretos, eficaces y a largo plazo.
14. Si detecta riesgos de ITS/VIH y SIDA recomiende SIEMPRE el uso del condón masculino o femenino.
15. Explique la opción de Anticoncepción de Emergencia, ya que adolescentes y jóvenes no la solicitarán si no la conocen.
16. La elección del método debe ser voluntaria y basada en una adecuada asesoría.
17. Invítele a volver a consultar en cualquier momento antes de la cita programada si lo considera necesario.
18. en el servicio de salud sexual y salud reproductiva. (NPAISA, 2010)

Esta estrategia intersectorial, es respaldada tanto en normativa legal, protocolos de atención y sobretodo cuenta con presupuesto propio para la ejecución de cada una de sus actividades.

De acuerdo al Ministerio Coordinador de Desarrollo Social el Presupuesto con el que contó el plan de acción de la política pública de salud sexual y reproductiva en los años 2011, 2012 y 2013 fue:

RUBRO/DESCRIPCIÓN	RESPONSABLE	INVERSIÓN 2011	INVERSIÓN 2012	INVERSIÓN 2013
Capacitación a funcionarios públicos	Salud		\$ 400.000,00	\$ 400.000,00
	Educación	\$ 291.431,57	\$ 1.295.000,00	\$ 575.000,00
	MIES		\$ 220.800,00	\$ 205.700,00
Mejoramiento de acceso a servicios (fortalecimiento y creación de servicios)	Salud	\$ 1.949.256,90	\$ 19.137.337,45	\$18.757.700,07
	Educación		\$ 43.000,00	\$ 43.000,00
	MIES		\$ 801.000,00	\$ 770.000,00
Acceso a información adecuada	Salud			
	Educación			
	Mies	\$ 388.575,43	\$ 423.350,00	\$ 413.350,00
Campaña Educomunicacional*	MCDS		\$ 4.000.000,00	\$ 4.000.000,00
	Salud	\$ 610.000,00		
	Educación	\$ 370.037,86	\$ 700.000,00	\$ 700.000,00
	Mies			
Metodología de trabajo entre pares	MCDS			
	Salud		\$ 100.000,00	\$ 100.000,00
	Educación	\$ 97.143,86	\$ 383.000,00	\$ 358.000,00
	Mies		\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00
Investigación, Monitoreo, Evaluación y Seguimiento	MCDS		\$ 88.108,59	\$ 94.209,09
	Salud		\$ 150.000,00	\$ 50.000,00
	Educación		\$ 500.000,00	\$ 500.000,00
	Mies			
TOTAL		\$ 3.706.445,61	\$ 29.241.596,04	\$ 27.966.959,16

*La estrategia comunicacional se maneja a través de un comité interinstitucional con la participación del MCDS, MINEDUC, MIES Y SALUD, El presupuesto previsto para el 2011 se maneja desde el MSP

4.1.1 Ejes de acción de la ENIPLA



El programa del Ministerio de Salud Pública a través de la ENIPLA y su eje de acción denominado “Habla Serio Sexualidad sin Misterios” es el encargado de realizar ferias ciudadanas en las que se capacita a los asistentes sobre sexualidad y planificación familiar, enfocándose en las y los adolescentes que son el grupo más vulnerable frente a esta problemática.

Población focal de los cantones de la provincia de Orellana.

Población Adolescente:

	2011	2012	2013
ORELLANA	13809	19036	18284
LORETO	4227	5644	5695
SACHA	9047	9293	9836

Fuente: Dirección Provincial de Salud de Orellana

Material didáctico utilizado para capacitación en los adolescentes:



Acciones de promoción a través de:

	2011	2012	2013
Ferias	2000	2445	1350
Actividades Con Adolescentes: Colegios, Federación Deportiva De Orellana		150	208
Campos De Acción	238	268	218

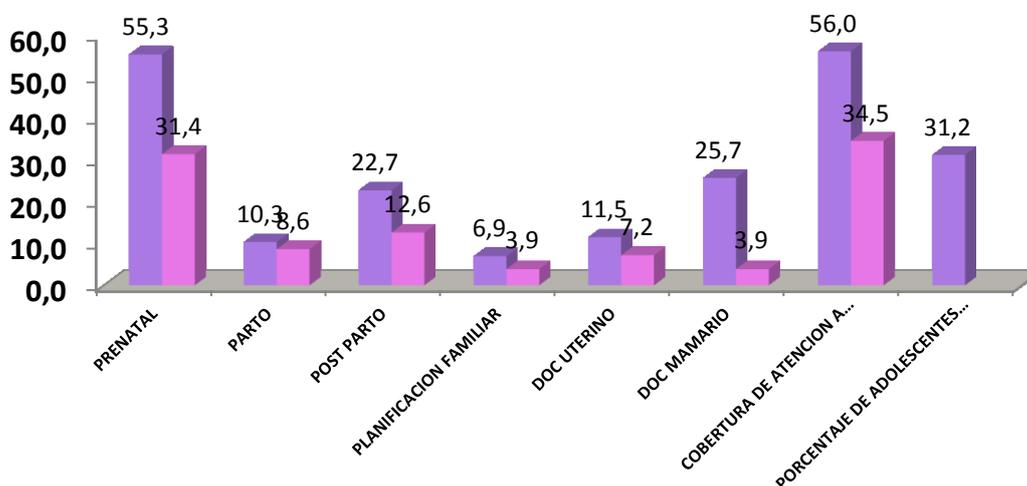
Fuente: Dirección Provincial de Salud de Orellana

4.1.2 Lineamientos generales de implementación de la política pública de salud sexual y reproductiva a través de la ENIPLA

- Línea gratuita para consultas 1800 44 55 66
- Enlaces en facebook y twitter
- Sistema de indicadores en salud sexual y reproductiva para la aplicación de la norma de planificación familiar
- Capacitación a profesionales de salud
- Dotación de métodos anticonceptivos de forma gratuita e informada.
- Información y edu- comunicación



Cobertura aproximada de atención a adolescentes en salud sexual y reproductiva en la Dirección Distrital de Salud 22D01 La Joya de los Sachas.



Fuente: Dirección Provincial de Salud de Orellana.

La participación activa en la planificación, el diseño y ejecución de políticas públicas y programas de salud sexual y reproductiva es uno de los medios para garantizar la pertinencia y el impacto de las políticas y programas en los beneficiarios. El Ministerio de Salud Pública a través de su Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar (ENIPLA), ha desarrollado como una de sus actividades en pro de la educación sexual en adolescentes talleres y clubes que buscan informar oportunamente sobre temas de índole de la sexualidad y planificación familiar, motivando a los adolescentes a consagrar una vida sexual responsable y encaminada hacia un proyecto de vida.

Las directrices básicas de esta estrategia intersectorial se configuraron en los siguientes planteamientos y objetivos de acción:

- 1) *Acceso y utilización real y efectiva de los métodos anticonceptivos en el marco de una atención de calidad en servicios integrales de salud sexual y reproductiva.*

Esto implica mejorar la oferta de servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva mediante la gratuidad, universalidad y calidad.

El MSP ha dotado de métodos anticonceptivos a todas las unidades de salud a nivel nacional, con asesoría integral y gratuita. Se adquirieron 2100 dispensadores de condones masculinos y femeninos.

2) *Educación e información como estrategias que empoderen a la población en el ejercicio del derecho a la anticoncepción, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.*

El propósito es que las y los ecuatorianos estén informados y educados para que puedan tomar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva, sobre planificación familiar y anticoncepción. Se capacitaron a 250 adolescentes en producción radiofónica y salud sexual reproductiva para fortalecer el acceso a información técnica.

3) *Transformación de patrones socioculturales frente a la sexualidad y reproducción con énfasis en la planificación familiar.*

Muchos de los temas en torno a la sexualidad son vistos de una manera alejada y poco informada, la sociedad siente vergüenza de hablar de estos temas, lo cual genera mitos y desconocimiento por parte de los adolescentes, que viendo que no tienen una respuesta directa y técnica en sus hogares o colegios acuden a fuentes nada confiables o lo dejan a la improvisación.

ENIPLA genera información adecuada por medio de procesos participativos de sensibilización, educación y comunicación, que promuevan la igualdad de género y el derecho a una vida digna.

4) *Participación social de adolescentes jóvenes y mujeres*

Apunta a que las mujeres, hombres, adolescentes y jóvenes, en tanto sujetos de derechos, participen en procesos de promoción de la salud sexual y salud reproductiva, así como en espacios de veeduría, participación y ciudadanía del derecho a la salud.

ENIPLA capacita a cientos de jóvenes para que ellos a su vez brinden la información necesaria a otros adolescentes, provocando así una cadena de información oportuna y veraz en torno a temas de planificación o anticoncepción.

Por último, hay que rescatar que esta estrategia se fundamenta y nace de varios anclajes institucionales.

Existiendo así, la Comisión Nacional liderada por el Ministerio de Salud que está encargada de la implementación de este Plan.

El Ministerio de Educación que ha desarrollado una agenda donde la educación para la sexualidad se inserta como eje transversal, sin embargo esta agenda aún no se ha operativizado y la mayoría de profesores/as no han recibido formación en educación para la sexualidad.

Conclusiones:

Siendo la salud de las y los adolescentes ecuatorianos un elemento clave para el progreso social, económico y político del país, es preciso que sus necesidades y derechos se configuren de manera permanente en las políticas públicas y especialmente dentro de la política pública de salud sexual y reproductiva, la importancia y prioridad de que esta problemática conste en las agendas del sector salud y educación, particularmente si se tiene en cuenta que las tradicionales acciones hacia la gestación adolescente y las políticas sobre el uso de métodos anticonceptivos no han impactado de manera profunda en sus proyectos de vida. Por lo tanto, es necesario reforzar acciones más contundentes e integrales.

El plan de acción de esta política pública está encaminada al objetivo de garantizar el acceso efectivo a la información, orientación, servicios de salud sexual y reproductiva y métodos de anticoncepción, generando así, una transformación de patrones socio-culturales en los cuales la violencia contra la mujer marca de una manera significativa el alto rango de embarazos no planificados. Motivo por el cual ENIPLA apuesta por una educación formal y capacitación sobre temas relacionados a la sexualidad en adolescentes así como la prevención de embarazos, permitiendo de este modo que los y las adolescentes construyan un plan de vida y sean autónomos para tomar toda clase de decisiones en base a su sexualidad y planificación familiar.

Pese a que el Ecuador ha seguido la recomendación de la Agencia de las Naciones Unidas, a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS), sobre la importancia de impartir cursos de educación sexual en las escuelas desde los 12 años para

familiarizarse con el uso de anticonceptivos (OMS, 2014), el porcentaje de adolescentes embarazadas se mantiene hasta la actualidad, la violencia de género es persistente, y para ello se han tomado medidas más drástica como lo es tipificar penalmente la violencia contra la mujer como delito.

Medidas radicales que buscan atacar desde diferentes aristas el elevado índice de adolescentes embarazadas, del mismo modo que es imperante la educación tanto en las escuelas y colegios como en los hogares de las y los adolescentes, ya que la entrega gratuita de métodos anticonceptivos ha sido una medida que no ha obtenido los resultados esperados, y es porque no existe aún intrínseca la cultura de la planificación familiar, más complejo aún en comunidades indígenas que no escatiman en el número de hijos que puedan tener durante la edad reproductiva de la mujer.

La UNICEF en su publicación “El Estado Mundial de la Infancia” en el 2011 puntualizó que para las niñas, el matrimonio a temprana edad es causa de embarazos no deseados y de mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Algunas investigaciones demostraron que el embarazo en la adolescencia guarda relación con factores que no están bajo el control de las niñas, es decir la violencia, temas de carácter socioculturales, y la falta de información sobre sexualidad y planificación (UNICEF, 2011), este tipo de circunstancias es parte de la violencia de género por la que atraviesa el país a diario, y como se ha demostrados mediante datos arrojados por el Registro Civil en el que se evidencian que la mayoría de matrimonios en mujeres adolescentes no es precisamente con otro adolescente sino con un hombre mayor a ellas y que se dan por motivos de embarazo. Esto refleja la problemática existente no sólo en temas de salud sino de educación y cultura, lo cual manifiesta directamente la existencia de vulneración de derechos a un grupo protegido como lo son las adolescentes.

La política pública de salud sexual y reproductiva en el Ecuador ha tomado una importante relevancia y jerarquía en estrategias nacionales, ya que el grupo focal pertenece a un grupo vulnerable de atención prioritaria por parte del gobierno; por lo tanto el papel del Estado va más allá de garantizar los derechos de grupos vulnerables, debe buscar la disminución de desigualdades sociales a través de la prestación de servicios de salud, es decir brindar una atención integral a los usuarios en general pero al mismo tiempo salvaguardando a los y las adolescentes.

Es importante que esta política pública se enfoque no sólo en prevenir un embarazo sino en prevenir también embarazos consecutivos en adolescentes. Existe un total descuido sobre adolescentes que ya fueron madres por primera vez, ya que como se pudo observar en los datos investigados para este proyecto los embarazos subsecuentes en adolescentes embarazadas representan más de la mitad de las adolescentes que quedaron embarazadas por primera vez. Este factor no está siendo tomado en cuenta por la política pública, ya que sólo se ha apuntado a prevenir embarazos por primera vez, pero una vez que la adolescente queda embarazada no obtiene la ayuda, la atención, la educación requerida para evitar un segundo o tercer embarazo. El Estado debe brindar la protección integral a la adolescente y más aún si ya es madre, para así evitar embarazos subsecuentes que solo encarecen más su situación.

Es necesario implementar un proceso educativo orientado a concebir responsabilidad en los y las adolescentes en relación a sus prácticas sexuales, previniendo enfermedades de transmisión sexual como el VIH Sida, es una forma positiva de terminar con la mortalidad materno infantil que enfrenta toda la región; asimismo esta estrategia, quiere dejar muy en claro que la educación sexual no es una manera de incitación a iniciar su vida sexual a tempranas edades, todo lo contrario, busca educar en el ámbito de la salud

sexual y reproductiva, brindándoles información técnica para prevenir embarazos y enfermedades; fomentando así la responsabilidad, la dignidad y sobre todo conocimiento sobre temas que aún en nuestros días siguen siendo un tabú para muchos sectores de la sociedad ecuatoriana, más aún en adolescentes.

Esta política pública intersectorial apuesta por alcanzar metas de índole social al tratar de sobre manera un tema tan delicado como es la sexualidad en adolescentes, la preocupación que describe el Estado al realizar estas campañas de educación en materia de prevención y planificación familiar, marca de una manera muy significativa el ámbito cultural del país, los lineamientos hasta ahora corroborados por años de tradición, ignorancia y doble moral de la sociedad ecuatoriana han provocado un total desfase en el desarrollo integral de las y los adolescentes, motivo por el cual somos el segundo país con altos índices de embarazos en adolescentes, lo cual no sólo genera pobreza, inestabilidad económica y social, sino que además marca un hito en el quebrantamiento de valores sociales.

El Estado es el principal garante del ejercicio a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre sexualidad y vida reproductiva, por lo tanto es quien debe dotar de las herramientas necesarias para que la toma de decisiones en estos temas sean de una manera informada y responsable, la participación ciudadana, juega un papel protagonista al incluir de manera directa a los adolescentes, brindándoles prioridad entre toda la sociedad civil, ya que ellos son quienes intervienen en la educación y fomento de prácticas de salud reproductiva beneficiosas para su desarrollo integral; el proceso de

capacitación que se da a las instituciones educativas como en los servicios integrales de salud, cuenta con la participación directa de las y los adolescente de cada provincia.

Campañas informativas como “Habla Serio”, han generado una mayor participación y accesibilidad a información por parte de los menores, lo cual permitirá de una manera paulatina la prevención de violencia sexual y el embarazo como consecuencia de la misma.

Se han analizados algunos de los factores de la implementación de esta política pública en salud sexual y reproductiva encontrando varios de los problemas con los que ha tenido que enfrentarse para implantarse de manera integral en la población y así lograr la eficiencia deseada. Se puede denotar que una política pública debe cubrir cada uno de los factores en los que se va a ejecutar, y lo más importante el conocimiento de la población, su cosmovisión, área geográfica entre otros; ya que como se pudo apreciar en nuestro caso en concreto del Distrito de La Joya de los Sachas, la situación geográfica y de complicada accesibilidad a las comunidades y parroquias alejadas de la urbe además del tema de interculturalidad empobrecieron la eficiencia de la política pública de salud sexual y reproductiva en las adolescentes, y pese a los recursos empleados para la reducción de embarazos en adolescentes todavía es muy difícil visibilizar que esta política pública tenga el éxito esperado.

Todo lo contrario, se ha denotado que pese al grado de inversión en salud sexual y reproductiva por parte del Estado no se puede cumplir con la meta establecida por el Ministerio de Salud Pública, los embarazos en adolescentes no representan una reducción considerable y peor aún los embarazos subsecuentes contribuyen a la gravedad de la problemática enunciada.

Esto se genera por la falta de coordinación entre sectores del Estado, es decir, no todo puede quedar a cargo del Ministerio de Salud, sino es necesaria también la intervención de otros actores como el Ministerio de Educación, Ministerio de Inclusión Económica y Social, GADs municipales y de sobre manera la participación de la sociedad en sí, tanto de las y los adolescentes como de los padres de familia. Esta es una problemática en conjunto, no sólo de un sector de la sociedad, es decir la responsabilidad es compartida, y por ello se debe actuar de manera integral y participativa.

No podemos dejar de lado varios de los aspectos positivos de esta política como lo es la educación sexual en planificación familiar y métodos anticonceptivos, así como la excelencia por parte del Ministerio de Salud en brindar una atención integral diferenciada a las y los adolescentes siguiendo regímenes protocolarios y legales muy estrictos para brindar una atención adecuada y amigable a cada uno de los adolescentes, y en especial a aquellas adolescentes que han sufrido violencia de género.

La gratuidad y el fácil acceso a métodos anticonceptivos enmarcan una estrategia importante de esta política pública de salud sexual y reproductiva, ya que se beneficia a la población de escasos recursos económicos, pero pese a ello las y los adolescentes no acuden o no hacen uso de los métodos anticonceptivos, y esto es más evidente en nuestra población focal, ya que el tema cultural, respecto a costumbres y tradiciones de comunidades indígenas presentes en la provincia de Orellana, ha ocasionado la ineficacia como tal de la implementación de esta política pública, debido a que estas comunidades no aceptan la planificación familiar ni el uso de métodos anticonceptivos.

Bibliografía:

ABRAMOVICH, Víctor,

2006 Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo, en Revista de la CEPAL, No. 88.

ACUÑA, Carlos y REPETTO, Fabián.

2001 “Marco de análisis de las políticas sociales”, Mimeo, Buenos Aires

AYALA, Pablo.

2011 Políticas Públicas sobre juventud en Ecuador desde 1980, Universidad Autónoma de Barcelona, Quito.

BOURDIE, P.

1990 Juventud no es más que una palabra. En Sociología y cultura, México.

COOK R, DICKENS B, NGWENA C,

2005 Situación legal de la anticoncepción de emergencia. En: Profamilia. La anticoncepción de emergencia es un derecho. Bogotá: Plata MI.

CONNELLRW.

1987 Género y poder. Stanford, CA: StanfordUniversityPress.

Constitución de la República del Ecuador R.O 449 del 20 de octubre del 2008.

EL COMERCIO

2014 <http://www.elcomercio.com.ec/tendencias/matrimonio-menores-crecimiento-seis-anos-embarazo-precoz-ecuador.html> (visitada el 6 de agosto del 2014)

ENDEMAIN

2004 Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil, Centro de Estudios de Población y Desarrollo Social.

ENIPLA,

2011 Documento para Periodistas, resumen de la Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar, Ministerio de Salud Pública.

ENRFVCGM,

2011 Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las mujeres, INEC.

FRÍES Lorena

2000 Los derechos humanos de las mujeres: aportes y desafíos, en ÚIS fisuras del patriarcado: reflexiones sobre Feminismo y Derecho, FLACSO-CONAMU, Quito.

FACIO Alda,

1996 El Principio de Igualdad ante la Ley, en Derechos Humanos de las Mujeres, Lima.

FOUCAULT, M.

1984 Historia de la Sexualidad. Tomo II. El uso de los placeres. Ed. S XXI, México.

GOLDSTEIN, B. Y GLEJZER, C.

2006 Sexualidad. Padres e hijos. Editorial Albatros, Buenos Aires.

GONZALES, Martín,

2010 Determinantes y potenciales consecuencias del embarazo adolescente en Ecuador, Universidad Torcuato Di Tella.

2010 Embarazo Adolescente y Pobreza en Ecuador, Universidad Torcuato Di Tella.

GIDDENSA.

1984 La constitución de la sociedad. Cambridge: Polity Press.

GOICOLEA I.

2009 Adolescent pregnancies in the Amazon Basin of Ecuador- a rights and gender approach to girls' sexual and reproductive health. Epidemiology and Global Health, Department of Public Health and Clinical Medicine & Obstetrics and Gynaecology, Department of Clinical Sciences. Umeå: Umeå University.

GOLDSTEIN, B.

2006 Sexualidad y Educación: un posible encuentro entre chicos/ as, docentes y madres/ padres (o familias)". *Revista 0 a 5*, Editorial Novedades Educativas (en prensa).

GUTTMACHER Institute y UNFPA

2009 Haciendo Cuentas: costos y beneficios de invertir en Planificación Familiar y en Salud Materna y Neonatal" Resumen Ejecutivo en Español versión electrónica disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/summaries/AIU-Summary-Spanish.pdf> (visitada el 19 de noviembre del 2013)

HALL, G. Stanley.

1904 Adolescence: its Psychology and its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion, and Education. 2 vols. New York.

INEC, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Censo de Población y Vivienda 2010.

LACHAUD, James

2010 Análisis sociodemográfico del comportamiento de las mujeres en Haití, respecto al uso de métodos anticonceptivos y las necesidades no satisfechas de anticoncepción, Flacso, México.

LARREA, Sara

2007 De eso no se habla: testimonios de adolescentes sobre aborto. Coordinadora Política Juvenil. Ecuador.

LEON, Mauricio

2006 Programa de políticas y proyectos para inserción laboral de los jóvenes. FLACSO-CEPAL.

LUCIO R, VILLACRÉS N, HENRIQUEZ T

2011 Sistema de Salud de Ecuador. Salud Pública de México: Argentina

MARTINEZ, Eli

2000 Programa para la juventud del Gobierno de la ciudad de México.

MC DOWELL Linda,
1999 Género, identidad y lugar. Un estudio de geografías feministas, Madrid, Ediciones Cátedra.

MORIN, Edgar
1996 Ciencia con Conciencia. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil (traducción Alexandre, María e Doria, Maria).

MSP-Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
2007 Consejo Nacional de Salud. Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. 4ta reimpr. Quito: Consejo Nacional de Salud.

2008 Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal. 1ra ed. Salas B, Sevilla F, editores. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

2010 Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

2010 Manual de Estándares para medir la calidad según Normas y Procedimientos de Atención Integral de Salud a Adolescentes, Ecuador

MSP, CONASA y Sociedad Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia
2008 Validación de normas y protocolo de Planificación Familiar. Borrador para discusión: MSP

MUNASINGHE, S. y VAN DEN Broek,
2005 Abortions in adolescents'. Tropical Doctor, Vol 35.

OMS-Organización Mundial de Salud
2005 Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Versión electrónica disponible en:
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/9243562665.pdf>(visitada el 18 de octubre del 2013)

ONU
2013 Objetivo de Desarrollo del Milenio, Informe Naciones Unidas.

OPS/MSP/CONASA
2007 Organización Panamericana de la Salud, La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas; Quito-Ecuador.

26ª. Conferencia Sanitaria Panamericana de la OMS 2002

OSPINA, Sonia
2001 Evaluación de la gestión pública: conceptos y aplicaciones en el caso latinoamericano, en Revista Reforma y Democracia del CLAD N° 9, Febrero, Caracas.

OSZLAK, Oscar y O'DONNELL, Guillermo

1984 “Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación”, en Kliksberg, Bernardo y Subirandt, José (comp.) Para investigar la Administración Pública, INAP, Madrid.

SHAH, I.; AHMAN, E.

2004. "Agepatterns of unsafeabortion in developing country regions." ReproductiveHealthMatters

RAMOS, Valeria

2011 Derechos sexuales y reproductivos en adolescentes de Montevideo, FLASO-Argentina

Reglamento para regular el acceso y la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud. R.O 919 del 25 de marzo del 2013.

SEGARRA, Tula

2011, Mitos y métodos anticonceptivos. Centro de Promoción y Derechos Sexuales y Reproductivos: PROMSEX Perú-UNFPA.

SENPLADES; Plan Nacional Del Buen Vivir 2009 – 2013

UNICEF

2011 El Estado Mundial de la Infancia.- La Adolescencia una época de oportunidades.

UNFPA

2012 Si a la opción no al azar- Planificación de la Familia, Derechos Humanos y Desarrollo. Estado de la Población Mundial

UN

1976 International covenant on economic, social and cultural rights, New York: United Nations.

1979 Convention on the elimination of all forms of discrimination against women. New York: UnitedNations